

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

## **Diplomová práce**

2017

Jana Bečvářová

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

**Demografická analýza a prognóza zemřelých  
jako predikce plánování rozvoje hospicové péče**

Diplomová práce

Autor: Bc. Jana Bečvářová  
Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce  
Studijní obor: Sociální práce  
Vedoucí práce: Ing. Martin Kořínek, Ph.D.

Hradec Králové

2017



## Zadání diplomové práce

**Autor:** Jana Bečvářová

Studium: U15038

Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

**Název diplomové práce:**  
**Demografická analýza a prognóza zemřelých jako predikce plánování rozvoje hospicové péče**

Název diplomové práce AJ: Demographic analysis and projection of deaths as a prediction of planning the development of hospice care

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Práce se bude zabývat analýzou vývoje počtu zemřelých, jejich demografickými charakteristikami a prognózou úmrtnosti v příštích letech. Bude zmapován současný systém hospicové péče včetně podmínek pro využívání služeb hospiců. Výsledky demografické analýzy budou porovnány s kapacitními možnostmi hospicové péče i její dostupností. Závěry srovnání budou zdrojem informací pro případné plánování dalšího rozvoje hospicové péče. Zvolené metody a techniky: Kvantitativní výzkumná strategie, demografická analýza, analýza statistických dat

HAŠKOVCOVÁ, H. Thanatologie, Nauka o umírání a smrti. Galén, 2000. ISBN 80-7 262-034-7  
HENDL, J. Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat. Vyd. 2., opr. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-123-9. KALIBOVÁ, K. PAVLÍK, Z. a VODÁKOVÁ, A. Demografie (nejen) pro demografy. 3., přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2009. ISBN 978-80-7419-012-4. KÜBLER-ROSS, E. Otázky a odpovědi o smrti a umírání, 1. vyd. Turnov: Arica, 1994. ISBN 80-85878-12-7 KOPŘIVA, K. Lidský vztah jako součást profese. Praha: Portál, 2000 ISBN 80-7178-429-X SVATOŠOVÁ, M. Hospice a umění doprovázet. Praha: ECCE HOMO, 1995. ISBN 80-902049-0-2.

Garantující pracoviště: Katedra sociální práce a sociální politiky,  
Ústav sociální práce

Vedoucí práce: Ing. Martin Kořínek, Ph.D.

Oponent: PaedDr. Karel Myška, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 4.12.2014

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne .....

Jana Bečvářová

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce Ing. Martinu Kořínkovi, Ph.D. za odborné vedení a rady při realizaci této práce. Dále bych chtěla velmi poděkovat své rodině za pochopení a podporu po celou dobu studia.

## **Abstrakt**

BEČVÁŘOVÁ, Jana. *Demografická analýza a prognóza zemřelých jako predikce plánování rozvoje hospicové péče*. Hradec Králové, 2017, 115 s. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce.

Vedoucí práce: Ing. Martin Kořínek, Ph.D.

Diplomová práce se zabývá demografickou analýzou a prognózou zemřelých v České republice a Královéhradeckém kraji, která by měla být predikcí plánování rozvoje hospicové péče. V teoretické části popisují smrt jako ukazatel demografického vývoje i jako fenomén tabuizovaný současnou společností. Charakterizují principy paliativní péče, definují hospicovou péči a její formy. Popisují vývoj ukotvení hospicové péče v právním řádu České republiky, mapují současný stav hospicové péče i očekávané legislativní změny. Cílem výzkumné části práce je porovnání základních tendencí v demografickém vývoji zemřelých v letech 2007 až 2015 a prognóze úmrtnosti do roku 2050 v České republice a Královéhradeckém kraji na základě výsledků projekce obyvatelstva s tendencemi vývoje hospicové péče v České republice a Královéhradeckém kraji. Výsledky této práce mohou být podkladem pro plánování rozvoje hospicové péče v příštích letech.

Klíčová slova: zemřelí, úmrtnost, demografický vývoj, projekce obyvatelstva, paliativní péče, hospicová péče, hospic, Česká republika, Královéhradecký kraj

## **Abstract**

BEČVÁŘOVÁ, Jana. *Demographic analysis and projection of deaths as a prediction of planning the development of hospice care*. Hradec Králové, 2017, 115 p. Diploma thesis. University of Hradec Králové, Institute of Social Work.

Thesis supervisor: Ing. Martin Kořínek, Ph.D.

This diploma thesis deals with the demographic analysis and mortality prognosis in the Czech Republic and the Královéhradecký Region, which aims to predict the planning of hospice care development. The theoretical part of the thesis describes death as a demographics development indicator as well as a taboo phenomenon of nowadays' society. The thesis defines the principles of palliative care, the hospice care and the forms thereof. The author also describes history course of hospice care definition within the legal system of the Czech Republic and outlines the current situation of hospice care along with anticipated legislative changes. The aim of the research part of the thesis is a comparison of principal tendencies in demographic change of deceased between years 2007 – 2015 and mortality prognosis up to year 2050 in the Czech Republic and the Královéhradecký Region, based on the results of population projections, with the tendencies of hospice care development in the Czech Republic and the Královéhradecký Region. The results of this thesis may serve as basis for the planning of hospice care development in the upcoming years.

Key words: deceased, mortality, demographic change, population projection, palliative care, hospice care, hospice, Czech Republic, Královéhradecký Region

## Obsah

Úvod .....	15
<b>1 Demografický vývoj zemřelých .....</b>	<b>18</b>
1.1 Vymezení pojmů.....	19
1.1.1 Smrt jako biologický zánik lidského života .....	19
1.1.2 Smrt jako demografická událost .....	19
1.1.3 Vybrané statistické ukazatele sledování úmrtnosti.....	20
1.2 Dlouhodobý vývoj úmrtnosti v českých zemích .....	21
1.3 Datové zdroje a metodika demografického sledování zemřelých .....	22
1.3.1 Datové zdroje.....	22
1.3.2 Metodika sledování příčiny úmrtí.....	23
1.3.3 Metodika sledování místa úmrtí .....	24
1.4 Úmrtnost jako demografický trend v České republice .....	24
1.4.1 Demografická specifika Královéhradeckého kraje.....	25
1.5 Prognóza vývoje obyvatelstva jako zdroj odhadu vývoje úmrtnosti .....	26
1.5.1 Projekce obyvatelstva .....	26
1.5.2 Prognóza vývoje úmrtnosti v České republice .....	27
1.5.3 Prognóza vývoje zemřelých v Královéhradeckém kraji.....	28
1.6 Shrnutí .....	28
<b>2 Fenomén smrti a umírání.....</b>	<b>30</b>
2.1 Spirituální vnímání smrti .....	30



2.2	Tabuizace smrti v současné společnosti .....	31
2.3	Právo umírajícího na důstojnou smrt.....	32
2.4	Paliativní medicína a její principy .....	33
2.4.1	Definice paliativní medicíny .....	33
2.4.2	Obecná a specializovaná paliativní péče .....	33
2.4.3	Principy paliativní péče .....	34
2.4.4	Pacient v paliativní péči.....	34
2.5	Postoje veřejnosti k tématu smrti, umírání a paliativní péči.....	35
2.5.1	Výzkum veřejného mínění agentury STEM/MARK.....	35
2.6	Shrnutí .....	37
<b>3</b>	<b>Vymezení, charakteristika a legislativní rámec hospicové péče.....</b>	<b>38</b>
3.1	Hospic a filozofie hospicové péče .....	38
3.1.1	Formy hospicové péče .....	39
3.1.2	Filozofie hospicové péče .....	39
3.2	Systém lůžkové hospicové péče v České republice.....	41
3.3	Systém mobilní hospicové péče v České republice.....	41
3.4	Historie hospicové péče.....	42
3.5	Vývoj ukotvení hospicové péče do právních norem České republiky .....	43
3.6	Organizace zaštiťující činnost hospicového hnutí v ČR.....	45
3.6.1	Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP) .....	45
3.6.2	Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČSMP).....	46

3.6.3	Portál Umírání.cz.....	46
3.6.4	Centrum paliativní péče.....	46
3.7	Aktuální legislativní změny a jejich dopady na rozvoj hospicové péče .....	47
3.7.1	Pilotní projekt Všeobecné zdravotní pojišťovny .....	47
3.7.2	Průběh projektu.....	48
3.7.3	Hodnocení projektu .....	48
3.8	Změna výše příspěvku na péči.....	49
3.9	Návrh MPSV na dávku dlouhodobého ošetrového .....	50
3.10	Shrnutí .....	51
<b>4</b>	<b>Současná situace v hospicové péči v ČR a koncepce dalšího rozvoje.....</b>	<b>53</b>
4.1	Současný stav paliativní péče v ČR.....	53
4.2	Koncepce rozvoje paliativní péče.....	55
4.2.1	Národní program paliativní péče .....	55
4.2.2	Program Podpora hospicové paliativní péče v ČR 2017 až 2022.....	55
4.3	Krajské koncepční dokumenty Královéhradeckého kraje rozvoje paliativní péče.....	57
4.4	Mapa lůžkových hospiců v České republice .....	58
4.5	Mapa mobilních hospiců v České republice.....	58
4.6	Shrnutí .....	59
<b>5</b>	<b>Výzkumná část – Porovnání základních tendencí v demografickém vývoji zemřelých a prognóze úmrtnosti v České</b>	

	<b>republiky a Královéhradeckém kraji s tendencemi rozvoje hospicové péče .....</b>	<b>60</b>
5.1	Formulace hlavního cíle a dílčích cílů.....	60
5.2	Metodologické ukotvení .....	62
5.2.1	Charakteristika zkoumaného souboru .....	62
5.2.2	Zvolené statistické metody .....	62
5.2.3	Zdroje statistických dat.....	63
5.3	Srovnatelnost zkoumaných statistických dat a možná rizika výzkumu ....	64
5.3.1	Srovnatelnost statistických dat .....	64
5.3.2	Možná rizika a nevýhody výzkumné strategie .....	65
<b>6</b>	<b>Analýza a interpretace statistických dat podle dílčích cílů.....</b>	<b>67</b>
6.1	Dílčí cíl 1: Analýza demografických charakteristik zemřelých v České republice a Královéhradeckém kraji v letech 2007 až 2015.....	67
6.1.1	Vývoj počtu zemřelých v dlouhodobé časové řadě .....	67
6.1.2	Vývoj úmrtnosti v dlouhodobé časové řadě .....	68
6.1.3	Vývoj zemřelých podle pohlaví v letech 2007 až 2015.....	68
6.1.4	Vývoj zemřelých podle věkových skupin v letech 2007 až 2015 .....	69
6.1.5	Vývoj zemřelých podle nejčastějších příčin smrti v letech 2007 až 2015 .....	72
6.1.6	Zemřelí podle vybraných příčin smrti a podle věku zemřelých v letech 2007 a 2015 .....	75
6.1.7	Zemřelí podle vybraných příčin smrti a místa úmrtí v letech 2007 a 2015 .....	79

6.1.8	Podíl Královéhradeckého kraje na zemřelých v České republice .....	82
6.1.9	Prognóza počtu zemřelých do roku 2050 .....	82
6.1.10	Prognóza vývoje úmrtnosti do roku 2050.....	83
6.1.11	Prognóza vývoje naděje dožití do roku 2050 .....	84
6.1.12	Shrnutí dílčího cíle 1.....	85
6.2	Dílčí cíl 2 – Analýza hospicové péče v České republice a Královéhradeckém kraji .....	86
6.2.1	Základní ukazatele vývoje hospicové péče v letech 2007 až 2015 .....	87
6.2.2	Podíl zemřelých v hospicích na zemřelých celkem v letech 2007 až 2015 .....	88
6.2.3	Podíl Královéhradeckého kraje na ČR v základních ukazatelích hospicové péče.....	88
6.2.4	Počet hospitalizovaných na 10 tisíc obyvatel .....	90
6.2.5	Počet zemřelých na 1 tisíc hospitalizovaných .....	90
6.2.6	Počet lůžek na 100 tisíc obyvatel .....	91
6.2.7	Počty mobilních hospiců v Královéhradeckém kraji v letech 2007 až 2015 .....	92
6.2.8	Počty klientů mobilních hospiců v Královéhradeckém kraji v letech 2007 až 2015.....	92
6.2.9	Rozvoj Domácí hospicové péče v Hradci Králové v letech 2013 až 2015 .....	93
6.2.10	Shrnutí dílčího cíle 2.....	94
6.3	Dílčí cíl 3 – Porovnání změny hodnot vybraných indikátorů mezi roky 2007 a 2015 v České republice a Královéhradeckém kraji .....	94

6.3.1	Změna hodnoty 13 vybraných indikátorů z oblasti demografie a hospicové péče mezi roky 2007 a 2015 .....	95
6.3.2	Shrnutí dílčího cíle 3.....	97
	<b>Závěr a diskuse.....</b>	<b>98</b>
	<b>Seznam tabulek, grafů.....</b>	<b>101</b>
	<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>103</b>
	<b>Příloha A Zemřelí v České republice v letech 2007 až 2015 .....</b>	<b>I</b>
	<b>Příloha B Zemřelí v Královéhradeckém kraji v letech 2007 až 2015.....</b>	<b>III</b>
	<b>Příloha C Příčiny smrti podle desáté revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) .....</b>	<b>V</b>
	<b>Příloha D Přehled lůžkových hospiců v České republice v roce 2016 (APHPP) .....</b>	<b>VI</b>
	<b>Příloha E Přehled mobilních hospiců v Královéhradeckém kraji v roce 2016 (vlastní šetření) .....</b>	<b>VII</b>

## **Seznam použitých zkratk**

APHPP – Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče

ČR – Česká republika

ČSPM – Česká společnost paliativní medicíny lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně

ČSÚ – Český statistický úřad

Eurostat – Statistický úřad Evropské unie

KH kraj – Královéhradecký kraj

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

LPZ – List o prohlídce zemřelého

MKN-10 – Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

MPSV ČR – Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

MSPP – Mobilní specializovaná paliativní péče

NRPZS – Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb

NZIS – Národní zdravotnický informační systém

OECD – Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj

ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO – Světová zdravotnická organizace

## Úvod

Tématem diplomové práce je Demografická analýza a prognóza zemřelých jako predikce plánování rozvoje hospicové péče. V práci porovnam základní tendence ve vývoji zemřelých a jejich demografických charakteristik v České republice a Královéhradeckém kraji, na základě výsledků projekce obyvatelstva nastíním předpokládaný vývoj počtu zemřelých a úmrtnosti v příštích letech. Popíši vývoj hospicové péče v České republice a Královéhradeckém kraji a porovnam demografické trendy ve vývoji zemřelých s trendy rozvoje hospicové péče mezi roky 2007 a 2015. Téma práce jsem si vybrala z osobního zájmu, neboť se ve svém zaměstnání často setkávám s demografickými daty, ale i s daty z oblasti sociálních služeb a zdravotnictví, dalším důvodem pro výběr tématu je osobní zkušenost s péčí o blízkou osobu v terminálním stadiu nemoci.

Práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a výzkumné. V teoretické části je popsána smrt jako jeden z ukazatelů demografického vývoje populace i jako fenomén tabuizovaný současnou společností. Je definována paliativní péče a její principy, je popsána hospicová péče, její filozofie a formy. Teoretická část se dále zabývá vývojem ukotvení hospicové péče v právním řádu České republiky. Je zmapován současný stav hospicové péče i očekávané legislativní změny, které by měly mít pozitivní dopad na rozvoj hospicové péče v příštích letech.

Ve výzkumné části je definován hlavní cíl práce, kterým je porovnat základní tendence demografického vývoje zemřelých, včetně očekávaného vývoje úmrtnosti, se základními tendencemi rozvoje hospicové péče v České republice a Královéhradeckém kraji. Tento hlavní cíl je realizován pomocí tří dílčích cílů. Prvním dílčím cílem je analýza demografických charakteristik zemřelých a prognóza vývoje úmrtnosti v České republice a Královéhradeckém kraji na základě výsledků projekce obyvatelstva. Ve druhém dílčím cíli je analyzována hospicová péče v České republice a Královéhradeckém kraji. Ve třetím dílčím cíli jsou pomocí indexů porovnány změny hodnot vybraných indikátorů mezi roky 2007 a 2015 v České republice a Královéhradeckém kraji. Dílčí cíle jsou transformovány do indikátorů, každý indikátor je ve výzkumné části slovně i graficky interpretován, po interpretaci každého dílčího

cíle následuje shrnutí, kde jsou vytyčeny hlavní trendy vývoje vybraných indikátorů ve sledovaném období. Jako metoda výzkumu byla zvolena kvantitativní analýza statistických dat, zdrojem dat byly statistické výstupy z oblasti demografie Českého statistického úřadu a statistická data z oblasti hospicové péče Ústavu zdravotnických informací a statistiky. Jako zdroje dat byly ve výzkumné části využity i výroční zprávy hospiců na území Královéhradeckého kraje.

Teoretickým východiskem pro diplomovou práci byly především texty zakladatelky hospicového hnutí v České republice, Marie Svatošové, která v roce 1995 otevřela právě v Královéhradeckém kraji první lůžkový hospic Anežky České. Dalšími zdroji byly monografie Heleny Haškovcové a Moniky Ulrichové, které se dlouhodobě zabývají thanatologií, využila jsem i texty Elizabeth Kübler-Rossové, americké psychologičky, která popsala psychologický proces umírání a jeho fáze. Čerpala jsem i z publikací I. Tomeše, K. Kopřivy a dalších autorů. Při hodnocení postojů veřejnosti ke smrti a umírání jsem vycházela z výzkumných zpráv agentury STEM/MARK, která se touto problematikou dlouhodobě zabývá. V oblasti demografie jsem čerpala z textů Vladimíra Srba, významného českého demografa, z publikace Demografie nejen pro demografy od Květy Kalibové, Zdeňka Pavlíka a Aleny Vodákové, z Demografické příručky. V práci jsem rovněž využila mnoho internetových dokumentů Českého statistického úřadu (ČSÚ), Ústavu zdravotnických informací a statistik české republiky (ÚZIS), Asociace poskytovatelů hospicové péče, České paliativní společnosti a dalších.

Při mapování zdrojů literatury k tématu diplomové práce jsem se také věnovala studiu bakalářských a diplomových prací absolventů Ústavu sociální práce Univerzity Hradec Králové. Přestože se problematikou paliativní a hospicové péče zabývalo v minulých letech více studentů, domnívám se, že porovnání demografického vývoje zemřelých s vývojem hospicové péče na území ČR a zároveň Královéhradeckého kraje, tedy nižším územním celkem, který má určitá demografická specifika, zároveň je „kolébkou“ hospicové péče v České republice, je novým pohledem na vývoj hospicové péče a jeho demografické kontexty.



Demografickým trendem posledních desetiletí je stárnutí populace. Naděje dožití se stále zvyšuje, již dnes se poměrně velký počet obyvatel dožívá vysokého věku, to ovšem neznamená, že s dlouhověkostí roste i kvalita závěrečné fáze života. Lékařská věda dosahuje stále dalších a dalších úspěchů v oblasti využívání nových, především invazivních, metod léčby, které oddalují progresi mnoha onemocnění a umožňují pacientovi prožít i s vážnou nemocí řadu let. Nastávají však okamžiky, kdy medicína musí ustoupit přirozenému běhu života, přestat bojovat o pacientovo uzdravení, své působení zaměřit na kvalitu života posledních měsíců či týdnů umírajícího. Domnívám se, že právě tato oblast medicíny byla v minulosti velmi podceňována nejen odbornou, ale i laickou veřejností. Považuji za pozitivní, že v současnosti probíhají potřebné legislativní kroky k tomu, aby se paliativní a hospicová péče, která má důležitý úkol, a to propojit zdravotní a sociální péči o pacienta v posledních dnech jeho života, stala „rovnoprávnou“ součástí medicíny, aby se pro umírající a jejich rodiny stala hospicová péče finančně i místně dostupnou. Vždyť právo na důstojnou smrt je základním lidským právem, které by nemělo být limitováno finanční situací umírajícího a jeho rodiny, případně nedostupností paliativní péče v místě bydliště umírajícího. Budu ráda, pokud má práce upozorní nejen na praktickou potřebnost hospicové péče v kontextu demografického vývoje populace, ale i na morální povinnost společnosti věnovat problému důstojného umírání větší pozornost. Práce může rovněž sloužit jako podklad při tvorbě koncepčních dokumentů plánování hospicové péče, být východiskem pro další analýzy, zabývající se rozvojem hospicové péče.

## 1 Demografický vývoj zemřelých

Vzhledem k tomu, že hlavním cílem výzkumné části práce je porovnat vývoj počtu zemřelých v České republice a Královéhradeckém kraji s vývojem hospicové péče, budu se v této kapitole zabývat datovými zdroji statistiky zemřelých a metodikami statistických zjišťování úmrtnosti v populaci.

Informace o demografických charakteristikách populace, analýzu věkové struktury, vývoj jednotlivých demografických událostí v populaci i představu o budoucím vývoji demografických trendů v populaci považuji za zásadní pro plánování prakticky všech oblastí života současné společnosti. V souvislosti s koncepcí a rozvojem paliativní a hospicové péče, jejímž posláním je péče o nemocné v poslední fázi života, se zaměřím na statistické sledování zemřelých a na demografický trend úmrtnosti, neboť analýza demografických charakteristik zemřelých a očekávaný vývoj úmrtnosti v budoucích letech je nezbytnou predikcí plánování a podpory hospicové péče v České republice. Uvedu definice vybraných statistických ukazatelů z oblasti statistického sledování úmrtnosti, pro představu o výrazných změnách v demografické struktuře společnosti v posledních stoletích popíši vývoj úmrtnosti v českých zemích v dlouhodobém historickém kontextu. Vymezím současný legislativní a metodický rámec statistického sledování zemřelých. Uvedu aktuální demografické trendy úmrtnosti v České republice, dále budu specifikovat demografické trendy Královéhradeckého kraje, na který se zaměřím ve výzkumné části práce. Shrnu metodiku a cíle projekce obyvatelstva a popíši hlavní znaky očekávaného demografického vývoje v příštích desetiletích, především vývoj úmrtnosti a střední délky života, což je jedním z dílčích cílů výzkumné části práce. Vývoj zemřelých v České republice je uveden v příloze A, vývoj zemřelých v Královéhradeckém kraji je uveden v příloze B. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů je uvedena v příloze C.

## **1.1 Vymezení pojmů**

Pro demografickou analýzu zemřelých a popis demografických trendů úmrtnosti populace je nutné definovat pojem smrt z hlediska biologického i demografického a další odvozené statistické ukazatele, které lze při analýze úmrtnosti využít.

### **1.1.1 Smrt jako biologický zánik lidského života**

Smrt je proces zániku živého organismu, k němuž dochází buď přirozeně, v důsledku uplatnění biologických zákonitostí, nebo v důsledku násilného zásahu do živého organismu, který nezvratně poškozuje a rozkládá jeho funkce. Smrtí končí individuální životní běh člověka, uzavírá se jeho životní cyklus. Z lékařského hlediska je smrt definována jako ztráta reakcí organismu na okolí, úplné zrušení všech reflexů a ztráta svalových pohybů, zástava dechu, pokles tlaku krve v tepnách, lineární encefalografická křivka, zástava činnosti mozku a ztráta vědomí. Je obtížné určit přesný okamžik smrti a oddělit biologický konec integrované bytosti od ukončení jiných biologických forem lidské existence. (Stupka, Justoň, in Kalibová, 2009)

Vedle biologické smrti člověka lze ve společenských vědách hovořit o různých, biologické smrti předcházejících úrovních umírání. Jedná se o stav, kdy člověk, který je ještě biologicky živý, z psychologických a společenských důvodů postupně „odumírá“, tzn., že se zužuje okruh jeho činností, jeho sociální a životní prostředí. (Stupka, Justoň, in Kalibová, 2009)

### **1.1.2 Smrt jako demografická událost**

Na pojem biologická smrt navazuje pojem úmrtí, které je z demografického hlediska přesně definovanou demografickou událostí. Vývoj a úroveň úmrtnosti je důsledkem vývoje nemocnosti v populaci, důsledkem kvality života, životního prostředí a způsobu života. (Kalibová, 2009)

Analýza úmrtnosti má v demografii dlouholetou tradici, její počátky jsou spojeny se zakladatelem demografie J. Grauntem, který si již v 17. století jako první všiml obecných pravidelností při studiu velmi individuálních událostí, kterými jsou úmrtí jednotlivých osob. (Kalibová, 2009)

### 1.1.3 Vybrané statistické ukazatele sledování úmrtnosti

Vybrané demografické ukazatele úmrtnosti jsou uvedeny například v Demografické příručce 2015. [Dostupný z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-prirucka-2015>, cit. 6. 1. 2017]

Úmrtnost je vedle porodnosti jednou ze dvou základních složek přirozené demografické reprodukce. Základem pro její sledování je statistické hlášení o úmrtí, zasílané Českému statistickému úřadu příslušným matričním úřadem.

- Hrubá míra úmrtnosti odpovídá počtu zemřelých osob na 1 000 obyvatel středního stavu.
- Míra úmrtnosti podle věku odpovídá počtu zemřelých osob v dané věkové skupině na 1 000 obyvatel středního stavu dané věkové skupiny. Ukazatel se udává pro jednotlivá pohlaví odděleně, neboť mezi úmrtností mužů a žen jsou významné rozdíly.
- Kojenecká úmrtnost odpovídá počtu zemřelých kojenců (tj. dětí, které zemřely před dosažením 1 roku věku) na 1 000 živě narozených dětí ve stejném časovém období.
- Novorozenecká úmrtnost odpovídá počtu zemřelých novorozenců (tj. dětí ve věku 0–27 dnů) na 1 000 živě narozených dětí ve stejném časovém období
- Úmrtnostní tabulky se používají k charakteristice řádu vymírání určité populace, poskytují nejpřesnější vyjádření intenzity úmrtnosti zkoumané populace. Výsledkem výpočtu úmrtnostních tabulek je např. ukazatel naděje dožití (střední délka života).
- Naděje dožití (střední délka života) je počet roků, který pravděpodobně ještě prožije osoba právě x-letá za předpokladu, že po celou dobu jejího dalšího života se nezmění řád vymírání zjištěný úmrtnostní tabulkou. Ukazatel se nejčastěji používá ve formě naděje dožití při narození (střední délka života), v níž vyjadřuje průměrnou očekávanou délku života osoby právě narozené.

## 1.2 Dlouhodobý vývoj úmrtnosti v českých zemích

První, velmi hrubé, odhady střední délky života v českých zemích jsou k dispozici zhruba za období 8. až 9. století, kdy se na základě kosterních nálezů odhaduje naděje dožití 27,55 roku pro obě pohlaví, přičemž muži se dožívali vyššího věku než ženy. Úmrtnost evropského obyvatelstva ve středověku se odhaduje na 36,4 promile. (Srb, 2004)

Od roku 1785 jsou za české země zpracované časové řady o přirozené měně obyvatelstva, k dispozici od tohoto období je hrubá míra úmrtnosti. Při sledování naděje dožití Srb konstatuje, že celé 19. století bylo ještě obdobím vysoké úmrtnosti, naděje dožití se začala výrazně zvyšovat až na počátku 20. století. Zatímco na počátku sledovaného období (1830 až 1838) byla naděje dožití při narození 28 let pro obě pohlaví, na konci 19. století (1890 až 1891) byla střední délka života 35 let, to znamená o 7 let více než před 50 lety. V letech 1920 až 1922 činila střední délka života již 49 let, tzn. nárůst o 14 let života za období 30 let. Zvyšování střední délky života je charakteristické pro celé 20. století, v roce 1948 již činila 64 let. V šedesátých a sedmdesátých letech se tempo růstu naděje dožití zpomalilo (v letech 1960 až 1979 se naděje dožití téměř nezměnila, činila 70 až 71 let). Až po roce 1989 je opět zaznamenáno prodlužování střední délky života, přesto Česká republika zaostává za vyspělými zeměmi o přibližně 7 až 10 kalendářních let. (Srb, 2004)

Po celé sledované období se na ukazateli úmrtnosti významně podílela kojenecká úmrtnost, která se v 19. století podílela na celkové úmrtnosti jednou třetinou. Kojenecká úmrtnost se začala výrazně snižovat až ve 20. století, přesto ještě v roce 1937 činila více než 11 promile. Až od roku 1960 můžeme mluvit o výrazném snížení kojenecké úmrtnosti (na 2,7 promile), na konci 20. století činila kojenecká úmrtnost 0,4 promile. (Srb, 2004)

Při porovnání úmrtnosti podle pohlaví je patrné ve všech věkových kategoriích počínaje kojeneckým věkem, že úmrtnost mužů je vyšší než úmrtnost žen. Zatímco kojenecká úmrtnost je u chlapců zhruba o třetinu vyšší než úmrtnost dívek, v dalších věkových skupinách tento trend pokračuje, v nejvyšším věku je mužská úmrtnost dvojnásobná. Tento jev, tzv. mužská nadúmrtnost, je vysvětlován jednak vyšší

úmrtností ze zevních příčin (úrazy, autonehody apod.), jednak nižší úrovní životosprávy. (Srb, 2004)

Při sledování úmrtnosti podle příčiny úmrtí bylo z historického hlediska v českých zemích používáno postupně šest klasifikací, od roku 1919 je aplikována Mezinárodní klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti, která za sledované období prošla deseti revizemi. V letech 1785 až 1870 se podle klasifikace příčin úmrtí rozeznávaly nemoci obyčejné, místní, epidemické a násilné smrti, kam patřily vraždy, sebevraždy, úrazy a popravy. Teprve od roku 1871 se začala používat klasifikace se 17 třídami nemocí a 7 třídami násilných smrtí. Zatímco v letech 1920 až 1924 bylo nejvíce zemřelých na nemoci infekční, parazitální a nemoci dýchacího ústrojí, v devadesátých letech vedou v příčinách úmrtí nemoci cévní a novotvary. (Srb, 2004)

### **1.3 Datové zdroje a metodika demografického sledování zemřelých**

Závazným předpisem pro sledování statistiky zemřelých je zákon o státní statistické službě č. 89/1995 Sb. a program statistických zjišťování prováděných ČSÚ v příslušném roce. „*Účelem statistického zjišťování je získání komplexních informací pro potřeby decizní sféry a regionálního plánování, k využití ve společenských a přírodních vědách, pro mezinárodní organizace a instituce, pro informování veřejnosti. Statistickou jednotkou je každé úmrtí osoby s trvalým nebo dlouhodobým pobytem na území ČR.*“ [Dostupný z: <http://www.uzis.cz/registry/datovych-souboru-csu/zemreli>, cit. 8. 1. 2017]

#### **1.3.1 Datové zdroje**

Základním dokumentem pro vytváření statistiky zemřelých je v současné době List o prohlídce zemřelého (LPZ), který vyplní lékař, prohlízející zemřelého bezprostředně po úmrtí. Na základě LPZ provede příslušný matriční úřad zápis o úmrtí do matriční knihy a zároveň vyplní Hlášení o úmrtí pro Český statistický úřad, (Obyv 3-12), který zpracovává data o počtu a demografických charakteristikách všech zemřelých osob v populaci (věk, pohlaví, státní občanství, stát narození, rodinný stav, vzdělání zemřelého či příčiny smrti). Od roku 2007 je sledováno také místo úmrtí. [Dostupný z:

<http://www.uzis.cz/registry-nzis/list-prohlidce-zemreleho/statistika-zemrelych>, cit. 8. 1. 2017]

LPZ v elektronické nebo listinné podobě přebírá Ústav zdravotnických informací a statistiky, LPZ je podkladem pro tvorbu Národních zdravotních registrů a zdravotnických statistik. Statistická data o zemřelých publikovaná ČSÚ i ÚZIS slouží k analýze trendů úmrtnosti podle příčin smrti a dalších demografických charakteristik i k mezinárodním srovnáním. Data jsou předávána do databází Světové zdravotnické organizace (WHO), Eurostatu i OECD. [Dostupný z: <http://www.uzis.cz/registry-nzis/list-prohlidce-zemreleho/statistika-zemrelych>, cit. 8. 1. 2017]

### **1.3.2 Metodika sledování příčiny úmrtí**

Příčina smrti je od 1. 1. 1994 kódována dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, vydávaných WHO. Garantem této klasifikace je ÚZIS. Od roku 2011 se výběr základní příčiny smrti provádí automatizovaně, pomocí programu. Od roku 2013 ÚZIS předává ČSÚ přímo danou část LPZ (část pro ÚZIS), která obsahuje příčiny smrti a další lékařské charakteristiky. [Dostupný z: <https://www.czso.cz/csu/czso/pohyb-obyvatelstva-metodika>, cit. 8. 1. 2017]

Podle ÚZIS je cílem změn v systému kódovací praxe pomocí automatizovaného systému kódování zvýšit kvalitu a přesnost zpracování výběru základní příčiny úmrtí. Nový systém kódování tak ovlivnil strukturu zemřelých podle příčin smrti, neboť došlo k nárůstu některých méně četných příčin smrti v posledních letech. (ÚZIS, 2016)

Metodika sledování příčiny smrti byla upravena v souladu s 10. decentralní revizí Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) tak, aby co nejpravdivěji vystihovala skutečnou příčinu úmrtí. Stanovisko lékaře se v souladu s Doporučením WHO v současné době skládá z několika částí:

- Nejprve se uvádí bezprostřední příčina smrti, tj. nemoc, úraz, stav, který vedl přímo ke smrti.
- Dále se uvádí předchozí příčina, tj. chorobný stav, který vyvolal vznik nemoci nebo stavu uvedeného v řádku nad ním

- Uvádí se základní příčina smrti, tj. nemoc nebo trauma, která iniciovala řetězec chorobných stavů přímo vedoucích ke smrti, nebo okolnosti příhody nebo násilí, které přivodily smrtelné poškození. [Dostupný z: <http://www.uzis.cz/registry-nzis/list-prohlidce-zemreleho>, cit. 8. 1. 2017]

### 1.3.3 Metodika sledování místa úmrtí

Místo úmrtí je na LPZ sledováno od roku 2007. V letech 2007 až 2012 se rozlišovalo, zda pacient zemřel doma, v nemocnici, v léčebném ústavu, na ulici či veřejném místě, při převozu, v sociálním zařízení a ostatní. [Dostupný z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-rocenka-ceske-republiky-2012-qdv084etsg>, cit. 2. 1. 2017]

Od roku 2013 došlo k metodické změně ve sledování místa úmrtí a to na: doma, ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče, ve zdravotnickém zařízení poskytující jiné formy zdravotnické péče, na ulici, veřejném místě, při převozu do zdravotnického zařízení, v zařízení sociálních služeb, jinde a nezjištěno. [Dostupný z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-rocenka-ceske-republiky-2013-r9dwy2nt35>, cit. 2. 1. 2017]

## 1.4 Úmrtnost jako demografický trend v České republice

V České republice žilo k 31. 12. 2015 celkem 10 553 843 obyvatel, během roku 2015 zemřelo 111,2 tisíce osob, což je nejvyšší počet od roku 2003. Meziroční nárůst počtu zemřelých i nárůst úmrtnosti je zdůvodňován stárnoucí věkovou strukturou populace a z části nárůstem intenzity úmrtnosti. Střední délka života činila v roce 2015 u mužů 75,8 roku, u žen pak hodnota střední délky života činila 81,5 let. Při sledování úmrtnosti podle příčin úmrtí, lze konstatovat, že nejčastější příčinou úmrtí jsou dlouhodobě nemoci oběhové soustavy, které zapříčinily téměř každé druhé úmrtí. Druhou nejčastější příčinou úmrtí byly dlouhodobě zhoubné novotvary, byly příčinou přibližně čtvrtiny všech úmrtí. Třetí nejčastější příčinou smrti byly nemoci dýchací soustavy, jejich důsledkem bylo úmrtí přibližně 7 % ze všech zemřelých. V důsledku vnějších příčin zemřelo v roce 2015 v České republice necelé 4 tisíce mužů a 2 tisíce žen, meziročně se snížil počet úmrtí v důsledku dopravních nehod a sebevražd. (ÚZIS, 2016)



Intenzita úmrtnosti i struktura úmrtnosti podle příčin se mění s věkem populace. Kojenecká úmrtnost je v ČR velice nízká, odpovídá 2,5 úmrtí kojenců na 1 tisíc živě narozených dětí. Intenzita úmrtnosti se plynule zvyšuje, od 10 do 45 let věku jsou hlavním důvodem úmrtí vnější příčiny, úmrtnost mužů výrazně převyšuje v této věkové skupině úmrtnost žen. Ve věku 20 až 34 let jsou dvě třetiny všech úmrtí mužů způsobeny právě vnějšími příčinami, u žen je to pouze jedna třetina úmrtí. Nejvyšší podíl zemřelých na zhoubné novotvary se nachází u mužů ve věkové skupině 55-64 let, u žen je věk ještě o něco nižší. Po 65 roce věku výskyt úmrtí na novotvary klesá, od 70 roku věku již převažují úmrtí v důsledku onemocnění oběhové soustavy nad novotvary. (ÚZIS, 2016)

Dvě třetiny všech úmrtí v roce 2015 proběhly v nemocnici nebo léčebném zařízení, 7 % osob zemřelo v zařízeních sociální péče, doma zemřela přibližně jedna pětina osob. Na ulici či veřejném místě zemřelo čtyřnásobně více mužů než žen, v zařízeních sociální péče byla zaznamenána úmrtí dvojnásobného počtu žen než mužů. (ÚZIS, 2016)

#### **1.4.1 Demografická specifika Královéhradeckého kraje**

Počet obyvatel Královéhradeckého kraje se v posledních letech mírně snižuje, v roce 2015 žilo v kraji 551 421 obyvatel, což bylo nejméně od roku 2007, za posledních pět let se počet obyvatel kraje snížil o více než 3 tisíce osob. Během roku 2015 v kraji zemřelo celkem 5 836 obyvatel, což je v přepočtu na jeden tisíc obyvatel středního stavu 10,6 osob. Tato hodnota byla mezi ostatními kraji 8. nejvyšší, nejnižší úmrtnost byla zaznamenána v Hl. městě Praze, (9,8 promile), nejvyšší v Moravskoslezském a Ústeckém kraji (shodně 11,2 promile). (ČSÚ, 2016)

Průměrný věk obyvatel kraje je již třetí rok nejvyšší v ČR, průměrný věk mužů činil 41 let, průměrný věk žen byl 43,9 let. Královéhradecký kraj patří k věkově nejstarším krajům v České republice, ke konci roku měl nejvyšší podíl obyvatel ve věku 65 a více let (19,6 %) a zároveň nejnižší podíl obyvatel ve věku 15-64 let (65,3 %). V důsledku věkové struktury obyvatelstva kraje se dlouhodobě zvyšuje index stáří, tj. poměr mezi nejstarší a nejmladší složkou populace. V roce 2005 poprvé převýšil počet nejstarších osob dětskou složku o 259 osob, v roce 2015 bylo v kraji o 14 491 osob starších 65 let

více, než dětí do 15 let. Královéhradecký kraj má nejvyšší index stáří v České republice. V kraji se příznivě vyvíjí ukazatel naděje dožití, jeho hodnota patří dlouhodobě k nejvyšším mezi ostatními kraji. Hodnota ukazatele naděje dožití při narození se stále zvyšuje důsledkem poklesu intenzity úmrtnosti. Chlapec, narozený v Královéhradeckém kraji v roce 2015, by se měl pravděpodobně dožít 76,6 let a dívka 81,9 let. (ČSÚ, 2016)

## **1.5 Prognóza vývoje obyvatelstva jako zdroj odhadu vývoje úmrtnosti**

Vzhledem k demografickým změnám, které v současné společnosti probíhají je patrné, že v příštích desetiletích se výrazně změní věková struktura obyvatelstva. Na základě těchto očekávaných změn lze odhadnout i vývoj trendu porodnosti a úmrtnosti v populaci. Možný scénář těchto změn představuje projekce obyvatelstva.

### **1.5.1 Projekce obyvatelstva**

Kalibová definuje projekci obyvatelstva jako „*Odhad budoucího vývoje velikosti a demografické struktury určité sledované populace, který vychází ze současných populačních trendů a odhadů vývoje budoucího.*“ (Kalibová, 2009, s. 92)

Celorepubliková Projekce obyvatelstva do roku 2100 byla vydána ČSÚ v roce 2013, na ni navázala Projekce obyvatelstva v krajích ČR do roku 2050. Základními vstupními údaji Projekce 2013 jsou počty obyvatel České republiky podle pohlaví a jednotek věku k 1. 1. 2013 (práh projekce), které navazují na výsledky Sčítání lidu, domů a bytů 2011. „*Projekce zachycuje úplnou historii prakticky všech dnes žijících generací. Projekce je zpracována v tradičních třech variantách (nízké, střední a vysoké), komponentní metodou podle jednotek věku v jednoletém kroku. Střední varianta je považována jako nejpravděpodobnější, nicméně výsledky je třeba interpretovat spíše ve smyslu vymezení očekávaného vývoje danými krajními variantami.*“ [Dostupný z: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-do-roku-2100-n-fu4s64b8h4>, cit. 10. 1. 2017]

Cílem projekce je představit směr budoucího populačního vývoje v České republice a poukázat zejména na změny ve věkovém složení, které jsou neodvratitelné a velmi výrazné. Projekce však nemůže předvídat náhlé vnější okolnosti, např. hluboké

ekonomické krize, výrazné změny v systému sociálních opatření či epidemie nemocí, které mohou mít z krátkodobého hlediska vliv na úroveň úmrtnosti či plodnosti. Proto je nutné výsledky projekce chápat podmíněně, ve vztahu k vstupním parametrům. [Dostupný z: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-do-roku-2100-n-fu4s64b8h4>, cit. 10. 1. 2017]

### **1.5.2 Prognóza vývoje úmrtnosti v České republice**

Ve všech variantách projekce je po celé sledované období očekáván růst naděje dožití při narození, tj. střední délky života. Ve střední variantě projekce se očekává růst naděje dožití ze současných 75,0 let u mužů a 80,9 let u žen na 79,5 let u mužů a 85,1 let u žen v roce 2030, a dále na 83,0 let u mužů a 88,0 let u žen v roce 2050. Do konce projekčního období by se střední délka života navýšila u mužů na 86,6 let, u žen na 91,1 let. Výraznější zlepšování úrovně úmrtnosti je očekáváno u mužů. I přes rostoucí naději dožití je však očekáván růst počtu zemřelých, zrychlený ve třicátých letech, kdy věkem nejvyšší úmrtnosti budou procházet silné poválečné ročníky narozených. Následovat bude stagnace, která bude vystřídána v padesátých a šedesátých letech opět rostoucím počtem zemřelých s vrcholem kolem roku 2070 (140 tis. zemřelých ročně). [Dostupný z: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-do-roku-2100-n-fu4s64b8h4>, cit. 10. 1. 2017]

Z hlediska věkového složení obyvatelstva dojde k největším změnám v seniorské kategorii 65 a více let. Počty osob ve vyšším věku jsou v posledních letech již ovlivněny přechodem početně silnějších generací z let 2. světové války do věku 65 a více let. V tomto věku se nacházejí už i osoby z prvních silných poválečných ročníků. Obyvatel v tomto věku bude výrazně přibývat i v následujících desetiletích. Růstu jejich počtu bude ovlivňován zejména nepravidelností věkové struktury a očekávaným dalším prodlužováním naděje dožití. Absolutně se může počet osob ve věku 65 a více let do roku 2057, kdy by měl dosáhnout vrcholu, téměř zdvojnásobit ze současných 1,7 mil. na 3,2 mil. Základním rysem vývoje obyvatelstva České republiky v nadcházejících desetiletích tak bude jednoznačně progresivní stárnutí. Relativní zastoupení seniorů v populaci se zvýší z dnešní jedné šestiny až na jednu třetinu. Index stáří v budoucnu výrazně poroste, zatímco v roce 2013 na 113 seniorů připadalo 100

dětí, kolem roku 2025 by měl index stáří překročit hranici 150, o deset let později úroveň 200, a celou druhou polovinu tohoto století by se měl pohybovat nad hranicí 250 seniorů na 100 dětí. [Dostupný z: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-do-roku-2100-n-fu4s64b8h4>, cit. 10. 1. 2017]

### **1.5.3 Prognóza vývoje zemřelých v Královéhradeckém kraji**

Podle projekce obyvatelstva v krajích ČR bude mít kraj v roce 2050 o jednu desetinu méně obyvatel, než je současný stav, vyšší porodnost se do roku 2050 neočekává. Do roku 2050 bude počet zemřelých plynule narůstat. Úmrtnost z výchozí hodnoty 10,4 promile stoupne ve 40. letech na 13,1 promile, přičemž porodnost za celé sledované období nedosáhne výchozí hodnoty 9,7 promile. [Dostupný z: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-v-krajich-cr-do-roku-2050-ua08v25hx9>, cit. 11. 1. 2017]

Naděje dožití mužů stoupne z výchozí hodnoty 75,9 let na 83,7 let v roce 2050, hranice 80 let bude u mužů překročena v roce 2029. Naděje dožití žen z výchozích 81,7 let poroste na 88,5 let v roce 2050. Z hlediska věkové struktury obyvatelstva bude v kraji v polovině století podíl obyvatel starších 65 let téměř třetinový. [Dostupný z: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-v-krajich-cr-do-roku-2050-ua08v25hx9>, cit. 11. 1. 2017]

## **1.6 Shrnutí**

Úmrtí je z demografického hlediska přesně definovanou demografickou událostí. Na pojem úmrtí navazují další odvozené ukazatele, jako je hrubá míra úmrtnosti nebo naděje dožití. Statistické sledování přirozené měny obyvatelstva má v českých zemích dlouholetou tradici, k dispozici jsou demografické statistiky od roku 1785, od tohoto roku se rovněž sleduje příčina smrti. Závazným předpisem pro sledování statistiky zemřelých je zákon č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě a program statistických zjišťování prováděných ČSÚ. Základním dokumentem pro vytváření statistiky zemřelých je List o prohlídce zemřelého. Příčina smrti je od roku 1994 kódována podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů,

v současné době je klasifikace po 10. decentrální revizi (MKN-10). Od roku 2007 se na Listu o prohlídce zemřelého sleduje i místo úmrtí.

Počet zemřelých se v České republice v časové řadě zvyšuje, což je důsledkem stárnoucí věkové struktury populace. Úmrtnost v Královéhradeckém kraji je v porovnání s ostatními kraji spíše vyšší, kraj patří k věkově nejstarším krajům v republice, má nejvyšší podíl seniorů a nejnižší podíl osob ve věku 15 až 64 let. Podle výsledků projekce obyvatelstva, která se pokouší nastínit budoucí demografický vývoj, bude základním rysem vývoje obyvatelstva České republiky progresivní stárnutí, podíl seniorů v populaci stoupne ze současné jedné šestiny na jednu třetinu. Počet zemřelých bude mírně narůstat, je očekáván růst naděje dožití při narození.

## 2 Fenomén smrti a umírání

V první kapitole jsem definovala smrt a úmrtí jako statistický ukazatel, v této kapitole bych ráda popsala smrt jako fenomén obestřený strachem a nejistotou, jako tabu současné společnosti i jako individuální prožitek završení lidského života, ke kterému všichni směřujeme. Snaha odtabuizovat smrt a umírání ve společnosti, poskytnout nemocným v posledních dnech života oporu a zaručit jim důstojný a klidný odchod ze života uprostřed svých blízkých, je posláním hospicové péče, jejímž vývojem se budu ve výzkumné části práce zabývat.

V první části kapitoly se zaměřím na spirituální vnímání smrti i příčiny tabuizace smrti v moderní společnosti. Upozorním na dnešní, společností opomíjené, základní lidské právo na důstojnou smrt a budu charakterizovat paliativní péči, jejímž cílem je právě k důstojné smrti umírající doprovodit. Popíši principy paliativní medicíny, především význam „pravdy“ při paliativní péči o nevléčitelně nemocné. V poslední části kapitoly se budu věnovat postojům veřejnosti k smrti a umírání, které ve svých výzkumných zprávách analyzuje výzkumná agentura STEM/MARK.

### 2.1 Spirituální vnímání smrti

Ulrichová považuje smrt za neoddělitelnou součást života, proto se ve smrti lidé obrací k životu, a právě v době umírání je pro ně život nejintenzivnější. Přestože smrt a umírání jsou přirozenou součástí života, lidé se svého konce bojí, mají z něho strach, protože o něm vlastně nic nevědí. Z psychologického hlediska se život a smrt slévají dohromady, smrt se stává součástí života, přemýšlíme o ní, připravujeme se na ni. Jestliže bychom se snažili smrt ze svého vnitřního života vytěsnit, ztratili bychom to, co mu dává smysl, a to je zodpovědnost a uvědomění si přítomnosti. (Ulrichová, 2014)

Pojetí smrti je významným indikátorem kulturní specifičnosti různých společností. Pouze velmi málo z přibližně 4 tisíc etnologicky doložených společností považuje smrt za naprostý zánik lidské bytosti. V pojetí přírodních národů vychází život i smrt z jednoty člověka a kosmu. Křesťanství vnímá smrt jako vstup do světa, kde se člověku dostává spravedlnosti. Bohabojní a mravní lidé budou odměněni věčným životem, zlí budou potrestáni. V mnoha kulturách či životních stylech představuje smrt

vyvrcholení lidského života a to buď ve smyslu sociálním, nebo metafyzickém. (Stupka, Justoň, in Kalibová, 2009)

## 2.2 Tabuizace smrti v současné společnosti

Podle Haškovcové smrt v moderní společnosti tabuizovala technicky vyspělá medicína, která se snaží nedovolit smrti, aby zvítězila. „*Nejen laická, ale i část odborné veřejnosti velmi rychle přejala názor, že se smrt nehodí do našeho úspěšného života a že je vadou na kráse úspěšné medicíny.*“ (Haškovcová, 2007, s. 21) Smrt je vnímána jako nutný, ale nepatřičný fenomén, který se nehodí do světa vědy a techniky, kde jsou hlavními hodnotami mládí, sex, úspěch a majetek. O smrti je vhodné mlčet a nahlas ujišťovat sebe i druhé, že v budoucnosti nad smrtí definitivně zvítězíme. (Haškovcová, 2007) Svatošová upozorňuje na hrubé chyby, kterých se dopouštějí ti, kteří by měli nemocnému umírání ulehčit. Nejedná se o špatný úmysl, ale neadekvátní chápání procesu umírání. Lékaři považují pacientovu smrt za vlastní selhání, rodina často nevědomě vyloučí umírajícího ze svého společenství a předá ho do rukou odborníků. Umírající je tak izolován od svých nejbližších, cítí se jako pouhý „případ“. (Svatošová in Matoušek, 2005).

Z historického hlediska bylo podle Haškovcové v jistém slova smyslu samozřejmější zemřít než žít, generace lidí byly srozuměny se smrtí, naučily se umírat, když pozorovaly smrt v okolí. Umírání bylo sociálním aktem, kdy si rodinní příslušníci samozřejmě rozdělili pečovatelské role. Každý tedy věděl, jak vypadá umírání a smrt zblízka, každý člen rodiny se v průběhu života setkal s umírajícím a následně s mrtvým tělem. (Haškovcová, 2007)

Funk konstatuje, že jen malému procentu umírajících je dnes dopřáno umřít doma mezi blízkými. Smrt je v dnešní společnosti, která se hrdě hlásí k lidským právům, dehumanizovaná snad nejvíce v lidských dějinách. Umírá se nejčastěji v nemocnici za plentou, nebo v ústavu za účasti chladně rutinního personálu. Pokud se umírá doma, rodina rozpačitě umírajícího chlácholí a odhání děti, aby se „na to“ nedívaly. Denně v televizi sledujeme nezúčastněně smrt mnoha lidí, přitom smrt jednotlivce zatlačujeme do pozadí a bezradného mlčení. Čím rozvinutější jsou přírodní vědy, tím obávanější a popíranější je realita smrti. (Funk, 2014) Rovněž Halík upozorňuje, že

sekularizovaná společnost úzkost z reálné smrti kompenzuje přemírou „virtuální smrti“ a snaží se tak smrt banalizovat. (Halík in Ondračka, 2010) Svatošová uvádí, že nejčastějším argumentem lidí, kteří nechtějí se svým umírajícím nejbližším zůstat v posledních dnech a hodinách pod jednou střešou je: „*Má tam veškerou lékařskou péči.*“ Rodina zařídí hospitalizaci v nemocnici nebo v léčebně dlouhodobě nemocných, případně zaplatí nadstandartní pokoj a má čisté svědomí. Nemocný je ale těžce zklamaný, protože marně doufal, že jeho poslední dny proběhnou úplně jinak. (Svatošová, 2003)

Podle Penzona je však pro mnoho lidí těžko proveditelné či téměř nemožné, zůstat s umírajícím doma a pečovat o něho. Je prokázáno, že spíše než medicínské faktory jsou při přijetí pacienta do nemocnice uváděny sociální faktory, jejichž následkem je zhroucení pečujícího. (Penson, 1991)

### **2.3 Právo umírajícího na důstojnou smrt**

Svobodu a rovnost v důstojnosti a právech deklaruje Listina základních práv a svobod. V Hlavě 2., článku 10 se praví: „*Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno.*“ (Ústava ČR, Listina základních práv a svobod).

V roce 1999 vznikla na základě Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících tzv. Charta práv umírajících, v České republice byla přijata Parlamentním shromážděním 25. června 1999. Rada Evropy v Chartě práv umírajících deklaruje své poslání chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit, vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu umírajícím. Dále vyzývá členské státy, aby uznaly a hájily nárok nevléčitelně nemocných na komplexní paliativní péči, chránily právo nevléčitelně nemocných na sebeurčení a zároveň zabránily legalizaci úmyslného usmrcení nevléčitelně nemocných a umírajících. [Dostupný z: <http://www.pecujdoma.cz/legislativa/dokumenty/charta-prav-umirajicich/>, cit. 15. 1. 2017]



Zakladatelka hospicového hnutí v České republice, Marie Svatošová, zdůrazňuje právo každého člověka na důstojnou smrt jako základní etický princip společnosti. (Svatošová in Matoušek, 2005)

## **2.4 Paliativní medicína a její principy**

Paliativní, neboli útěšná medicína je uceleným a nadějným systémem pomoci nejen umírajícím, ale i jejich rodinám. (Haškovcová 2007)

### **2.4.1 Definice paliativní medicíny**

Slovo pallium je latinského původu a znamená „plášť“ nebo „obal“. Kombinace slova paliativní a péče tedy symbolicky znamená „*poskytnout nemocnému ochranu (plášť) v extrémně nepříznivé situaci hrozícího vlastního zániku*“. (Haškovcová, 2007, s. 37)

Světová zdravotnická organizace charakterizuje paliativní medicínu jako „*léčbu a péči o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.*“ (Haškovcová, 2007, s. 37) Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, definuje paliativní péči jako druh zdravotní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevy léčitelnou nemocí. (Zákon č. 372/2011 Sb.)

### **2.4.2 Obecná a specializovaná paliativní péče**

Paliativní péči můžeme rozdělit na obecnou a specializovanou. Za obecnou paliativní péči je považována dobrá klinická praxe poskytovaná zdravotníky v rámci jejich odborností. Zajišťují ji např. praktičtí lékaři ve spolupráci s agenturami domácí péče, lékaři specialisté (onkologové, internisti, geriatři, neurologové). V případě, že pacient komplexností nebo závažností svých potřeb přesahuje možnosti obecné paliativní péče, měla by mu být umožněna specializovaná paliativní péče. [Dostupný z: <http://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/12/situacni-analyza-paliativni-pece.pdf>, cit. 16. 1. 2017]

Specializovanou paliativní péčí se rozumí aktivní péče poskytovaná nemocným a jejich rodinným příslušníkům týmem odborníků, kteří mají formální vzdělání v oboru paliativní péče. V České republice specializovanou paliativní péčí poskytují především lůžkové hospice a v posledních letech také mobilní hospice, jako zařízení mobilní specializované paliativní péče. [Dostupný z: <http://www.paliativni-medicina.cz/wp-content/uploads/2016/12/situacni-analyza-paliativni-pece.pdf>, cit. 16. 1. 2017]

### **2.4.3 Principy paliativní péče**

K hlavním zásadám paliativní medicíny patří maximální omezení invazivních vyšetřovacích i léčebných metod, důsledně nedirektivní přístup, respektující vůli pacienta a ponechávající nemocnému potřebný pocit, že má věci pod kontrolou. Vědomí vlastní participace na léčbě výrazně přispívá ke kvalitě života nemocného, navrácí mu to ztracený pocit bezpečí. (Svatošová in Matoušek, 2005)

Jestliže je paliativní medicína postavena na respektování a uspokojování fyziologických, psychologických sociálních a spirituálních potřeb nemocného, je podle Svatošové velmi důležité u pacientů v terminálním stádiu nemoci pracovat s „pravdou“. Pacient musí být pravdivě poučen, aby mohl dát souhlas s paliativní léčbou, která mu zajišťuje uspokojení tělesných potřeb (tišení bolesti atd.). Psychické potřeby lze uspokojovat pouze za předpokladu, že nemocný není obelháván, není připraven o pocit bezpečí a není ve své lži izolován. Pro uspokojení sociálních potřeb, tedy zabezpečení rodiny, firmy, přátel, jsou nutné pravdivé informace pacientovi. Sdělení pravdivé prognózy může pomoci umírajícímu udělat nejzávažnější rozhodnutí a činy, uspokojit tedy své spirituální potřeby. (Svatošová in Matoušek, 2005)

### **2.4.4 Pacient v paliativní péči**

Pocity nemocného a psychickou odezvou na pravdivé sdělení diagnózy vážného onemocnění se v 60. letech 20. století zabývala americká lékařka Elizabeth Kübler-Rossová. Na základě výzkumů, které probíhaly desítky let jako rozhovory s umírajícími, popsala fáze, kterými umírající prochází:

1. Negace, šok, popírání – nemocný chce věřit, že se jedná patrně o omyl a že se vše nakonec nějak vysvětlí.
2. Hněv a agrese – zlost na nejbližší příbuzné nebo ošetřující personál. Objevují se výčitky, agrese, pocity nespravedlnosti.
3. Smlouvání – energie pacienta se zaměřuje na uzdravení. Ochota přinášet oběti, hledání léků, léčitelů, velké sliby.
4. Deprese, smutek – přirozená reakce na zátěž, úzkost ze ztráty, z účtování, z neznáma.
5. Akceptace, smíření – závěrečná fáze, vyrovnání, pokora, nastolení klidu, někdy rezignace. (Rossová, 1993)

Rossová své výzkumy shrnuje slovy: „*Pacienti, kteří svůj osud přijali, získávají velmi osobitý výraz vyrovnanosti a míru. V jejich tvářích se odráží stav vnitřní důstojnosti.*“ (Rossová in Svatošová, 2003)

## **2.5 Postoje veřejnosti k tématu smrti, umírání a paliativní péči**

Výzkumy veřejného mínění jsou důležitou součástí snahy o zvýšení kvality péče a v době častých systémových změn stoupá jejich význam. Výzkumy postojů ukazují přání lidí a faktory, které jejich názory ovlivňují, upozorňují také na oblasti, ve kterých nemá veřejnost dostatečné informace, a měla by se na ně zaměřit osvěta. (Dragomirecká, in Tomeš 2015)

### **2.5.1 Výzkum veřejného mínění agentury STEM/MARK**

Výzkumy veřejného mínění na téma Umírání a péče o nevyléčitelné nemocné zadává Domácí hospicové hnutí Cesta domů a realizuje je výzkumná agentura STEM/MARK. Výzkum finančně podpořilo Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, Ministerstvo zdravotnictví ČR z Programu švýcarsko-české spolupráce a agentura STEM/MARK. V roce 2015 byl proveden již třetí výzkum v pořadí, který popisuje vzorce myšlení a chování české veřejnosti v přístupu k tématu umírání a smrti. Tyto výzkumy byly realizované v letech 2011, 2013 a 2015 na dvou cílových skupinách: obecná populace starší 15 let (veřejnost) a zdravotníci/lékaři. [Dostupný z: <http://www.umirani.cz/data>, cit. 15. 12. 2016]

Z výzkumných zpráv z let 2011 až 2015 vyplývá, že 78 % populace by si přálo zemřít doma, zatímco například v LDN by chtěly zemřít 2 % dotazovaných. Hospic uvedlo 9 % dotazovaných, toto nízké procento u laické veřejnosti (zdravotníci uváděli hospic, jako místo, kde by si přáli zemřít ve 35 %), je dáno malým povědomím o zařízení hospice, 58 % dotazovaných uvedlo, že ví, co je to hospic, ale často ho chápou jako zařízení na pomezí LDN a domova důchodců. Mezi nejčastěji uváděné obavy týkající se smrti a umírání patřila především ztráta důstojnosti, až na druhém místě bolest. [Dostupný z: <http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2011.pdf>, cit. 15. 12. 2016]

Smrt považují za společensky tabuizované téma tři čtvrtiny dotazovaných, více než 60 % populace s nikým o svých přáních týkajících se smrti a umírání s nikým nehovořilo. Lidé jsou většinou přesvědčeni, že je možné pečovat o umírajícího doma, a že domácí péče s podporou profesionálů je v této situaci nejlepší. Zároveň to však považují za psychicky a fyzicky náročné pro sebe i zbytek rodiny. Potenciální pečující by ocenili asistenci sestry a lékaře během dne, poradenství a možnost občasného zastoupení, které by využili k odpočinku. Právě strach z vlastního selhání je považován za největší překážku v poskytování domácí péče blízké osobě. Osm z deseti laických respondentů netuší, co znamená pojem „paliativní péče“. [Dostupný z: <http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2013.pdf>, cit. 16. 12. 2016]

Většina laické veřejnosti se domnívá, že o výběru terapie rozhodují především lékaři, laická veřejnost by uvítala, kdyby pacient a jeho rodina mohli více participovat na výběru terapie. Více než dvě třetiny lidí pokládají za důležité mít sepsané pokyny o péči a o zacházení s jejich osobou pro případ, kdy by již nebyli schopni komunikovat. Zkušenost s Dříve vysloveným přáním<sup>1</sup> (vlastní nebo zprostředkovanou) mají však

---

<sup>1</sup> Už od roku 2001 může každý občan České republiky sepsat své dříve vyslovené přání, ve kterém může popsat, co si přeje, nebo co si do budoucna nepřeje, když například bude v dlouhodobém bezvědomí, bude trpět syndromem demence v pokročilém stádiu, nebo se ocitne v jakémkoliv jiném nepříznivém zdravotním stavu, kdy už nebude schopen o sobě rozhodovat. V dříve vysloveném přání může každý z nás rozhodnout, zdali si v takové situaci přeje nebo nepřeje například resuscitaci, dýchání s pomocí přístroje, sondy do žaludku, do žíly, antibiotika, nebo dialýzu. Právní náležitosti Dříve vyslovených přání stanovuje od 1. 4. 2012 § 36 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. [Dostupný z: <http://www.umirani.cz/rady-a-informace/drive-vyslovena-prani>, cit. 16. 12. 2016]

pouze 4 % populace. Dříve vyslovená přání by nejčastěji obsahovala přání „neskončit na přístrojích“ a přání „neresuscitovat“, a obecně „neprodlužovat trápení a bolest“. Většina lékařů vnímá institut Dříve vysloveného přání jako smysluplný, avšak jedna čtvrtina lékařů ho považuje za zbytečnou byrokracii. [Dostupný z: <http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevyléčitelně-nemocné-2015.pdf>, cit. 16. 12. 2016]

## 2.6 Shrnutí

Přestože je smrt neoddělitelnou součástí života, je v současné době tabuizována a dehumanizována. Moderní medicína ji chápe jako určité selhání, společnost kompenzuje úzkost ze skutečné smrti banalizací „virtuální“ smrti. Většina umírajících zemře v nemocnici, nebo jiné ústavní péči v neosobním prostředí bez přítomnosti rodiny. V roce 1999, na základě doporučení Rady Evropy, vznikla tzv. Charta práv umírajících, která deklaruje právo každého občana na důstojnou smrt a apeluje na rozvoj a podporu paliativní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života nevyléčitelně nemocného pacienta. Jedním ze základních principů paliativní medicíny je „práce s pravdou“, tj. podání pravdivé informace pacientovi, tak aby mohly být v co největší míře uspokojovány jeho tělesné, psychické i sociální potřeby. Z výzkumů veřejného mínění agentury STEM/MARK vyplývá, že naprostá většina populace by si přála zemřít doma, mezi nejčastěji uváděné obavy ze smrti patří ztráta důstojnosti, až na druhém místě je bolest. Tři čtvrtiny dotazovaných považují smrt za společensky tabuizované téma, největší překážkou v poskytování domácí péče blízké umírající osobě je strach z vlastního selhání.

### 3 Vymezení, charakteristika a legislativní rámec hospicové péče

Hospic, lůžkový hospic a mobilní hospic jsou klíčovými pojmy této kapitoly, zároveň jsou teoretickým východiskem pro výzkumnou část práce, ve které budu analyzovat rozvoj hospicové péče v České republice a Královéhradeckém kraji v posledních letech v kontextu demografického vývoje zemřelých.

Po uvedení do tématu hospicové péče budu definovat zařízení hospice a filozofii hospicové péče, vymezím systém lůžkové a mobilní hospicové péče v České republice. Popíši vývoj hospicové péče v Evropě v posledních stoletích, podrobně se zaměřím na vývoj ukotvení hospicové péče do právního řádu České republiky, který trvá prakticky od 90. let 20. století a zdaleka není u konce. Uvedu některé organizace, které zaštiťují činnost hospicové péče, zároveň se podílejí na rozvoji i legalizaci hospicové péče v České republice. Upozorním na další, právě probíhající procesy a legislativní změny, které by mohly v dalších letech významně pozitivně ovlivnit rozvoj a dostupnost hospicové péče v České republice a přispět tak ke zkvalitnění a zároveň k vyšší dostupnosti péče o pacienty v terminálním stadiu nemoci.

#### 3.1 Hospic a filozofie hospicové péče

Hospic pochází z latinského slova *hospitium* a byl výrazem pro útulek, v němž si mohli poutníci odpočinout, těhotné ženy porodit a nemocní se buď uzdravit, anebo v klidu zemřít (Munzarová, 2008). První takový útulek byl popsán již v biblickém podobenství o milosrdném Samaritánovi (Tomeš, 2015). Současný hospic se podle Svatošové snaží řešit „palčivou otázku zlidštění procesu lidského umírání.“ (Svatošová in Matoušek, 2005 s. 201) Hospic je tedy definován jako specializované zařízení, které poskytuje tzv. paliativní péči, tedy péči zaměřenou na úlevu od bolesti, na rozdíl od standardní lékařské (kurativní) péče zaměřené na léčbu nemoci. [Dostupný z: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/>, cit. 10. 1. 2017]

### 3.1.1 Formy hospicové péče

Hospicová péče je v České republice poskytována formou domácí hospicové péče, formou stacionáře nebo jako lůžková hospicová péče. Jednotlivé formy hospicové péče charakterizuje například portál [www.hospice.cz](http://www.hospice.cz).

Domácí hospicová péče je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždy dostačující. Předpokládá určitou úroveň rodinného zázemí, které často schází, nebo se dlouhou péčí o nemocného unaví a vyčerpá, nebo je tato forma ošetřování pro rodinné příslušníky příliš finančně náročná.

Stacionáře (denní pobyty) jsou formy hospicové péče, kdy je pacient přijat ráno a odpoledne, nebo večer se vrací domů. Tento způsob péče připadá v úvahu u nemocných z blízkého okolí hospice, pokud u nich nestačí domácí péče.

Lůžková hospicová péče je aktuální zejména v případě, když předchází dvě formy nestačí, nebo nejsou v místě bydliště vůbec k dispozici. V případě, že během pobytu nastane možnost přejít na domácí hospicovou péči, (resp. do služeb stacionáře) nebo se zlepší zdravotní stav nemocného, či se zotaví rodina nemocného, pacient se může vrátit do domácí péče. [Dostupný z: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/>, cit. 10. 1. 2017]

### 3.1.2 Filozofie hospicové péče

Podle Svatošové vychází myšlenka hospice z úcty k životu a z úcty k člověku jako neopakovatelné lidské bytosti. „*V hospicové péči se ani tolik nezabýváme smrtí, jako životem, možnostmi co nejplnějšího a nejbohatšího života až do konce, uměním v pravou chvíli člověku dovolit odejít.*“ (Svatošová in Matoušek, 2005 s. 203). Všechny hospice respektují zásadu: „*Pomáhat v umírání – ano, pomáhat k smrti – ne.*“ Hospic je „*uměním doprovázet*“, zdravotníci musí být především lidmi. (Svatošová in Matoušek, 2005 s. 203) Empatii a schopnost sdílení si pacienti v závěru života na zdravotnickém personálu cení více, než odborné znalosti a dovednosti. Kopřiva uvádí, že u profesí, jejichž náplní je pomáhat lidem, hraje kromě odbornosti podstatnou roli další prvek – a to je lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem. Pacient potřebuje věřit svému lékaři, cítit lidský zájem své ošetřovatelky, klient chce

důvěřovat své sociální pracovníci. V pomáhajících profesích je hlavním nástrojem pracovníka jeho osobnost. Říká se: „*Nejúčinnějším lékem je lékař.*“<sup>2</sup> (Kopřiva, 2006. s. 14-15)

Základní filozofií hospicového hnutí je myšlenka, že pacienti nebudou trpět nesnesitelnou bolestí, za všech okolností bude respektována jejich lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstanou osamoceni. (Svatošová 2011)

Krédem zakladatelky Prvního moskevského hospice, Viery Milionščikové, byla slova: „*Jestliže člověka už nelze vyléčit, neznamená to, že mu nelze pomoci.*“ Vše, co se odehrává v hospici, je zacíleno na to, aby se pacient, bez ohledu na blížící se konec, mohl smát a radovat se z každého prožitého okamžiku. [Dostupný z: <http://www.hospice.ru/?/nid=26&item=559/>, cit. 10. 1. 2017]

Tomeš zdůrazňuje, že hospicová péče klade stejný důraz jak na odstranění fyzické bolesti, tak na zmírnění duchovních strastí, které souvisí s blížící se smrtí. Hospic tedy poskytuje výraznou sociální podporu pacientovi a jeho rodině, což podstatně zvyšuje kvalitu života pacienta v posledním stádiu života. (Tomeš 2015).

Pro hospicovou péči je charakteristická činnost týmu pracovníků, která se zaměřuje na odstranění či minimalizaci symptomů doprovázejících nevléčitelné onemocnění. Tým pracovníků je složen z lékařů, zdravotních sester, ošetřovatelů, sociálních pracovníků, psychologa, dobrovolníků a duchovních. Spirituální péče je nabízena s respektem na přání nemocného a jeho blízkých. (Svatošová in Matoušek, 2005)

---

<sup>2</sup> Kopřiva prováděl v 90. letech průzkum v domovech důchodců mezi zdravotním personálem a sociálními pracovníky, kteří odpovídali na otázku: „*Kdyby někdo Vám blízký se z nějakého důvodu ocitl v domově důchodců, jaké tři nejdůležitější schopnosti nebo vlastnosti jeho sester či ošetřovatelek byste mu přála?*“ Téměř dvě třetiny profesionálních pomáhajících pracovníků uvedlo na prvním místě náklonnost (vlídnost, ochota, láska aj.), na druhém místě byla trpělivost (klid, vyrovnanost), vlastnost vcítění (porozumění, empatie) bylo považováno za třetí nejdůležitější, odbornost (profesionalita, znalosti) se umístily až na čtvrtém místě. I při osobních rozhovorech se sociálními a zdravotními pracovníky v rámci výzkumu se důraz na vědomosti, znalost zákonů a předpisů většinou ocitl až na posledním místě, případně se v popisu dobrých vlastností sociálních a zdravotních pracovníků vůbec neobjevil. (Kopřiva, 2006. s. 14-15)



### **3.2 Systém lůžkové hospicové péče v České republice**

Současný lůžkový hospic je zdravotnické zařízení, které poskytuje nepřetržitou péči pacientům ve stádiu nevléčitelné nemoci, za předpokladu, že všechny ostatní možnosti léčby již byly vyčerpány. Pacienty hospice jsou tedy především onkologicky nemocní v terminálním stádiu nemoci, ale také pacienti s onemocněním životně důležitých orgánů, AIDS, pokročilé demence. Požádat o přijetí do hospice může sám nemocný nebo jeho blízcí, k žádosti je nutné přiložit lékařskou zprávu a informovaný souhlas nemocného, tzn., že pacient svým podpisem stvrzuje, že je plně informován o svém zdravotním stavu a souhlasí s poskytováním paliativní péče. [Dostupný z: <http://asociacehospicu.cz/formy-hospicove-pece/>, cit. 18. 1. 2017]

Prostředí hospice se snaží přiblížit domácím podmínkám, režim dne se přizpůsobuje potřebám jednotlivců. Pacienti jsou zpravidla ubytováni v jednolůžkových pokojích s přistýlkou pro blízkou osobu, mohou mít na pokoji své oblíbené věci. Návštěvy jsou v hospici časově neomezené. Nemocný může pobyt v hospici podle svého přání kdykoliv ukončit. V současné době je ze zdravotního pojištění hrazena zdravotní a ošetrovatelská péče, na úhradě sociální složky se podílí klient v rámci svých finančních možností. Nepokryté náklady dofinancovávají státní dotace a dary sponzorů, fyzických i právnických osob. [Dostupný z: <http://asociacehospicu.cz/formy-hospicove-pece/>, cit. 18. 1. 2017]

### **3.3 Systém mobilní hospicové péče v České republice**

Jde o systém poskytování ambulantní paliativní péče v domácím prostředí, v kontinuálním režimu tzv. domácí hospitalizace. Pacientovi a jeho rodině se věnuje multidisciplinární paliativní tým, který zajišťuje zdravotní péči, ošetrovatelství, sociální, psychologickou a spirituální pomoc. Tuto formu podpory poskytuje 24 hodin denně. Mobilní hospicová péče je vhodná pro pacienty v terminálním stádiu nemoci, jestliže zdravotní stav pacienta neumožňuje pravidelné kontroly u praktického lékaře či specialisty, jsou přítomny závažné symptomy a celková klinická nestabilita, která vyžaduje časté intervence a pravidelnou operativní úpravu plánu péče. [Dostupný z: <http://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/12/situacni-analyza-paliativni-pece.pdf>, cit. 18. 1. 2017]

Podmínkou pro přijetí do mobilní hospicové péče je kromě terminálního stadia onemocnění také svobodné rozhodnutí pacienta a jeho rodiny zůstat v domácím prostředí a souhlas s poskytováním paliativní péče. Pro poskytování domácí hospicové péče je rovněž nutná přítomnost rodinného příslušníka nebo blízké osoby a to 24 hodin denně, což znamená, že pacient nesmí zůstat doma sám. Pro dobu případné nepřítomnosti pečující osoby je možné využít služeb pečovatelské služby nebo dobrovolníků domácí hospicové péče. Pro přijetí do mobilní hospicové péče je rovněž důležitá dojezdová vzdálenost, do které je mobilní hospic schopen zajistit své služby. V domácí hospicové péči zatím není plošně hrazena zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění, část nákladů na péči hradí pacient hospice na základě smlouvy s konkrétním poskytovatelem domácí hospicové péče, významná část nákladů je hrazena z dotací, grantů a darů fyzických a právnických osob. [Dostupný z: <http://www.charitaKH.cz/nase-strediska/domaci-hospicova-pece/podminky-prijeti-do-domaci-hospicove-pece1/>, cit. 18. 1. 2017]

### **3.4 Historie hospicové péče**

Domácí péče o umírající byla z historického hlediska věcí širší rodiny. Důsledkem urbanizace došlo k zániku tradičních velkých rodin opírajících se o zemědělskou výrobu, byly nahrazeny nukleárními rodinami bez zemědělského zázemí. Pro chudé městské rodiny byla péče o blízké umírající problémem. Moderní domácí péče má kořeny v Anglii, kde byla roku 1859 založena první škola pro sestry, které poskytovaly zdravotnickou péči nemocným, potřebným a chudým lidem. K rozvoji domácí péče dochází na konci 19. století v celé Evropě, z této zpočátku zdravotní péče se postupem času vyvíjí péče hospicová. Hospicové hnutí, jehož posláním je pomoci nevléčitelně nemocným s ohledem na zachování důstojnosti lidského života se začalo rozvíjet až v 60. letech 20. století, kdy Cecily Saundersová založila v Anglii v roce 1967 Hospic sv. Kryštofa. V současné době se počet hospiců v Anglii a USA odhaduje na více než dva tisíce zařízení. (Tomeš, 2015)

V Československé republice se na počátku 20. století rozvíjela především zdravotnická domácí péče, kterou po roce 1918 začal organizovat Československý červený kříž. Po únoru 1948 převzal postupně odpovědnost za provádění zdravotní

péče stát, stala se součástí systému veřejné zdravotní péče a byla poskytována okresními ústavy národního zdraví ve zdravotních obvodech. Po roce 1989 začala prosazovat myšlenku odborné hospicové péče MUDr. Marie Opatrná, v 90. letech pak MUDr. Marie Svatošová, které se podařilo v roce 1995 otevřít první český „kamenný“ hospic v Červeném Kostelci. (Tomeš, 2015)

### **3.5 Vývoj ukotvení hospicové péče do právních norem České republiky**

Přestože byl první hospic v ČR otevřen v roce 1995 a v roce 2005 v České republice fungovalo asi 10 hospiců, český právní řád pojem hospic neznal. Bylo tedy nutné prosadit novely zákonů, které by umožňovaly poskytování a financování hospicové péče z veřejných zdrojů. Z tohoto důvodu vznikla v roce 2005 Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče (APHPP), které se po tříletém úsilí podařilo prosadit legislativní základy pro lůžkovou a mobilní hospicovou péči. [Dostupný z: <http://asociacehospicu.cz/pravni-ramec-pro-hospice/>, cit. 19. 1. 2017]

APHPP se od svého založení podílela na všech legislativních iniciativách, které směřovaly k systémovému zakotvení hospicové paliativní péče do právního řádu ČR. Jde především o úpravy v zákonech č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhlášky č. 505/2006 Sb., k provedení zákona o sociálních službách. V roce 2007 se podařilo prosadit 2 novely zákona č. 48/1997 Sb. pro umožnění úhrady lůžkové hospicové péče ze zdravotního pojištění. Pro úhradu mobilní hospicové péče byl zákon č. 48/1997 Sb. novelizován v roce 2010. [Dostupný z: <http://asociacehospicu.cz/pravni-ramec-pro-hospice/>, cit. 19. 1. 2017]

Financování lůžkových hospiců probíhá zatím vícezdrojově. Přestože zdravotní složka paliativní péče je již systémově hrazena zdravotními pojišťovkami, úhrada sociální složky této péče zůstává dosud nedořešena. Je tvořena z příspěvku klienta, dotací MPSV, v některých případech přispívají i kraje a obce a významnou část tvoří i dary fyzických osob, nadací a sponzorů. [Dostupný z: <http://asociacehospicu.cz/pravni-ramec-pro-hospice/>, cit. 19. 1. 2017]

V roce 2007 byly pracovní skupinou ministerstva zdravotnictví za spolupráce APHPP připraveny Standardy hospicové paliativní péče. Jejich cílem bylo definovat

požadavky, které by měli poskytovatelé paliativní péče splňovat, aby byla zajištěna potřebná úroveň a kvalita. Tyto standardy jsou závazné pro členy APHPP. V rámci novely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je navrhováno rozšířit paragraf 44 o další typ odlehčovací služby, zaměřené na osoby v terminálním stadiu onemocnění, které budou poskytovány v součinnosti se zdravotní ošetrovatelskou péčí hrazenou dle zákona č. 48/1997 Sb., s cílem vyrovnat se klientům a jejich blízkým s umíráním blízké osoby a poskytnout jim podporu v truchlení. Hospice by na základě této novely mohly žádat o dotace MPSV na sociální péči, kterou svým klientům a jejich rodinám poskytují. [Dostupný z: <http://asociacehospicu.cz/pravni-ramec-pro-hospice/>, cit. 19. 1. 2017]

Průlomové jednání v souvislosti s ukotvením hospicové péče do právního řádu ČR proběhlo dne 6. 1. 2017, kdy se sešli zástupci APHPP, v čele s prezidentem asociace Robertem Hunešem, s nejvyššími představiteli rezortu ministerstva zdravotnictví a ministrem zdravotnictví Miloslavem Ludvíkem. Společně jednali o způsobu zakotvení hospicové péče do českých norem. Bylo dohodnuto, že bude stanovena jasná definice, co vlastně hospicová péče je, kdo, jak, kde a v jaké kvalitě a rozsahu ji má poskytovat. Změny stávající legislativy chce ministr předložit Sněmovně ke schválení v co nejkratším možném termínu. Nyní je důležité řešit přesnou definici, co vlastně hospicová a paliativní péče obnáší a jakým způsobem bude probíhat financování. Hospicovou péčí by měla v legislativě lépe zakotvit také novela zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, která je nyní v připomínkovém řízení. Členové Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče na ministerstvu předložili:

- Návrhy registračních listů zdravotních výkonů pro domácí hospicovou péči
- Teze k zákonu o hospicové péči vč. přílohy
- Popis současné situace v hospicové péči
- Vize a cíle APHPP
- Standardy APHPP

Předseda Asociace Robert Huneš považuje za nutné, aby byla plošně zajištěna domácí hospicová péče na každý okres, tzn. cca 80 až 90 týmů v ČR. K dnešnímu dni funguje pouze ve větších městech a není hrazena ze zdravotního pojištění. *Ministerstvo*

*zdravotnictví dalo najevo svou podporu rozvoji hospicové péče, bude připravena novela zákona 372/2011 Sb., o zdravotních službách, kde bude zahrnuta definice hospicové a paliativní péče a její způsob financování. V současné době se bude pracovat i na větší provázanosti nemocničních zařízení a hospiců, včetně těch mobilních. Zároveň se na ministerstvu zdravotnictví bude připravovat jeden rámcový zákon, který problematiku a zásah do sociální péče pokryje. [Dostupný z: [http://asociace hospicu.cz/prulom-zakotveni-hospicove-pece-do-ceskych-norem/](http://asociacehospicu.cz/prulom-zakotveni-hospicove-pece-do-ceskych-norem/), cit. 19. 1. 2017]*

### **3.6 Organizace zaštiťující činnost hospicového hnutí v ČR**

V České republice existuje v současnosti několik organizací, které sdružují zařízení hospicové péče i odborníky v oblasti paliativní medicíny, podporují hospicová zařízení, usilují o lepší informovanost odborné i laické veřejnosti i o osvětu týkající se vnímání smrti a umírání současnou společností. Svými aktivitami se významně podílejí na urychlení procesu ukotvení hospicové péče v právním řádu České republiky.

#### **3.6.1 Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP)**

APHPP sdružuje poskytovatele hospicové péče a garantuje kvalitu jejich služeb. Od svého vzniku v roce 2005 prosazuje a podporuje hospicovou a paliativní péči, která vychází z úcty k člověku jako jedinečné bytosti a přispívá k pozitivní proměně vztahu české společnosti ke smrti a umírání. Podporuje informovanost odborné i laické veřejnosti o tom, co hospicová péče nabízí, usiluje o zlepšování kvality péče formou spolupráce při tvorbě standardů kvality hospicové a paliativní péče, přispívá ke zvyšování odbornosti profesionálů v této oblasti. APHPP pravidelně pořádá odborné konference, od roku 2010 vydává vlastní zpravodaj Rovnováha. Je členem Evropské asociace paliativní péče. [Dostupný z: <http://asociacehospicu.cz/poslani-asociace/>, cit. 7. 1. 2017]

### **3.6.2 Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČSPM)**

ČSPM je odborná medicínská společnost, která je organizační složkou České lékařské společnosti JEP. Je hlavním nositelem odbornosti v oblasti paliativní medicíny v ČR. V současnosti sdružuje přes 150 lékařů, členy jsou však i nelékaři z oblasti psychologie, ošetrovatelství, sociální práce a duchovní služby.

Cílem ČSPM je nabízet nejnovější současné informace o možnostech paliativní péče v ČR jak odborníkům, tak i státním mezinárodním a nestátním organizacím. ČSPM definuje a zajišťuje národní politiku rozvoje paliativní medicíny v ČR, vzdělává odborníky v paliativní péči, podílí se na národních i mezinárodních výzkumných projektech. Je kolektivním členem Evropské asociace paliativní péče. [Dostupný z: <http://www.paliativnimedicina.cz/cspm/>, cit. 7. 1. 2017]

### **3.6.3 Portál Umírání.cz**

Jde o informační, poradenský a diskuzní web, jehož smyslem je sdílení zkušeností zdravotníků, sociálních pracovníků, psychoterapeutů a duchovních s dalšími lidmi, kteří musí řešit složitou životní situaci – buď jsou sami vážně nemocní, nebo pečují o umírajícího, případně truchlí nad smrtí blízkého člověka.

Provozovatelem portálu je hospicové hnutí Cesta domů, které poskytuje nejen odbornou péči umírajícím a jejich blízkým, zároveň se snaží přispívat ke společenským a legislativním změnám, které povedou ke zlepšení péče o umírající v České republice. Portál je v provozu od roku 2005, za dobu existence přinesl informace milionu návštěvníků. [Dostupný z: <http://www.umirani.cz/>, cit. 7. 1. 2017]

### **3.6.4 Centrum paliativní péče**

V říjnu 2014 zahájilo činnost Centrum paliativní péče, z. ú., které se věnuje výzkumné, vzdělávací a osvětové činnosti. Cílem centra je vytvářet prostor pro výměnu zkušeností a navazování spolupráce mezi organizacemi, které se podílejí na péči o nevléčitelně nemocné. Od počátku své činnosti úzce spolupracuje s organizací Cesta domů, která

provozuje mobilní hospic v Praze a je iniciátorem i realizátorem mnoha osvětových projektů.

Centrum je jedinou institucí svého typu v České republice a jednou z mála v oblasti střední a východní Evropy. Ředitelem centra, PhDr. Martin Loučka, Ph.D., v první výroční zprávě uvádí: „*Centrum paliativní péče jsme zakládali s vizí vybudovat po vzoru západních zemí akademické centrum excellence, které bude partnerem zdravotníkům i tvůrcům zdravotní politiky v rozvíjení paliativní péče v naší zemi*“.  
(Výroční zpráva 2014-2015)

### **3.7 Aktuální legislativní změny a jejich dopady na rozvoj hospicové péče**

V současné době probíhá pilotní program Všeobecné zdravotní pojišťovny, jehož cílem je otestovat efektivitu mobilní hospicové péče, která by mohla být v budoucnu hrazena ze systému veřejného pojištění. V srpnu roku 2016 nabyla účinnosti novela zákona č. 189/2016 Sb., kterou se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v důsledku této novely byl zvýšen příspěvek na péči o 10 % ve všech stupních závislosti. V lednu 2017 projednávala Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR návrh Ministerstva práce a sociálních věcí ČR na novou dávku ze systému nemocenského pojištění, tzv. dlouhodobého ošetrovného, které by mělo být formou pomoci rodinným pečujícím o dlouhodobě nemocné blízké osoby, případně osoby v terminálním stádiu nemoci.

#### **3.7.1 Pilotní projekt Všeobecné zdravotní pojišťovny**

Pilotní program VZP měl za cíl ověřit, jestli je mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP) bezpečnou formou zdravotní péče, která má klinický přínos pro pacienta a není významně dražší než současné způsoby péče o umírající. Do projektu bylo zapojeno 8 domácích hospiců a 327 pacientů. Sběr dat, který mobilní hospice v během pilotního projektu prováděly, byl podpořen grantem Nadačního fondu AVAST v rámci programu „Spolu až do konce“. Vyhodnocení pilotního programu provedl Ústav zdravotnických informací a statistiky, výsledky projektu otevřely prostor pro jednání, jak systematicky zlepšit péči o umírající v České republice. [Dostupný z:

[http://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/10/tiskova-zprava-mspp\\_cspm.pdf](http://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/10/tiskova-zprava-mspp_cspm.pdf), cit. 20. 1. 2017]

### **3.7.2 Průběh projektu**

První fáze projektu probíhala v období duben 2015 až únor 2016. Péče měla charakter „domácí hospitalizace“ pacienta v terminálním stadiu nemoci: mobilní hospic zajišťoval veškerou zdravotní péči, kterou pacient potřeboval. Mobilní hospice, které dosud úhradu ze zdravotního pojištění nemají, se zavázaly garantovat, že nejméně 80 % pacientů přijatých do péče skutečně dožije doma a VZP se zavázala hradit mobilnímu hospici po dobu maximálně 30 dnů života pacienta část nákladů na péči, odstupňovanou podle závažnosti stavu. Objem poskytované péče umírajícím pacientům v domácím prostředí byl porovnán s náklady na péči v nemocnicích, LDN, domovech pro seniory, léčebnách, doma v péči praktického lékaře a domácí zdravotní péče. Již na konci roku 2015 bylo vzhledem k uspokojivým výsledkům rozhodnuto o prodloužení projektu. [Dostupný z: <https://www.cestadomu.cz/dokumenty>, cit. 20. 1. 2017]

Poslední tisková zpráva VZP k pilotnímu projektu uvádí, že VZP v roce 2017 výrazně rozšíří projekt, v němž jako jediná zdravotní pojišťovna hradí péči mobilních hospiců. Zatímco do konce roku 2016 bylo do projektu zapojeno 9 zařízení, uhrazena péče téměř 700 pacientům v celkové hodnotě 10 mil korun, v další fázi projektu bude zapojeno 20 zařízení, VZP na financování mobilní hospicové péče uvolní částku 35 mil. korun, za kterou bude poskytnuta péče dvěma tisícům klientů. VZP vychází z návrhu České společnosti paliativní medicíny, která navrhla vhodná zařízení pro rozšíření projektu. [Dostupný z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/vzp-pro-rok-2017-vyrazne-rozsiri-pocet-mobilnich-hospicu-v-nichz-bude-hradit-peci>, cit.20. 1. 2017]

### **3.7.3 Hodnocení projektu**

Česká společnost paliativní medicíny v tiskové zprávě uvádí výsledky nestranného hodnocení Ústavem zdravotnických informací a statistiky, které bylo odsouhlasené



všemi zúčastněnými stranami. Na základě hodnocení bylo prokázáno, že mobilní hospice jsou schopné:

- 1. Bezpečně, kvalitně a při respektování všech zákonných norem pečovat o nevléčitelně nemocné v domácím prostředí.*
- 2. Dochovat pacienta, který si to přeje a má podporu své rodiny v domácím prostředí až do smrti v 92 až 97 % případů.*
- 3. V závěru života pacientů se zhoršujícími se symptomy účinně tlumit bolest a zachovat kvalitu života.*
- 4. I když v péči mobilních hospiců dožívají pacienti se značnými potřebami zdravotní péče, nedochází u této skupiny k nárůstu vykázaných nákladů v posledních dnech života. Naopak průměrné náklady vykázané za jeden den v posledním měsíci života pacientů MSPP jsou 1 316 Kč. Tato hodnota se pohybuje na spodní hranici vykázaných nákladů ve všech náhodně vytvořených kontrolních skupinách, které ÚZIS modeloval na datech 70 000 pojištěnců VZP, kteří zemřeli ve stejném období. Průměrné náklady na jeden den v závěru života v těchto kontrolních skupinách byly 1 632 Kč. [Dostupný z: [http://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/10/tiskova-zprava-mspp\\_cspm.pdf](http://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/10/tiskova-zprava-mspp_cspm.pdf), cit. 20. 1. 2017]*

### **3.8 Změna výše příspěvku na péči**

Příspěvek na péči je určen osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle zákona o sociálních službách. Z poskytnutého příspěvku pak tyto osoby hradí pomoc, kterou jim může dle jejich rozhodnutí poskytovat osoba blízká, asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb, dětský domov nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu. Příspěvek na péči je poskytován na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. (Vyhláška č. 505/2006 Sb.)

Nárok na příspěvek má osoba starší 1 roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání základních

životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Od 1. 8 2016 došlo v souvislosti s nabytím účinnosti novely č. 189/2016 Sb., kterou se mění zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ke změně výše příspěvku na péči ve všech stupních závislosti o 10 %. [Dostupný z: <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>, cit. 20. 1. 2017]

### **3.9 Návrh MPSV na dávku dlouhodobého ošetřovného**

Ministerstvo práce a sociálních věcí připravuje novou dávku ze systému nemocenského pojištění, tzv. dlouhodobé ošetřovné. V současné době je novelizace zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, projednávána Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR, v případě schválení se předpokládá účinnost zákona v průběhu roku 2018. [Dostupný z: <http://www.mpsv.cz/cs/28608>, cit. 25. 1. 2017]

Návrh tzv. dlouhodobého ošetřovného by měl být formou pomoci rodinným pečujícím, které zahrnuje čerpání až 90 kalendářních dní pracovního volna s náhradou příjmů ve výši 60 % denního vyměřovacího základu. „*Chceme podpořit rodiny v náročné situaci, kdy se musí náhle postarat o někoho blízkého, často například staré rodiče po úrazu nebo vážné nemoci. Dnes je situace těch, kteří o své blízké pečují doma, velmi nejistá, nemají zaručeno volno v zaměstnání, ani finanční prostředky. To je velmi nedůstojné*“, říká ministryně práce a sociálních věcí Michaela Marksová. Ze zahraničních zkušeností vyplývá, že je to právě kombinace ochrany pracovního místa a náhrady příjmů, která je pro podporu pečujících zásadní. [Dostupný z: <http://www.mpsv.cz/cs/28608>, cit. 25. 1. 2017]

Plánované opatření je koncipováno jako pokrytí doby, která následuje po propuštění z nemocnice, např. po vážném úrazu nebo nemoci. V některých případech se ten, kdo potřebuje péči, uzdraví, v jiných bude třeba se o něj starat i nadále a rodina musí zajistit další formy péče. Dlouhodobé ošetřovné poskytne prostor pro to, aby se rodina mohla na takovou alternativu připravit a například požádat o příspěvek na péči. [Dostupný z: <http://www.mpsv.cz/cs/28608>, cit. 25. 1. 2017]

Nová dávka bude poskytována nemocensky pojištěné osobě, tedy zaměstnanci, nebo osobě samostatně výdělečně činné, která nemůže vykonávat činnost z důvodu péče o

osobu, která ji vyžaduje, v domácím prostředí. V návrhu zákona je také vymezen poměrně široký okruh oprávněných osob, kterým může nárok na tuto dávku vzniknout. K možnosti zabezpečit péči v rámci rodiny má přispět též možnost střídání v poskytování péče s jiným členem rodiny. Tato úprava podporuje nejen pečující osoby samotné, ale i posilování mezigeneračních vazeb v rámci rodiny. Domácí péče o nemohoucí jako taková pak výrazně přispívá ke kvalitě života osob, o které se rodina stará. [Dostupný z: <http://www.mpsv.cz/cs/28608>, cit. 25. 1. 2017]

### **3.10 Shrnutí**

Hospicem se rozumí specializované zařízení poskytující paliativní péči, které se zaměřuje na úlevu od bolesti, nikoliv na léčbu nemoci, klienty hospice jsou pacienti v terminálním stadiu nemoci. Filozofii hospicového hnutí lze definovat jako „umění doprovázet“. Hospicová péče může mít formu lůžkové péče, stacionáře nebo domácí hospicové péče. Cílem lůžkových zařízení je vytvoření domácích podmínek péče, režim dne se přizpůsobuje potřebám pacientů, spolu s pacienty mohou být ubytováni i osoby blízké. V domácí hospicové péči se pacientovi věnuje multidisciplinární paliativní tým v jeho domácím prostředí, podmínkou přijetí do domácí hospicové péče je stálá přítomnost blízké osoby pacienta.

Proces ukotvení hospicové péče do právního řádu České republiky započal v 90. letech 20. století, kdy byl otevřen první lůžkový Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, a zdaleka není u konce. Přestože se v roce 2007 podařilo prosadit úhradu zdravotní péče lůžkových hospiců ze zdravotního pojištění, je financování hospiců stále vícezdrojové. Klíčová jednání o financování hospicové péče probíhaly na počátku roku 2017, jejich cílem je prosadit novelu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a novelu zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Na ministerstvu zdravotnictví se připravuje rámcový zákon, který by vyřešil komplexně danou problematiku. Pozitivní dopad na rozvoj hospicové péče v příštích letech by mohly mít některé procesy, a právě probíhající legislativní změny. Jde především o pilotní projekt VZP, který v letech 2015 až 2016 testoval efektivitu domácí hospicové péče. VZP projekt vyhodnotila jako úspěšný a v roce 2017 jej výrazně rozšířila z původních 9 na 20 zařízení domácích hospiců. Spoluúčast na financování hospicové péče pacientem

by mělo ulehčit i zvýšení příspěvku na péči, který se na základě novely č. 189/2016 Sb., kterou se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zvýšil ve všech stupních závislosti o 10 %. Na počátku roku 2017 rovněž probíhaly jednání o novelizaci zákona č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, jejichž výsledkem by mělo být přiznání dlouhodobého ošetrového pro rodinné pečující v délce až 90 kalendářních dnů ve výši 60 % denního vyměřovacího základu

## **4 Současná situace v hospicové péči v ČR a koncepce dalšího rozvoje**

Analýza statistických dat z oblasti hospicové péče v České republice a Královéhradeckém kraji v letech 2007 až 2015 bude jedním z cílů výzkumné části práce. V této kapitole tedy popíše současný stav v oblasti hospicové a paliativní péče v ČR a nastíním koncepci dalšího rozvoje.

Na základě výsledků Situační analýzy paliativní péče v České republice v roce 2016, kterou vypracovala Česká společnost paliativní medicíny, shrnu aktuální situaci v paliativní péči v České republice. Představím některé koncepční dokumenty, jejichž cílem je podpora a rozvoj paliativní a hospicové péče v příštích letech. Vzhledem k tomu, že ve výzkumné části budu analyzovat hospicovou péči v Královéhradeckém kraji, upozorním i na krajské koncepční dokumenty, které se věnují podpoře zdravotní péče o obyvatele kraje. Zmapuji zařízení lůžkové hospicové péče v ČR, popíše relevantní datové zdroje a registry, ze kterých je možné informace o jednotlivých zařízeních čerpat. Upozorním na nejednotnost datových zdrojů pro oblast mobilní hospicové péče, která souvisí s nedostatečným legislativním ukotvením mobilních hospiců v právním řádu ČR. Seznam lůžkových hospiců za ČR je uveden v příloze D, seznam mobilních hospiců v Královéhradeckém kraji je uveden v příloze E.

### **4.1 Současný stav paliativní péče v ČR**

V rámci přípravy projektu Koncepce rozvoje paliativní péče, který je společným projektem Ministerstva zdravotnictví ČR, Ministerstva práce a sociálních věcí ČR a České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP a jehož cílem je podpořit rozvoj paliativní péče v ČR, byla Českou společností paliativní medicíny vypracována Situační analýza Paliativní péče v České republice 2016. Autory analýzy byli MUDr. Ladislav Kabelka, PhD., MUDr. Ondřej Sláma, PhD., a PhDr. Martin Loučka, PhD. [Dostupný z: <http://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/12/situačni-analyza-paliativni-pece.pdf>, cit. 15. 1. 2017]

Situační zpráva definuje pojmy obecné a specializované paliativní péče, hodnotí paliativní péči v mezinárodním kontextu a odhaduje potřebu paliativní péče v ČR. Ze souhrnných výsledků situační analýzy vyplývá:

- V ČR potřebuje každoročně paliativní péči více než 70 tisíc pacientů (70 % všech zemřelých).
- Pacienti s potřebou paliativní péče umírají nejčastěji na nemoci oběhové soustavy (přibližně jedna polovina, tj. 35 tisíc) a na novotvary (přibližně jedna třetina, tj. 28 tisíc).
- Tři čtvrtiny pacientů byly v posledních třech měsících života alespoň jednou hospitalizovány.
- 14 % pacientů bylo hospitalizováno minimálně třikrát.
- Většina chronicky nemocných pacientů umírá na lůžkách akutní nebo následné péče.
- Významná část těchto hospitalizací je kvůli komplikacím a očekávané progresi chronických onemocnění.
- Významné části těchto hospitalizací by bylo možné předejít lepším plánováním a organizací péče.
- V lůžkových hospicích nastává 9 % onkologických a 1 % neonkologických úmrtí.
- V domácím prostředí nastává 18 % onkologických a 20 % neonkologických úmrtí.

V ČR jsou k 1. 1. 2016 podle Situační analýzy dostupné následující organizační formy poskytovatelů specializované paliativní péče:

- 5 ambulancí paliativní medicíny
- 15 mobilních hospiců (splňující požadavky České společnosti paliativní medicíny)
- 18 lůžkových hospiců (splňující požadavky České společnosti paliativní medicíny) s kapacitou 475 lůžek, schopni zajistit paliativní péči 3 až 4 % nevyлéčitelně nemocných
- 2 oddělení nemocniční paliativní péče
- 3 paliativní týmy v rámci lůžkového zdravotnického zařízení

[Dostupný z: <http://www.paliativnimediceina.cz/wp-content/uploads/2016/12/situacni-analyza-paliativni-pece.pdf>, cit. 15. 1. 2017]

## **4.2 Koncepce rozvoje paliativní péče**

Podle tiskové zprávy Ministerstva zdravotnictví ČR ze dne 6. 1. 2017 si je „ministerstvo zdravotnictví dlouhodobě vědomo problémů v této oblasti a pravidelně ji podporuje dotačními programy. Aktuálně například pro rok 2017 vyhlásilo program na podporu činností nestátních neziskových organizací působících v oblasti zdravotnictví. Program je prioritně zaměřen na podporu hospicové péče a má za cíl vytvoření podmínek pro kvalitní a dostupnou péči o nevléčitelně nemocné v terminálním stádiu nemoci.“ [Dostupný z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministr-zdravotnictvizakotvime-hospicovou-peci-do-pravnich-predpisu-cr\\_13242\\_3692\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministr-zdravotnictvizakotvime-hospicovou-peci-do-pravnich-predpisu-cr_13242_3692_1.html), cit. 15. 1. 2017]

### **4.2.1 Národní program paliativní péče**

Platformou, která si klade za cíl rozvíjet spolupráci s orgány státní správy a dalšími organizacemi, sdruženími a iniciativami, je Národní program paliativní péče. Národní akční plán paliativní péče pak představuje oblasti, kde je potřeba rozpracovat jednotlivé úkoly na odborných i politických platformách a vytvořit tak program koncepčního rozvoje paliativní péče v českém zdravotním a sociálním systému. Vizí Národního akčního plánu paliativní péče je zajištění dostupnosti paliativní péče každému nevléčitelně nemocnému pacientovi ve všech segmentech zdravotního a sociálního systému České republiky, zajištění adekvátní psychologické a sociální podpory rodinám a blízkým, kteří o pacienta pečují, umožnění každému pacientovi si zvolit prostředí, ve kterém si přeje prožít závěr svého života. [Dostupný z: <http://www.nppp.cz/#company>, cit. 15. 1. 2017]

### **4.2.2 Program Podpora hospicové paliativní péče v ČR 2017 až 2022**

V roce 2017 bude rovněž zahájen program Podpora hospicové paliativní péče v ČR, který vychází z Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 o ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících, tzv. Charty práv umírajících. Střednědobým cílem programu Podpora hospicové paliativní péče v ČR je zvýšení

kapacity hospicových lůžek dosažením kapacity 5 lůžek na 100 tisíc obyvatel<sup>3</sup>, což pro Českou republiku představuje kapacitu 516 lůžek. Správcem programu je Ministerstvo zdravotnictví ČR, program je určen pro nestátní neziskové organizace, tj. spolky, obecně prospěšné společnosti, ústavy, účelová zařízení církví a zdravotnická zařízení poskytující paliativní a hospicovou péči, jejichž zřizovatelem je kraj nebo město. Program je členěn na dva podprogramy:

1. Podpora hospicové paliativní péče stroji a zařízeními. Cílem podprogramu je zachování co nejvyšší kvality života nevléčitelně nemocných pacientů, především předcházení bolesti. Podprogram zahrnuje vybavení již existujících hospiců a paliativních oddělení nemocnic (včetně mobilních hospiců), pořizování specializovaných přístrojů a pomůcek.
2. Podpora rozvoje nemovité infrastruktury hospicové paliativní péče. Cílem podprogramu je vytvoření sítě hospiců, které by zajišťovaly paliativní péči ve všech krajích České republiky. Kapacita by měla být rozložena tak, aby byly zajištěny rovné podmínky pro všechny indikované pacienty a jejich blízké osoby. Pro roky 2017 až 2022 se plánuje rozšíření kapacity hospicové péče o minimálně 40 lůžek. Pro doprovázející osoby je nutné zajistit dopravní dostupnost, která v současné době chybí v Kraji Vysočina a Karlovarském kraji. V případě doplnění sítě hospiců v těchto krajích by byla zajištěna dojezdovost do 50 km pro 90 % populace v České republice. [Dostupný z: <http://www.dustojnestarnuti.cz/res/archive/015/001742.pdf?seek=1476100672>, cit. 18. 1. 2017]

---

<sup>3</sup> : Počet 5 lůžek na 100 tisíc obyvatel je jednotka, která byla podle zahraničních zkušeností stanovena už v 90. letech při budování sítě hospiců v České republice. Je patrné, že parametr byl stanoven správně, v České republice jsou podle tohoto klíče hospice zaplněny přiměřeně, většinou neexistují žádné pořadníky čekatelů na hospitalizace, a zároveň jsou lůžkové hospice téměř obsazené. <http://www.dustojnestarnuti.cz/res/archive/015/001742.pdf?seek=1476100672>, cit.16. 1. 2017]



### 4.3 Krajské koncepční dokumenty Královéhradeckého kraje rozvoje paliativní péče

Jedním z významných koncepčních dokumentů strategického zaměření, určujícím hlavní směry rozvoje kraje, je Strategie rozvoje Královéhradeckého kraje 2014 až 2020. Koncepce dokumentu vychází z nastavení předběžných podmínek Evropské unie ve vazbě na Strategii regionálního rozvoje ČR 2014 až 2020. [Dostupný z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/rozvoj-kraje/rozvojove-dokumenty/rozvoj-2014-2020/strategie-rozvoje-kraje-2014--2020-70319/>, cit. 21. 1. 2017]

Základní vize rozvoje paliativní a hospicové péče jsou nastíněny ve strategické oblasti č. 3 – Veřejné služby a občanská společnost:

- Strategický cíl 3.1 – Zkvalitnění poskytování zdravotní péče v Královéhradeckém kraji
- Strategický cíl 3.2 – Zvýšení kvality sociálního prostředí a zajištění kvalitních a dostupných sociálních služeb pro obyvatele Královéhradeckého kraje. [Dostupný z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/rozvoj-kraje/rozvojove-dokumenty/rozvoj-2014-2020/strategie-rozvoje-kraje-2014--2020-70319/>, cit. 21. 1. 2017]

Na schválenou Strategii rozvoje kraje navazuje Plán rozvoje kraje 2014 až 2016, který je implementačním dokumentem rozvoje kraje. Podporu paliativní péče zmiňují:

- Opatření 3.1.2. – Podpora ostatních zdravotnických služeb v kraji, zejména: „*Zkvalitňování podmínek pro následnou a specializovanou péči včetně podmínek domácí péče*“.
- Opatření 3.1.3 – Podpora řízení a spolupráce subjektů, zejména: „*Spolupráce poskytovatelů zdravotních služeb včetně jejich provázanosti na služby sociální*.“ [Dostupný z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/rozvoj-kraje/rozvojove-dokumenty/rozvoj-2014-2020/strategie-rozvoje-kraje-2014--2020-70319/>, cit. 21. 1. 2017]

#### **4.4 Mapa lůžkových hospiců v České republice**

Kompletní přehled o všech poskytovatelích zdravotní péče v České republice, bez ohledu na jejich zřizovatele, poskytuje Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS). Poskytuje údaje o profilu a rozsahu péče poskytované jednotlivými zdravotnickými zařízeními, obsahuje kontaktní údaje na daná zdravotnická zařízení a další podrobnější informace. Pro vyhledávání aktuálních údajů z Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb veřejností slouží aplikace pro vyhledávání nad NRPZS. Pomocí aplikace je možné vyhledávat informace o síti zdravotnických zařízení, nabízí dané hledání omezit dle regionální působnosti zařízení a případně i dalších parametrů. Správcem registru je ze zákona Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, data do registru vkládají a garantují příslušné krajské úřady. Registr je přístupný i jednotlivým poskytovatelům zdravotní péče, kteří editují své kontaktní údaje. Ke dni 26. 1. 2017 bylo v NRPZS zaregistrováno 23 hospiců. [Dostupný z: <https://erepublicsecure.ksrzis.cz/Registr/NRPZS/o-aplikaci>, cit. 23. 1. 2017]

Další údaje o počtech hospiců na území ČR poskytuje Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, ke konci roku 2016 registrovala 17 hospiců, které byly členy asociace (viz příloha D). [Dostupný z: <http://asociacehospicu.cz/hospice-v-cr/> cit. 23. 1. 2017]

Česká společnost paliativní medicíny uvádí v Situační analýze 2016 celkem 18 zařízení lůžkových hospiců. [Dostupný z: <http://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/12/situacni-analyza-paliativni-pece.pdf>, cit. 23. 1. 2017]

Databázi zařízení hospicové péče lze rovněž nalézt na internetovém portálu Umírání.cz., které provozuje hospicové hnutí Cesta domů. [Dostupný z: <http://www.umirani.cz/adresar-sluzeb#8/49.883/15.491>, cit. 23. 1. 2017]

#### **4.5 Mapa mobilních hospiců v České republice**

Zmapovat počty zařízení mobilní hospicové péče je velmi složité, neboť mobilní hospicová péče není v současném právním řádu ČR ukotvena. Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb neregistruje zařízení mobilní hospicové péče, tato zařízení jsou součástí položky domácí zdravotní péče. APHPP vede a průběžně

aktualizuje databázi poskytovatelů mobilní hospicové péče, kteří jsou členy Asociace, k roku 2014 uvádí celkem 9 mobilních hospiců. [Dostupný z: <http://asociacehospicu.cz/hospice-v-cr/>, cit. 22. 1. 2017] Česká paliativní společnost v Situační analýze 2016 publikuje 15 mobilních hospiců, které splňují personální a zdravotnické požadavky definované Českou společností paliativní medicíny. [Dostupný z: <http://www.paliativnimediceina.cz/wp-content/uploads/2016/12/situacni-analyza-paliativni-pece.pdf>, cit. 22. 1. 2017]. Portál Umírání.cz pod položkou mobilní paliativní péče eviduje přibližně 50 zařízení. [Dostupný z: <http://www.umirani.cz/adresar-sluzeb#8/49.883/15.491>, cit. 22. 1. 2017]

#### **4.6 Shrnutí**

Současnou situaci v oblasti paliativní a hospicové péče mapuje Situační analýza Paliativní péče v České republice 2016 v rámci přípravy projektu Koncepce rozvoje paliativní péče. Ve zprávě se mimo jiné uvádí, že paliativní péči potřebuje každoročně přibližně 70 tisíc pacientů, tj. asi 70 % všech zemřelých. Ministerstvo zdravotnictví vyhlásilo na rok 2017 program na podporu činností nestátních neziskových organizací působících v oblasti zdravotnictví, který je prioritně zaměřen na podporu hospicové péče. Platformou pro rozvoj spolupráce mezi orgány státní správy a dalšími organizacemi je Národní program paliativní péče. V roce 2017 bude také zahájen program Podpora hospicové paliativní péče v ČR. Program si klade za cíl dosáhnout ve střednědobém horizontu počtu 5 lůžek na 100 tisíc obyvatel, podpořit existující zařízení hospicové a paliativní péče stroji a zařízeními, vytvořit síť hospiců tak, aby byly zajištěny rovné podmínky pro všechny indikované pacienty a jejich blízké, za adekvátní dojezdovou vzdálenost je považováno 50 km. Vize rozvoje hospicové péče v Královéhradeckém kraji jsou nastíněny v krajských koncepčních dokumentech, konkrétně ve Strategii rozvoje Královéhradeckého kraje 2014 až 2020 a Plánu rozvoje kraje 2014 až 2016.

Informace o počtu lůžkových hospiců se liší v závislosti na typu instituce, která vede databázi hospiců na základě svých vlastních kritérií. Situace je ještě složitější u mobilní hospicové péče, která není ukotvena v právním řádu ČR, a nejsou stanovena kritéria pro zařazení služby do domácí hospicové péče.

## **5 Výzkumná část – Porovnání základních tendencí v demografickém vývoji zemřelých a prognóze úmrtnosti v České republice a Královéhradeckém kraji s tendencemi rozvoje hospicové péče**

Pro výzkumnou část práce jsem zvolila kvantitativní výzkumnou strategii, která je založena na interpretaci a analýze statistických dat z oblasti demografie a hospicové péče v letech 2007 až 2015. Hlavní cíl práce jsem rozdělila na tři dílčí cíle, které jsem pomocí tabulky transformovala na jednotlivé indikátory. Následuje metodologické ukotvení, charakteristika výzkumného souboru a zdroje dat. Popsala jsem zvolené statistické metody, možná rizika výzkumu a nevýhody související s výzkumem.

### **5.1 Formulace hlavního cíle a dílčích cílů**

Hlavním cílem práce je porovnat základní tendence demografického vývoje zemřelých, včetně očekávaného vývoje úmrtnosti se základními tendencemi rozvoje hospicové péče v České republice a Královéhradeckém kraji.

#### **Dílčí cíle**

##### Dílčí cíl 1

Analýza demografických charakteristik zemřelých a prognóza vývoje úmrtnosti v České republice a Královéhradeckém kraji na základě výsledků projekce obyvatelstva

##### Dílčí cíl 2

Analýza hospicové péče v České republice a Královéhradeckém kraji

##### Dílčí cíl 3

Porovnání změny hodnot vybraných indikátorů mez roky 2007 a 2015 v České republice a Královéhradeckém kraji

Tab. 1 Transformace dílčích cílů do indikátorů

Číslo DC	Dílčí cíl (DC)	Číslo I	Indikátor (I)	Období
1	Analýza demografických charakteristik zemřelých a prognóza vývoje úmrtnosti v České republice a Královéhradeckém kraji na základě výsledků projekce obyvatelstva	1	Počet zemřelých	1990 až 2015
		2	Úmrtnost	1990 až 2015
		3	Zemřelí podle pohlaví	2007 až 2015
		4	Zemřelí podle věkových skupin	2007 až 2015
		5	Zemřelí podle nejčastějších příčin smrti	2007 až 2015
		6	Zemřelí podle vybraných příčin smrti a podle věku	2007 až 2015
		7	Zemřelí podle vybraných příčin smrti a podle místa úmrtí	2007 a 2015
		8	Podíl KH kraje na zemřelých v ČR	2007 až 2015
		9	Prognóza počtu zemřelých	2013 až 2050
		10	Prognóza úmrtnosti	2013 až 2050
		11	Prognóza naděje dožití	2013 až 2050
2	Analýza hospicové péče v České republice a Královéhradeckém kraji	1	Základní ukazatele vývoje hospicové péče (Počet zařízení, kapacita, personální obsazení, počet hospitalizovaných, počet zemřelých)	2007 až 2015
		2	Podíl zemřelých v hospicích na zemřelých celkem	2007 až 2015
		3	Podíl kraje na ČR v základních ukazatelích hospicové péče (počet zařízení, kapacita, počet hospitalizovaných, počet zemřelých)	2007 až 2015
		4	Počet hospitalizovaných na 10 tisíc obyvatel	2007 až 2015
		5	Počet zemřelých na 1 tisíc hospitalizovaných	2007 až 2015
		6	Počet lůžek hospicové péče na 100 tisíc obyvatel	2007 až 2015
		7	Počty mobilních hospiců v KH kraji	2007 až 2015
		8	Počty klientů mobilních hospiců v KH kraji	2007 až 2015
		9	Ukazatele rozvoje mobilní hospicové péče v Hradci Králové	2013 až 2015
3	Porovnání změny hodnot vybraných indikátorů mezi roky 2007 a 2015 v ČR a Královéhradeckém kraji (index 2015/2017) v %	1	Počet zemřelých celkem	2007 a 2015
		2	Počet zemřelých mužů	2007 a 2015
		3	Počet zemřelých žen	2007 a 2015
		4	Počet zemřelých ve věku 0 -14 let	2007 a 2015
		5	Počet zemřelých ve věku 15 -64 let	2007 a 2015
		6	Počet zemřelých ve věku 65 a více let	2007 a 2015
		7	Počet zemřelých na novotvary	2007 a 2015
		8	Počet zemřelých na nemoci oběhové soustavy	2007 a 2015
		9	Počet zemřelých doma	2007 a 2015
		10	Počet lůžkových hospiců	2007 a 2015
		11	Počet lůžek	2007 a 2015
		12	Počet hospitalizovaných v hospicích	2007 a 2015
		13	Počet zemřelých v hospicích	2007 a 2015

## **5.2 Metodologické ukotvení**

### **5.2.1 Charakteristika zkoumaného souboru**

Z hlediska území jsem analyzovala demografická data a data z oblasti hospicové péče za Českou republiku, která jsem porovnávala s vývojem nižšího územního celku, Královéhradeckým krajem. Královéhradecký kraj jsem vybrala jako kraj svého bydliště, zároveň má kraj určitá demografická specifika, je výjimečný i v oblasti hospicové péče. Královéhradecký kraj je nejstarším krajem v republice, má nejvyšší podíl osob nad 65 let a zároveň nejnižší podíl osob ve věku 15 až 64 let. V oblasti hospicové péče je Královéhradecký kraj prvním krajem v republice, ve kterém v 90. letech 20. století začala fungovat hospicová péče, Hospic Anežky České sloužil jako vzorové zařízení pro rozvoj hospicové péče v celé České republice.

Při analýze demografických dat jsem se zabývala počtem a demografickými charakteristikami zemřelých. Interpretovala jsem a analyzovala data z vyčerpávajících statistických zjišťování a projekce obyvatelstva ČSÚ.

V oblasti hospicové péče jsem se zaměřila především na analýzu dat za lůžkové hospice, zabývala se vývojem počtu zařízení, kapacitou, počtem lékařů a zdravotnického personálu, dále počtem hospitalizovaných a počtem zemřelých v hospicích. Pro analýzu vývoje lůžkové hospicové péče jsem využila statistická data publikovaná Ústavem zdravotnických informací a statistiky a výročních zpráv z let 2014 a 2015 Hospice Anežky České v Červeném Kostelci. Pro zmapování mobilní hospicové péče v Královéhradeckém kraji jsem vycházela z výročních zpráv jednotlivých mobilních hospiců, jako ukázkou rozvoje domácí hospicové péče jsem uvedla statistická data Domácí hospicové péče Oblastní charity Hradec Králové, která mi pro účely výzkumu poskytla potřebné informace.

### **5.2.2 Zvolené statistické metody**

Výzkumná část práce je založena na analýze dat, to znamená organizaci dat a popisu dat s využitím grafů, numerických souhrnů a dalších matematicky propracovaných prostředků. (Hendl, 2006)

Pro dosažení dílčího cíle 1 jsem porovnávala počet zemřelých a úmrtnost v České republice a Královéhradeckém kraji v 25leté časové řadě. Další demografické charakteristiky zemřelých, jako je pohlaví, věk, příčina smrti a místo úmrtí, jsem porovnávala v letech 2007 až 2015. Nastínila jsem očekávaný vývoj počtu zemřelých a úmrtnosti do roku 2050. Při analýze dat jsem používala metodu řetězového indexu, bazického indexu (k základnímu období roku 2007), maxima a minima v časové řadě. U vybraných indikátorů jsem uvedla procentuální podíl Královéhradeckého kraje na České republice.

Pro dosažení dílčího cíle 2 jsem porovnávala počty a kapacity lůžkových hospiců v České republice a Královéhradeckém kraji v letech 2007 až 2015, dále jsem analyzovala další odvozené ukazatele, jako je počet hospitalizovaných na 10 tisíc obyvatel, počet zemřelých na 1 tisíc obyvatel, počet zemřelých na 1 tisíc hospitalizovaných. Používala jsem stejné statistické metody, jako při analýze demografických dat. Pro popsání rozvoje mobilní hospicové péče v Královéhradeckém kraji jsem porovnávala počty mobilních hospiců a počty jejich klientů, na příkladu konkrétního zařízení jsem s využitím meziročních indexů vybraných ukazatelů nastínila rozvoj domácí hospicové péče.

Pro dosažení dílčího cíle 3 jsem porovnávala změny hodnot vybraných indikátorů z oblasti demografie i hospicové péče mezi roky 2007 a 2015 pomocí statistické metody bazického indexu k základnímu období, kterým byl rok 2007, vypočítaný index jsem následně vyjádřila v procentech.

Součástí vyhodnocení jednotlivých indikátorů podle dílčích cílů je grafické znázornění, které zobrazuje trendy vývoje příslušných ukazatelů ve sledovaném období.

### **5.2.3 Zdroje statistických dat**

Pro analýzu demografických dat jsem využila data publikovaná ČSÚ v Demografické ročence ČR 2015 a Demografické ročence krajů 2006 až 2015, dále interní časové řady ČSÚ, které mi pro účely výzkumu poskytla Krajská správa ČSÚ v Hradci Králové. Využívala jsem i výstupy z demografické databáze ČSÚ, které mi na zakázku

připravilo Oddělení Informačních služeb a správy registrů na Krajské správě ČSÚ v Olomouci. Při prognóze vývoje počtu zemřelých a úmrtnosti do roku 2050 jsem vycházela z Projekce obyvatelstva ČR do roku 2100 a Projekce obyvatelstva krajů do roku 2050, které vydává ČSÚ.

Vývoj hospicové péče jsem analyzovala na základě dat publikovaných ÚZIS ve Zdravotnických ročenkách ČR v letech 2007 až 2015 a Zdravotnických ročenkách Královéhradeckého kraje v letech 2007 až 2013. Dále jsem využívala výroční zprávy Hospice Anežky České z let 2014 a 2015, výroční zprávy mobilních hospiců v Královéhradeckém kraji, které jsou veřejné, publikované na internetových stránkách jednotlivých zařízení, a statistická data, která mi pro účely výzkumu poskytla Domácí hospicová péče Oblastní charity Hradec Králové.

### **5.3 Srovnatelnost zkoumaných statistických dat a možná rizika výzkumu**

Srovnatelnost statistických dat a možná rizika a nevýhody kvantitativního výzkumu v oblasti demografie jsem osobně konzultovala s vedoucí oddělení informačních služeb a správy registrů Krajské správy ČSÚ v Hradci Králové, Ing. Věrou Varmužovou, dále s Ing. Jarmilou Benešovou, vedoucí oddělení informačních služeb Krajské správy ČSÚ v Olomouci, které jsou garanty sociodemografických analýz vydávaných příslušnými krajskými správami.

Srovnatelnost dat v oblasti hospicové péče jsem konzultovala s Bc. Pavlínou Černou, která vede poradnu domácí hospicové péče Oblastní charity Hradec Králové, dále s několika odbornými pracovníky Ústavu zdravotnických informací a statistiky v Praze, například s Jiřím Trávou, vedoucím oddělení komunikace a vztahů s veřejností.

#### **5.3.1 Srovnatelnost statistických dat**

Data z oblasti demografie zemřelých vychází z vyčerpávajících statistických zjišťování, jsou v časové řadě srovnatelná, jak na úrovni ČR, tak Královéhradeckého kraje, který jako vyšší územně samosprávný celek existuje od roku 2000, demografická data byla na novou územní strukturu zpětně přepočítána. Výjimkou je ukazatel příčina smrti, kdy v průběhu let 2007 až 2015 došlo k několika úpravám



systemu kódování příčiny smrti. Cílem těchto úprav je získat co nejkvalitnější a nejpravdivější data o příčině smrti, nejde tedy přímo o metodickou změnu, ale pouze zpřesňování příčiny smrti. Jedinou demografickou charakteristikou zemřelých, která není v časové řadě 2007 až 2015 srovnatelná, je místo úmrtí. Místo úmrtí je na LPZ sledováno od roku 2007, z tohoto důvodu byl vybrán rok 2007 jako základní období. V roce 2012 však došlo k metodické změně v klasifikaci místa úmrtí, jak je podrobněji popsáno v teoretické části. Srovnatelné v celé časové řadě tak zůstalo pouze místo úmrtí „doma“, které je jako jediné místo úmrtí použité v dílčím cíli 3 pro porovnání změny hodnot ukazatelů mezi roky 2007 a 2015. Zemřelí podle všech míst úmrtí, tak jak je uváděno v LPZ, tedy nejsou porovnáváni v časové řadě, ale pouze samostatně v letech 2007 a 2015.

Data za zařízení lůžkové hospicové péče jsou za Českou republiku srovnatelná, za Královéhradecký kraj byla data k dispozici ve výstupech krajských pracovišť ÚZIS, která byla v roce 2013 zrušena, v letech 2014 a 2015 již ÚZIS podrobné údaje do úrovně krajů nepublikoval. Vzhledem k tomu, že v Královéhradeckém kraji se nachází jedno zařízení lůžkové hospicové péče, byla potřebná data dohledána ve výročních zprávách 2014 a 2015 Hospice Anežky České.

### **5.3.2 Možná rizika a nevýhody výzkumné strategie**

Ve výzkumné části práce jsem vycházela ze statistických dat, která jsem získala z veřejných zdrojů, to znamená ze statistických publikací zveřejněných na internetových stránkách ČSÚ a ÚZIS, dále jsem pro účely práce potřebovala získat další podrobná data ČSÚ a ÚZIS. ČSÚ mi požadovaná demografická data za zemřelé osoby podle pohlaví, věku, příčiny smrti a místa úmrtí připravil na zakázku podle mého zadání.

Po prvotním jednání s ÚZIS dne 15. 1. 2017 o možnostech poskytnutí dat za lůžkové hospice jsem podala oficiální Žádost o export dat z Národního zdravotnického informačního systému (NZIS), součástí této žádosti bylo například potvrzení o studiu či zadání diplomové práce podepsané vedoucím práce. Termín pro vyhotovení mé zakázky byl stanoven do 30. 1. 2017. Přestože jsem několikrát telefonicky kontaktovala příslušné pracovníky, bylo mi vždy sděleno, že má žádost je

projednávána vedením ÚZIS, že po schválení žádosti budu kontaktována apod., do dnešního dne, tj. 4. 3. 2017 jsem od ÚZIS neobdržela žádná data, ani písemné vyjádření k tomu, jestli byla má žádost schválena. Telefonicky mi bylo pouze sděleno, že data pravděpodobně nebudou k dispozici v rozsahu, o který jsem požádala, a že pokračují jednání. Z tohoto důvodu jsem proti původnímu záměru musela využít pouze omezená data publikovaná ve Zdravotnických ročenkách ČR a Královéhradeckého kraje, resp. výroční zprávy hospiců v KH kraji.

Data z oblasti mobilní hospicové péče, která ÚZIS vůbec nemá k dispozici, jsem se snažila získat od dalších odborných institucí, působících v oblasti paliativní a hospicové péče, jako je Česká paliativní společnost a portál Umírání.cz. Tyto instituce zmiňují v různých odborných statích počty mobilních hospiců, počty klientů mobilních hospiců v ČR apod., aniž by uváděly zdroj dat. Oslovila jsem je tedy s dotazem, zda by mi mohly poskytnout tato data (samozřejmě agregovaná např. za kraje, nebo celou ČR), případně mě odkázat na relevantní zdroj dat. Ani jedna z institucí opět na můj dotaz nereagovala. Analýzu vývoje mobilních hospiců jsem tedy musela zredukovat pouze na Královéhradecký kraj, kde jsem vycházela z výročních zpráv jednotlivých domácích hospiců, tyto zprávy ovšem nejsou ucelené, takže není možné vytvořit časovou řadu podrobnějších ukazatelů vývoje. Ve výzkumné části jsem tedy vycházela pouze z počtu zařízení a počtu klientů ve sledovaném období. Pro podrobnější nástin rozvoje mobilní hospicové péče jsem využila data Domácí hospicové péče Oblastní charity Hradec Králové, která mi ochotně požadovaná data poskytla. Tendence rozvoje mobilních hospiců jsem osobně konzultovala s Bc. Pavlínou Černou, psychoterapeutkou a vedoucí Poradny domácí hospicové péče v Hradci Králové, která se pravidelně účastní koncepčních jednání o dalším rozvoji mobilní hospicové péče v ČR, probíhajících na celostátní úrovni. Na základě této konzultace mohu na datech mobilního hospice v Hradci Králové demonstrovat rozvoj mobilních hospiců, neboť tendence rozvoje zařízení mobilní hospicové péče jsou velmi podobné.

## **6 Analýza a interpretace statistických dat podle dílčích cílů**

### **6.1 Dílčí cíl 1: Analýza demografických charakteristik zemřelých v České republice a Královéhradeckém kraji v letech 2007 až 2015**

Při analýze demografických charakteristik zemřelých v České republice a Královéhradeckém kraji jsem vycházela z dat ČSÚ, konkrétně z Demografické ročenky krajů 2015, z Demografické ročenky České republiky 2015, interních časových řad ČSÚ a z demografických databází ČSÚ. Přestože jsem v Dílčím cíli 1 analyzovala statistická data za období 2007 až 2015, vývoj počtu zemřelých a úmrtnost v ČR a Královéhradeckém kraji jsem uvedla v rámci představení dlouhodobého trendu v časové řadě od roku 1990. Vývoj dalších charakteristik zemřelých, tj. pohlaví, věkové skupiny, příčiny smrti, jsou za ČR i KH kraj graficky zobrazeny za roky 2007 až 2015. Podrobněji se jsem se věnovala dvěma nejčastějším příčinám smrti, a to nemocem oběhové soustavy a novotvarům, neboť pacienti v terminálních fázích těchto onemocnění jsou nejčastějšími klienty hospicové péče. Místo úmrtí bylo z důvodu metodické nesrovnatelnosti vývoje dat mezi roky 2007 až 2015 analyzováno pouze za okrajové roky sledovaného období, tj. 2007 a 2015, zaměřila jsem se na místo úmrtí osob podle dvou výše uvedených diagnóz. Graficky jsem vyjádřila očekávaný vývoj zemřelých a úmrtnosti do roku 2050, tak jak ho nastiňují výsledky projekce obyvatelstva.

#### **6.1.1 Vývoj počtu zemřelých v dlouhodobé časové řadě**

Počet zemřelých v České republice se výrazně snižoval především v 90. letech 20. století, minimální počet zemřelých v 25leté časové řadě byl zaznamenán v roce 2006, od roku 2007 počet zemřelých opět mírně narůstal (výjimkou byl pokles v roce 2014). Poslední meziroční nárůst zemřelých mezi roky 2014 a 2015 byl nejvýraznější za sledované období (5,2 %). Vývoj zemřelých v Královéhradeckém kraji má obdobnou tendenci jako v celé ČR, minimum zemřelých bylo v kraji zaznamenáno s mírným zpožděním, až v roce 2008, od té doby se počet zemřelých rovněž zvyšoval. Poslední meziroční nárůst zemřelých byl však v kraji mnohem méně výrazný než v ČR (4,0 %).

Tab. 2 Zemřelí v ČR a KH kraji v letech 1990 až 2015

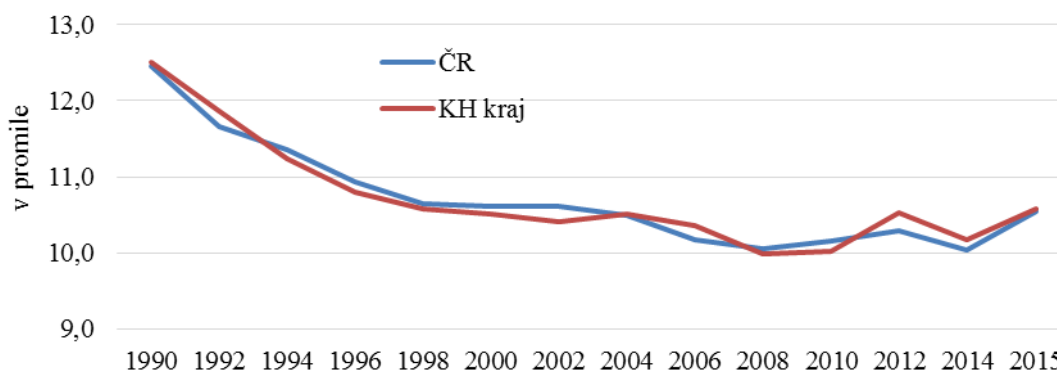
	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002
ČR	129 166	120 337	117 373	112 782	109 527	109 001	108 243
KH kraj	6 962	6 571	6 230	5 983	5 847	5 799	5 713
	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2015
ČR	107 177	104 441	104 948	106 844	108 189	105 665	111 173
KH kraj	5 747	5 691	5 526	5 553	5 825	5 614	5 836

Zdroj: ČSÚ

### 6.1.2 Vývoj úmrtnosti v dlouhodobé časové řadě

Vývoj relativního počtu zemřelých v přepočtu na jeden tisíc obyvatel středního stavu v České republice a Královéhradeckém kraji vyjadřuje graf 1. Z grafu je patrný pokles úmrtnosti v devadesátých letech z maximálních hodnot 12,5 promile (ČR i KH kraj) na minimální hodnoty v roce 2008 (ČR 10,1 promile, KH kraj 10,0 promile). Úmrtnost v kraji převyšovala celkovou úmrtnost za ČR především na počátku 90 letech 20. století, na přelomu století byla krajská úmrtnost nižší než celorepubliková, od roku 2012 byla úmrtnost v kraji nad republikovou hodnotou. Tento jev odpovídá věkové struktuře obyvatelstva kraje, kraj je již několik let nejstarším krajem v ČR, má nejvyšší průměrný věk i nejvyšší podíl obyvatel starších 65 let.

Graf 1 Úmrtnost v ČR a KH kraji v letech 1990 až 2015



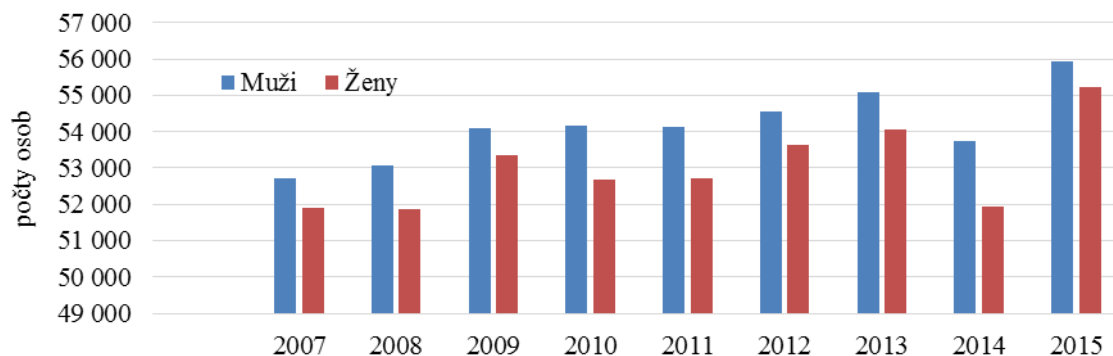
Zdroj: ČSÚ

### 6.1.3 Vývoj zemřelých podle pohlaví v letech 2007 až 2015

Porovnáme-li počty zemřelých v letech 2007 až 2015 podle pohlaví, je zřejmé, že v České republice každoročně počet zemřelých mužů převyšoval počet zemřelých žen.

Největší rozdíl mezi zemřelými podle pohlaví byl zaznamenán v roce 2014, kdy v ČR zemřelo o 1 815 více mužů než žen.

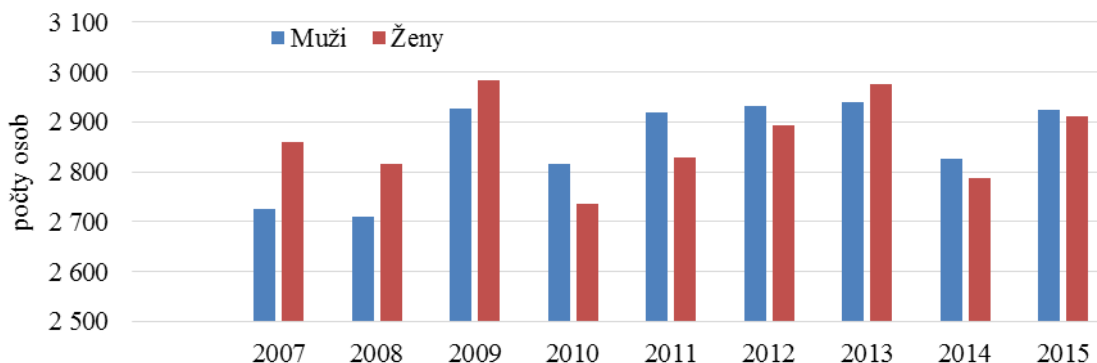
Graf 2 Zemřelí podle pohlaví v ČR v letech 2007 až 2015



Zdroj: ČSÚ

V Královéhradeckém kraji zemřelo v letech 2007 až 2009 a v roce 2013 více žen než mužů, nejvyšší rozdíl mezi zemřelými muži a ženami byl zaznamenán v roce 2007, kdy v kraji zemřelo o 136 žen více než mužů. V posledním sledovaném roce je poměr mezi pohlavími velmi vyrovnaný (o 12 zemřelých mužů více než žen).

Graf 3 Zemřelí podle pohlaví v KH kraji v letech 2007 až 2015



Zdroj: ČSÚ

#### 6.1.4 Vývoj zemřelých podle věkových skupin v letech 2007 až 2015

Graf 4 znázorňuje počty zemřelých v ČR podle základních věkových skupin. Je patrné, že počet zemřelých dětí se v republice pohyboval v řádu stovek (maximum zemřelých dětí 561 v roce 2007), podíl dětí na zemřelých celkem se nacházel v intervalu 0,4 až 0,5 % a má klesající tendenci. Počet zemřelých ve věku 15 až 64 let se rovněž snižoval, z 25 692 zemřelých v roce 2007 (tj. přibližně jedna čtvrtina všech zemřelých) na

20 503 zemřelých v roce 2015 (tj. necelé dvě desetiny zemřelých celkem). Naopak stoupající tendenci vykazovaly počty zemřelých ve věku 65 a více let, v roce 2007 zemřelo v ČR 78 383 osob starších 65 let (tj. tři čtvrtiny všech zemřelých), v roce 2015 zemřelo 90 234 osob v tomto věku, tj. více než čtyři pětiny zemřelých celkem.

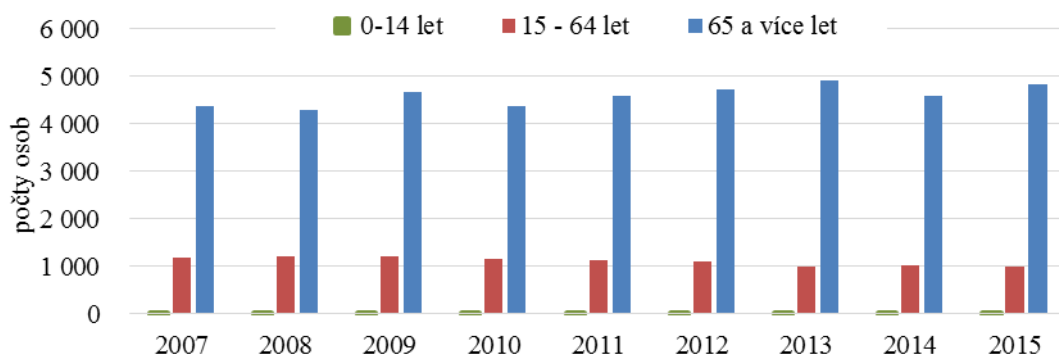
Graf 4 Zemřelí podle základních věkových skupin v ČR v letech 2007 až 2015



Zdroj: ČSÚ

Počty zemřelých podle základních věkových skupin v Královéhradeckém kraji zobrazuje graf 5. Vývoj zemřelých v Královéhradeckém kraji podle věku z dlouhodobého pohledu kopíruje vývoj zemřelých v České republice. Podíl zemřelých dětí byl v kraji nižší než v celé ČR, pohyboval se v intervalu 0,2 až 0,4 %, počty zemřelých dětí byly ve sledovaném období v řádu desítek. Podíl zemřelých ve věku 15 až 64 let byl v kraji rovněž nižší než podíl za ČR, nejvyšší podíl zemřelých v této věkové skupině byl zaznamenán v roce 2008 (22,1%), nejnižší podíl zemřelých ve věku 15 až 64 let byl v roce 2013 (16,8 % všech zemřelých). Podíl zemřelých v nejstarších věkových skupinách (65 a více let) překračuje v celém sledovaném období republikový podíl těchto osob na zemřelých celkem. V roce 2007 činil podíl zemřelých starších 65 let 78,4 %, v roce 2015 se tento podíl zvýšil na 82,6 %.

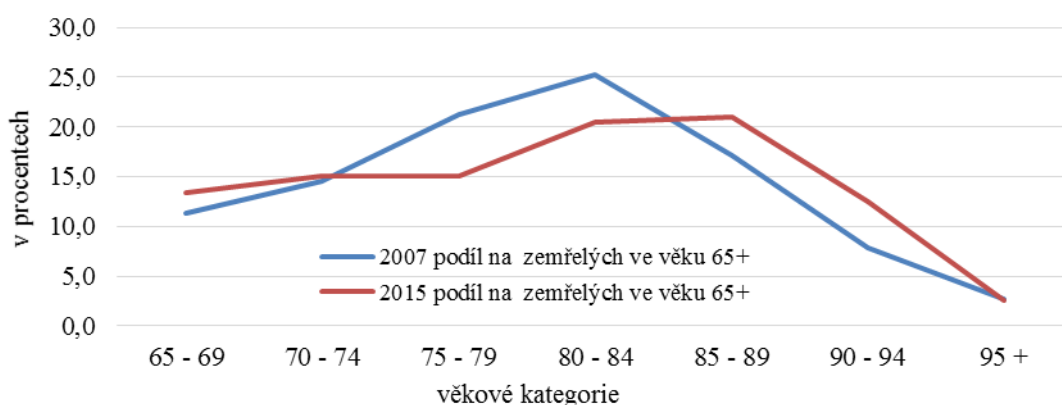
Graf 5 Zemřelí podle základních věkových skupin v KH kraji v letech 2007 až 2015



Zdroj: ČSÚ

Při podrobnější analýze zemřelých ve věkové skupině 65 a více let, ve které dochází k nejvyššímu počtu úmrtí za posledních osm let, se změnila křivka podílu zemřelých v pětiletých věkových skupinách na počtu zemřelých ve věku 65 a více let. Zatímco v roce 2007 zemřelo nejvíce osob ve věku 80 až 84 let (jedna čtvrtina zemřelých starších 65 let) v roce 2015 se maximum úmrtí přesunulo k věkové hranici 85 až 89 let (20,9 %). Křivka v roce 2015 celkově změnila tvar, mírně narostl podíl zemřelých v nižších seniorských skupinách, zároveň se zvýšil podíl zemřelých v nejstarších věkových skupinách nad 90 let. Trend posunu nejvyšších počtů úmrtí do vyšších věkových skupin v posledních letech souvisí se stoupající nadějí dožití, která v současné době činí 76, 64 let u mužů a 81,89 let u žen.

Graf 6 Podíl zemřelých ve vybraných věkových skupinách na zemřelých ve věku 65 a více let v ČR v letech 2007 a 2015

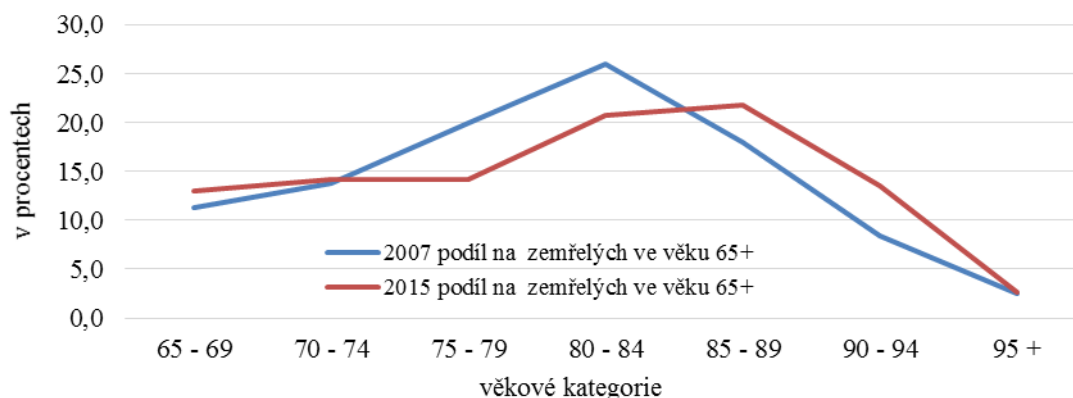


Zdroj: ČSÚ, vlastní výpočty

V Královéhradeckém kraji byla situace obdobná, pouze vzhledem k věkové struktuře obyvatelstva, které je nejstarší v ČR, dosahovala křivka v roce 2007 i 2015 ve svém

vrcholu vyšších hodnot než za celou ČR. Podíly zemřelých v prvních třech věkových skupinách (tj. 65 až 79 let) jsou v kraji nižší než v celé ČR, naopak podíly zemřelých nad 80 let ve všech dalších věkových skupinách dosahovaly vyšších hodnot než v celé ČR.

Graf 7 Podíl zemřelých ve vybraných věkových skupinách na zemřelých ve věku 65 a více let v KH kraji v letech 2007 a 2015



Zdroj: ČSÚ, vlastní výpočty

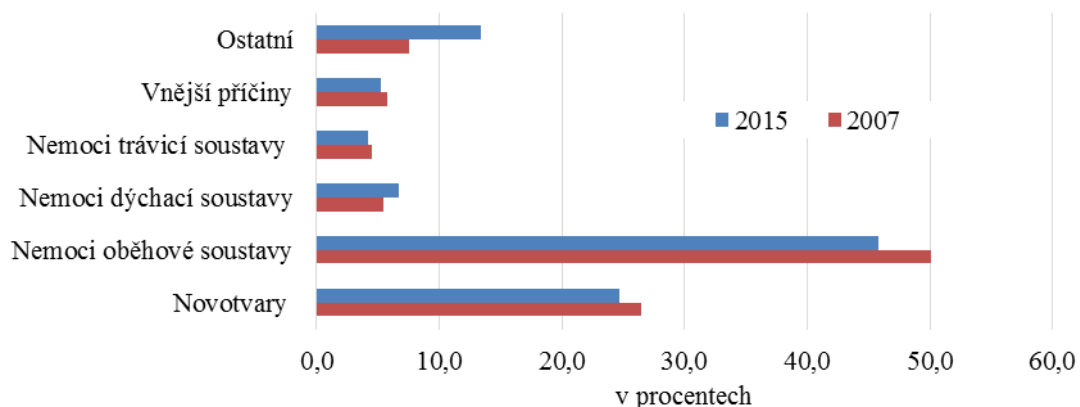
### 6.1.5 Vývoj zemřelých podle nejčastějších příčin smrti v letech 2007 až 2015

Významnou charakteristikou úmrtnosti je příčina smrti, resp. zastoupení jednotlivých diagnóz (podle MKN – 10) na celkovém počtu úmrtí. Graf 8 zobrazuje podíly zemřelých v České republice v roce 2007 a 2015 podle 5 nejčastějších příčin smrti, příčiny smrti s nižším podílem úmrtí jsou zahrnuty pod kategorií ostatní. Nejčastější příčinou smrti byly v roce 2007 i 2015 nemoci oběhové soustavy, v roce 2007 byly příčinou každého druhého úmrtí (celkem 52,5 tisíc úmrtí), v roce 2015 se podíl zemřelých v této diagnóze snížil na 45,8 % (celkem 51 tisíc úmrtí). Druhou nejčastější příčinou smrti byly novotvary, v roce 2007 byly příčinou více než jedné čtvrtiny úmrtí (27,7 tisíc úmrtí), v roce 2015 byl podíl úmrtí na novotvary nižší o dva procentní body (27,4 úmrtí). Mezi další významné příčiny smrti patřily především nemoci dýchací soustavy, nemoci trávicí soustavy a vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti. Nárůst byl ve sledovaném období zaznamenán pouze u nemocí dýchací soustavy z 5,5 % v roce 2007 (5,7 tisíc úmrtí) na 6,7 % v roce 2015 (7,5 tisíc úmrtí). Nárůst v kategorii ostatní může být způsoben zpřesňováním kódování příčiny smrti z Listu o prohlídce



zemřelého, které se v posledních letech vyvíjí, jak jsem popsala v teoretické části práce.

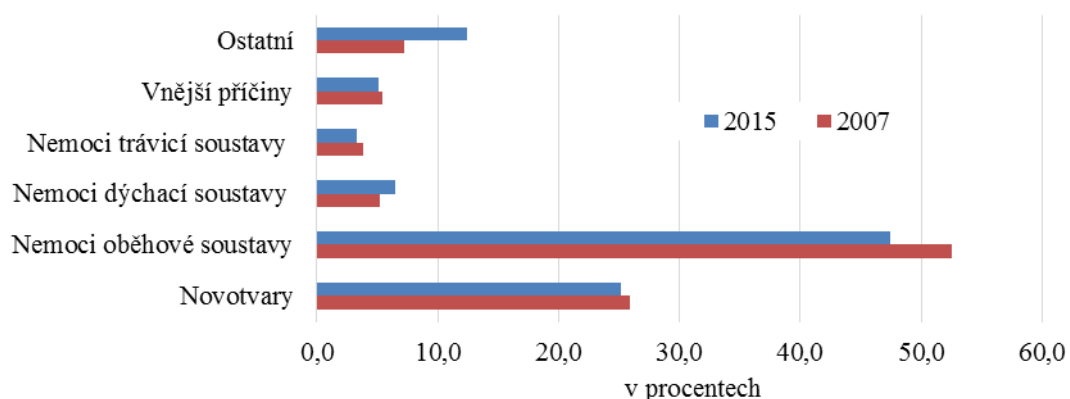
Graf 8 Podíly vybraných příčin smrti na počtu zemřelých celkem v ČR v roce 2007 a 2015



Zdroj: ČSÚ, vlastní výpočty

Královéhradecký kraj měl v roce 2007 i 2015 v porovnání s celou ČR vyšší podíl úmrtí v důsledku nemocí oběhové soustavy (52,6 % v roce 2007, tj. 2,9 tisíc úmrtí a 47,5 % v roce 2015, tj. 2,8 tisíc úmrtí). Podíl zemřelých na novotvary byl v počátečním období nižší než v ČR (25,9 %, tj. 1,4 tisíc úmrtí), do roku 2015 byl však pokles úmrtí v této diagnóze méně výrazný, než v celé ČR (pokles o 0,7 procentního bodu, tj. 1,5 tisíc úmrtí). U nemocí dýchací soustavy došlo rovněž k nárůstu úmrtí ve sledovaném období, podíl příčin smrti na nemoci trávicí soustavy byl v kraji nižší než v celé ČR o jeden procentní bod.

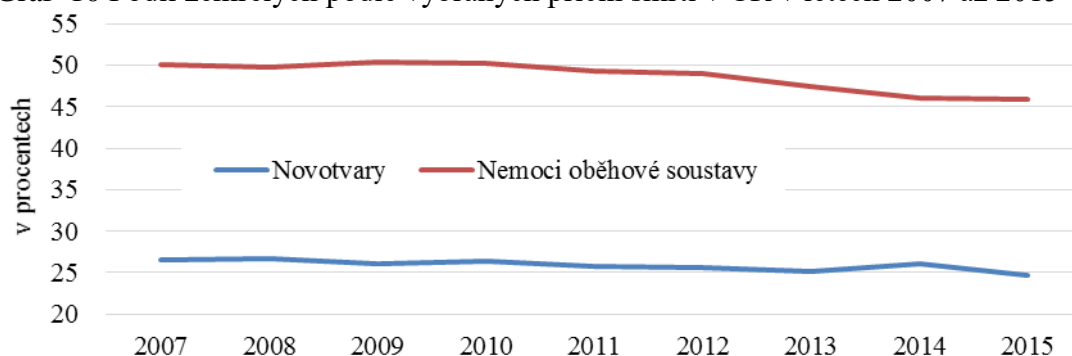
Graf 9 Podíly vybraných příčin smrti na počtu zemřelých celkem v KH kraji v roce 2007 a 2015



Zdroj: ČSÚ, vlastní výpočty

Podíl zemřelých na novotvary se v ČR pohybuje v letech 2007 až 2015 dlouhodobě v intervalu 25 až 27 % ze všech zemřelých (27 až 28 tisíc úmrtí), maximální podíl zemřelých na novotvary byl zaznamenán v roce 2008 (27 %), v posledním sledovaném roce se podíl zemřelých na novotvary pohybuje na svém minimu (25 %). Podíl zemřelých na nemoci oběhové soustavy se v letech 2007 až 2010 pohyboval kolem 50 % všech zemřelých (49 až 54 tisíc úmrtí), v posledních pěti letech má klesající tendenci na 46 % v roce 2015 (51 tisíc úmrtí).

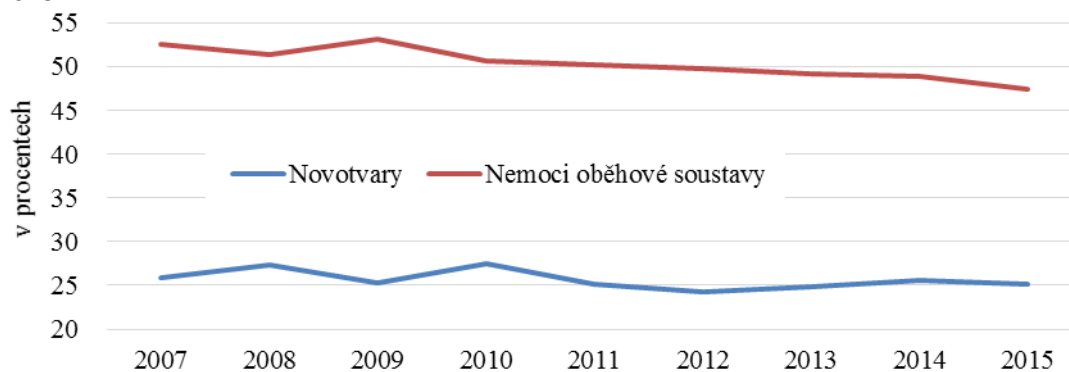
Graf 10 Podíl zemřelých podle vybraných příčin smrti v ČR v letech 2007 až 2015



Zdroj: ČSÚ, vlastní výpočty

V Královéhradeckém kraji byl nejvyšší podíl zemřelých na novotvary zaznamenán v roce 2008 a 2010 (shodně 27 %, tj. 1,5 tisíc úmrtí), minima bylo naopak dosaženo v roce 2012, kdy podíl zemřelých na novotvary činil 24 % (1,4 tisíc úmrtí). Podíl zemřelých na nemoci oběhové soustavy byl v kraji dlouhodobě vyšší než v celé ČR, v letech 2007 až 2010 překročil hranici 50 % (interval 51 až 53 %, tj. 2,8 až 3,1 tisíc úmrtí), poté podíl zemřelých na nemoci oběhové soustavy stagnoval na padesátiprocentním podílu a od roku 2013 mírně klesal až na 47 % v roce 2015 (2,8 tisíc úmrtí).

Graf 11 Podíl zemřelých podle vybraných příčin smrti v KH kraji v letech 2007 až 2015

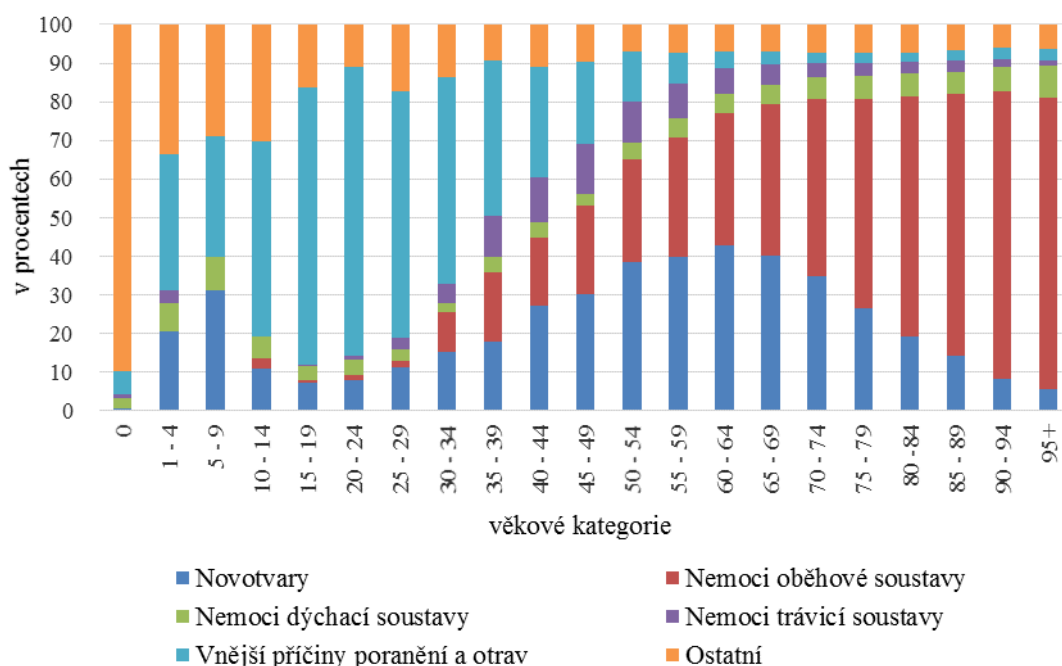


Zdroj: ČSÚ, vlastní výpočty

### 6.1.6 Zemřelí podle vybraných příčin smrti a podle věku zemřelých v letech 2007 a 2015

Při porovnání vybraných příčin smrti v závislosti na věku zemřelých v ČR v roce 2007 je zřejmé, že u dětí a mladších osob do 30 let převládaly především vnější příčiny poranění a ostatní příčiny. Ve věku 1 až 4 roky a 5 až 9 let byl však také nezanedbatelný podíl zemřelých na novotvary (20 %, resp. 31 % úmrtí v dané věkové skupině). Tato příčina smrti se po mírném poklesu ve věku 10 až 19 let od 20. roku věku plynule zvyšovala, kulminovala ve věku 50 až 69 let (maximum ve věku 60 až 64 let), v pozdějším věku měla opět klesající tendenci. Nemoci oběhové soustavy byly významnou příčinou úmrtí už kolem 35 let věku (jedna desetina úmrtí) jejich nárůst pokračoval až do nejvyšších věkových skupin, po 90. roce věku byly příčinou tří čtvrtin úmrtí.

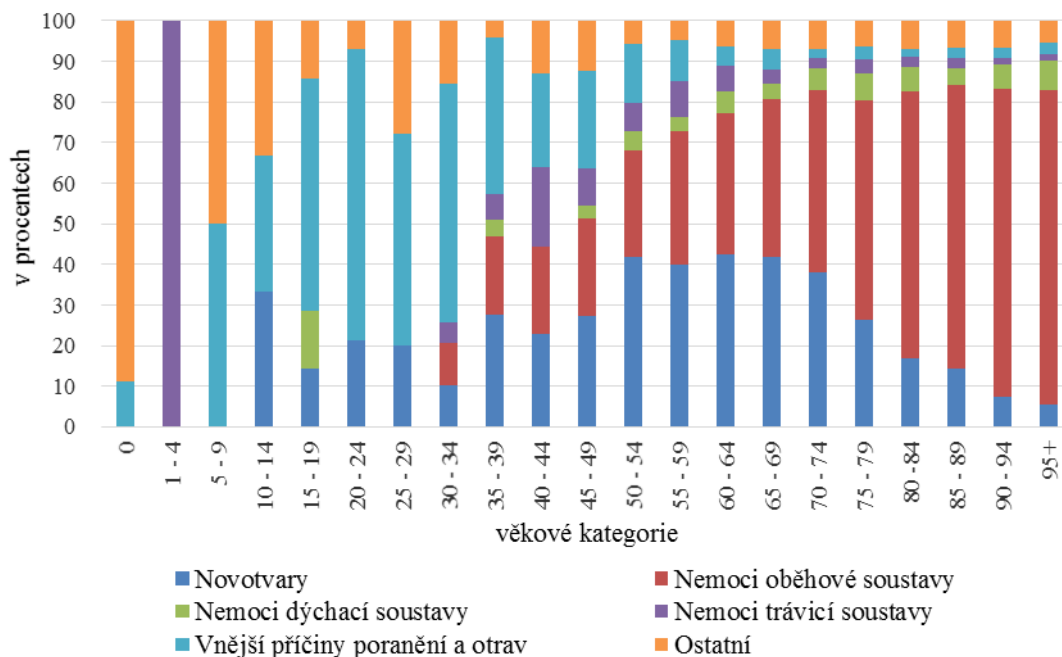
Graf 12 Vybrané příčiny smrti podle věku v ČR v roce 2007



Zdroj: ČSÚ, vlastní výpočty

V Královéhradeckém kraji v roce 2007 převládaly v novorozeneckém a kojeneckém věku ostatní příčiny smrti a vnější příčiny. Hodnota sto procent úmrtí na nemoci trávicí soustavy ve věku 1 až 4 roky byla ovlivněna nízkým počtem zemřelých v kraji (2 případy úmrtí v této věkové skupině). Je však zřejmé, že v nejnižších dětských věkových skupinách nebylo v kraji zaznamenáno žádné úmrtí na novotvary. Významný podíl novotvarů na příčinách smrti byl zaznamenán ve věkové skupině 10 až 14 let (33 %), byl shodný s podílem zemřelých na vnější příčiny. V dalších věkových skupinách měl podíl zemřelých na novotvary kolísavou tendenci, maximum bylo však shodné s republikovými hodnotami kolem 60 až 64 let (43 % úmrtí). Významný podíl zemřelých na nemoci oběhové soustavy se objevoval tak jako v celé ČR rovněž kolem věku 30 let (10 %), podíl zemřelých na nemoci oběhové soustavy ve věkových skupinách 50 až 60 let byl v kraji o přibližně jedno až dvě procenta vyšší než v celé ČR.

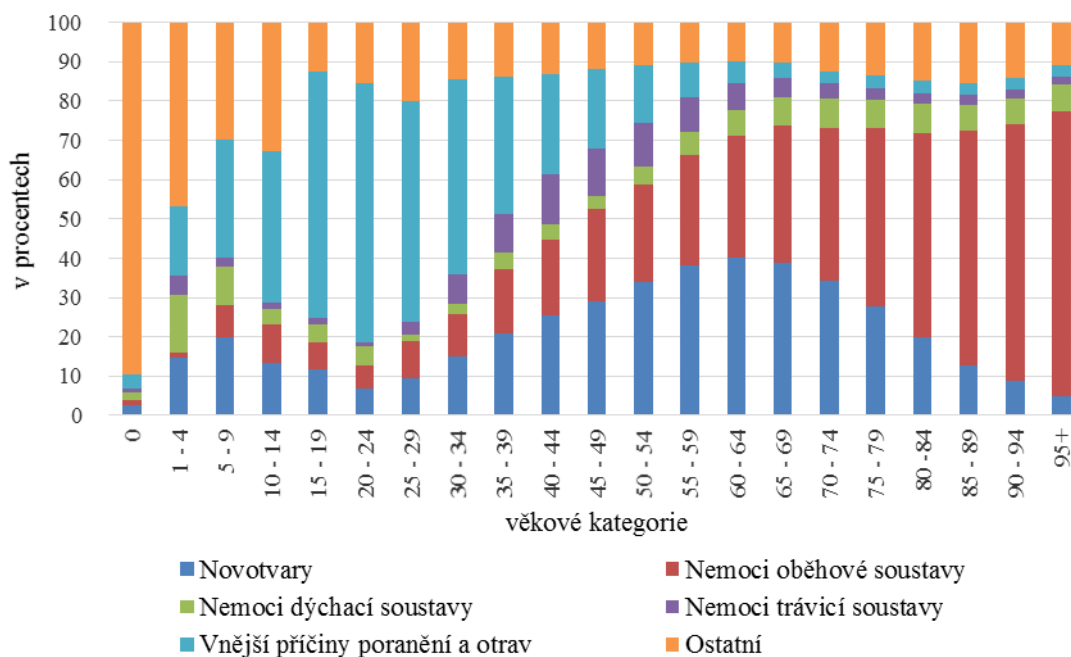
Graf 13 Vybrané příčiny smrti podle věku v KH kraji v roce 2007



Zdroj: ČSÚ, vlastní výpočty

V roce 2015 byl pro zemřelé v ČR charakteristický pokles zemřelých dětí na vnější příčiny smrti, zároveň nárůst úmrtí na nemoci oběhové soustavy ve všech dětských věkových skupinách. Zatímco v roce 2007 se podíl osob ve věku 0 až 30 let zemřelých na nemoci oběhové soustavy pohyboval v intervalu 0 až 3 %, v roce 2015 byl podíl zemřelých na tuto diagnózu ve věku 5 až 9 let 8 %, ve věku 10 až 14 let dokonce 10 %. Se stoupajícím věkem podíly zemřelých na nemoci oběhové soustavy samozřejmě stoupaly, ovšem s menší intenzitou než v roce 2007, ve věkových skupinách 60 až 70 let byl podíl zemřelých na nemoci oběhové soustavy v průměru o 5 procentních bodů nižší než v roce 2007. Podíl zemřelých na novotvary byl v dětských věkových skupinách nejvyšší v 5 až 9 letech (20 % úmrtí), se stoupajícím věkem se podíl zemřelých na novotvary snižoval až do 24 let (7 % úmrtí), od 25. roku věku začíná podíl zemřelých na novotvary narůstat a kulminuje ve věkové skupině 60 až 64 let, kdy na novotvary zemřeli 4 z deseti zemřelých v tomto věku.

Graf 14 Vybrané příčiny smrti podle věku v ČR v roce 2015

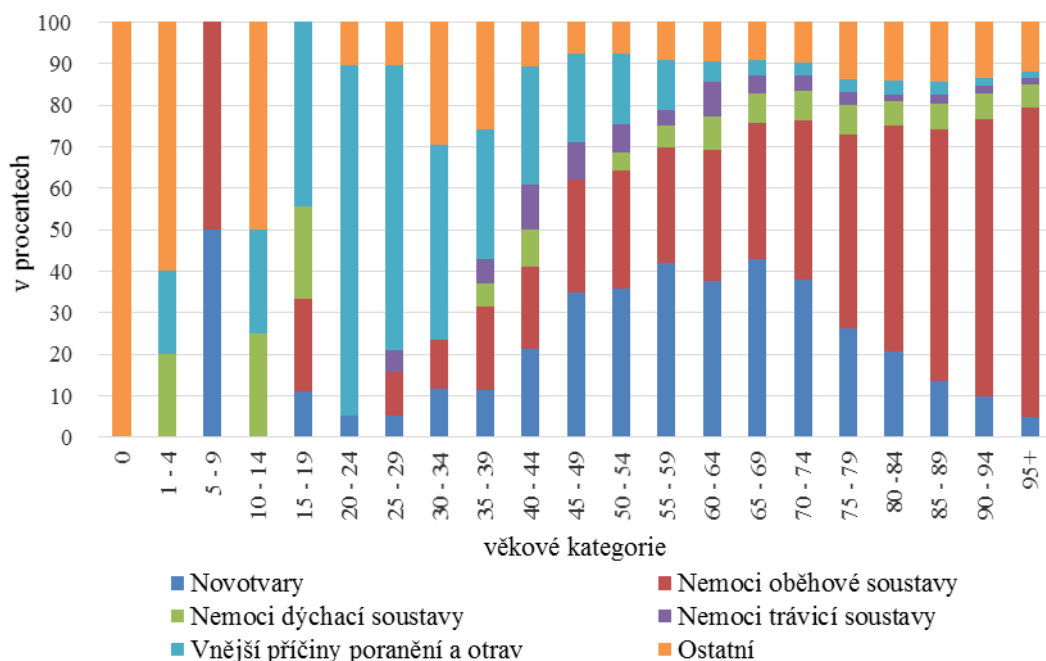


Zdroj: ČSÚ, vlastní výpočty

I pro Královéhradecký kraj je v roce 2015 typické snížení podílu vnějších příčin úmrtí a nárůst podílu úmrtí na nemoci oběhové soustavy u dětí a mladých lidí do 30 let. Ve věkových skupinách 20 až 30 let došlo v roce 2015 k významnému nárůstu podílu smrti z vnějších příčin a to o 12 až 15 procentních bodů. Podíl úmrtí na novotvary byl v dětských věkových skupinách minimální (pouze ve věkové skupině 5 až 9 let je 50 %, vysoký podíl byl opět zkreslen nízkým počtem úmrtí dětí v kraji, jednalo se o jedno úmrtí). Podíl zemřelých na novotvary začínal plynule narůstat až od 25 let věku, maximum se v porovnání s rokem 2007 přesunulo z věku 60 až 65 let do věku 55 až 59 let, podíly zemřelých v inkriminovaných věkových skupinách 50 až 70 let se však v porovnání s rokem 2007 snížily přibližně o 5 procentních bodů.

Považuji za nutné upozornit, že vývoj počtu a podílu zemřelých podle vybraných příčin smrti mezi roky 2007 a 2015 může být mírně ovlivněn zpřesňováním kódování příčin smrti, jak je popsáno v teoretické části práce.

Graf 15 Vybrané příčiny smrti podle věku v KH kraji v roce 2015



Zdroj: ČSÚ, vlastní výpočty

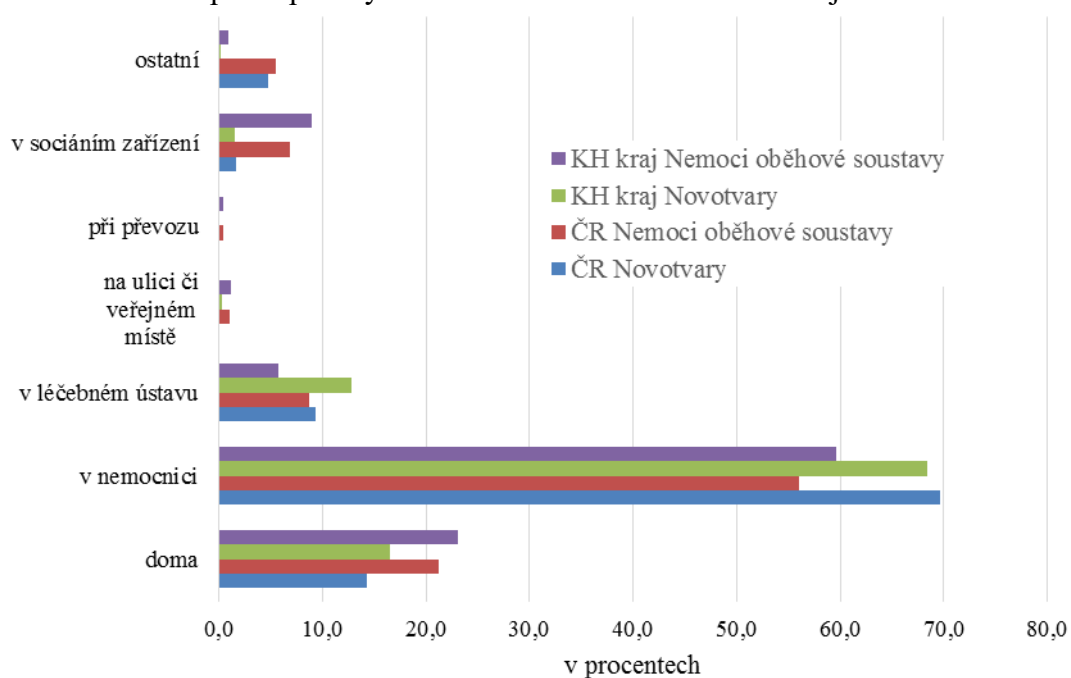
### 6.1.7 Zemřelí podle vybraných příčin smrti a místa úmrtí v letech 2007 a 2015

Graf 16 zobrazuje podíly zemřelých v roce 2007 v ČR a Královéhradeckém kraji na novotvary a nemoci oběhové soustavy podle místa úmrtí. Z celkového počtu zemřelých na novotvary v ČR (28 tisíc osob) jich doma zemřelo 14 % (4 tisíce osob), v Královéhradeckém kraji (celkem zemřelých na novotvary 1,4 tisíce osob) byl podíl zemřelých na novotvary doma vyšší, dosáhl 16,5 % (238 osob). Největší podíl zemřelých na novotvary byl zaznamenán v nemocnicích, v ČR zemřelo v nemocnici téměř 70 % (19 tisíc osob) zemřelých na novotvary, krajský podíl byl o 1,2 procentního bodu nižší (989 osob). V léčebných ústavech zemřelo v ČR necelých 10 % pacientů s novotvary (2,6 tisíc osob), v kraji byl jejich podíl ještě o něco vyšší (téměř 13 %, tj. 186 osob). V zařízeních sociálních služeb v ČR zemřela necelá 2 % (468 osob) s diagnózou novotvary, v Královéhradeckém kraji byl jejich podíl ještě o 0,1 procentního bodu nižší (23 osob).

Na nemoci oběhové soustavy zemřelo v ČR celkem více než 52 tisíc osob, v Královéhradeckém kraji to byly necelé 3 tisíce osob. Podíl zemřelých doma na nemoci oběhové soustavy je v porovnání s příčinou úmrtí novotvary vyšší, v ČR

zemřela doma více než jedna pětina všech zemřelých na nemoci oběhové soustavy, tj. 11 tisíc osob, v kraji to bylo 23 %, tj. 679 osob. V nemocnici na nemoci oběhové soustavy zemřelo 56 % (29 tisíc osob) všech zemřelých v této příčině smrti, v kraji byl jejich podíl o 3,5 procentních bodů vyšší (1 750 osob). V léčebném ústavu zemřelo necelých 9 % pacientů s příčinou smrti nemoci oběhové soustavy (4,6 tisíc osob), v Královéhradeckém kraji to bylo necelých 6 % (170 osob). V zařízení sociální péče zemřelo necelých 7 % všech zemřelých na nemoci oběhové soustavy (3,6 tisíce osob), v kraji byl jejich podíl vyšší, činil necelých 9 % (262 osob).

Graf 16 Zemřelí podle příčiny smrti a místa úmrtí v ČR a KH kraji v roce 2007



Zdroj: ČSÚ, vlastní výpočty

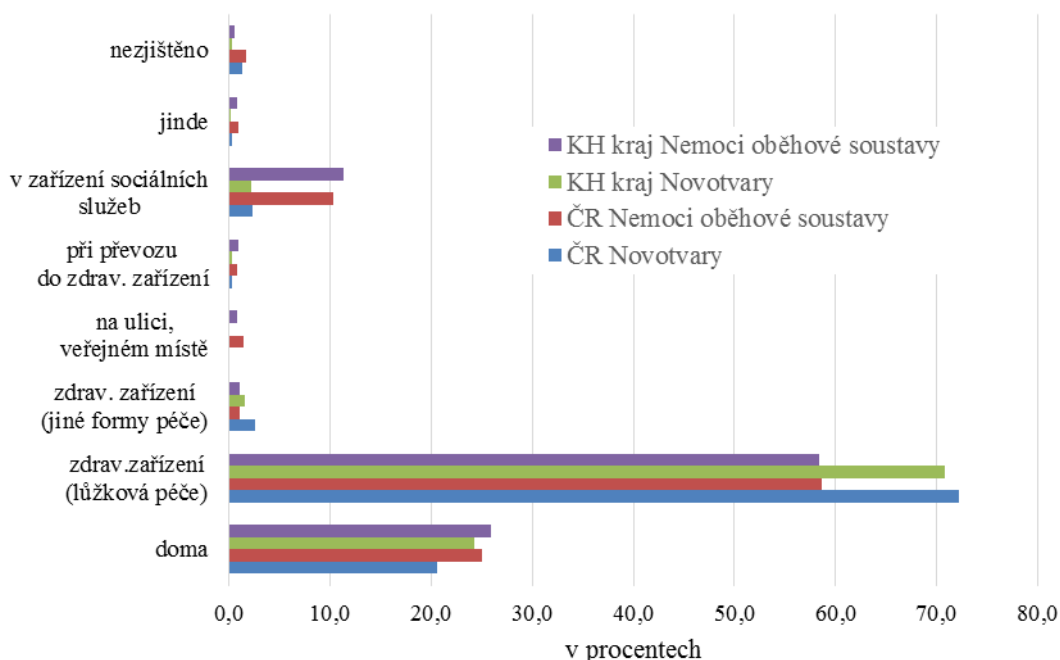
Porovnání zemřelých podle místa úmrtí není vzhledem k metodickým změnám ve sledování místa úmrtí na Listu o prohlídce zemřelého plně srovnatelné s rokem 2007. Na novotvary zemřelo v roce 2015 v ČR celkem více než 27 tisíc osob, v Královéhradeckém kraji jejich počet činil 1 469 osob. Doma zemřela v roce 2015 v České republice více než jedna pětina pacientů s novotvary (5,6 tisíce osob), v Královéhradeckém kraji to byla necelá jedna čtvrtina (357 osob). Ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče zemřelo v ČR 72 % pacientů s příčinou smrti novotvary (19,8 tisíc osob), v kraji byl jejich počet o 1,5 procentních bodů nižší (1 tisíc osob).



V zařízeních sociálních služeb zemřelo v ČR v roce 2015 pouze 2,3 % pacientů s novotvarem (640 osob), v Královéhradeckém kraji to bylo 2,2 % (33 osob). Ve zdravotnických zařízeních poskytující jiné formy zdravotní péče došlo v roce 2015 k úmrtí 2,7 % těchto pacientů (737 osob), podíl pacientů s novotvarem, kteří zemřeli v tomto typu zařízení v kraji byl 1,6 % (24 osob).

Na nemoci oběhové soustavy zemřelo v ČR téměř 51 tisíc osob, počet zemřelých na nemoci oběhové soustavy v kraji činil 2,8 tisíce osob. Jedna čtvrtina zemřelých na nemoci oběhové soustavy zemřela v roce 2015 v ČR doma (12,8 tisíce osob), v kraji byl jejich podíl ještě o 0,8 procentních bodů vyšší (717 osob). Podíl osob s nemocemi oběhové soustavy zemřelých ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče byl v ČR i kraji velmi podobný, v ČR to bylo 58,6 % (29,8 tisíce osob) a v kraji 58,4 % (1,6 tisíce osob). V zařízeních sociálních služeb zemřelo v ČR 10 % s onemocněním oběhové soustavy (5,3 tisíce osob), podíl 11,4 % vykázal Královéhradecký kraj (315 osob). V ostatních zdravotnických zařízeních poskytujících jiné formy péče zemřelo v ČR 1,1 % pacientů s onemocněním oběhové soustavy (540 osob), v kraji byl podíl zemřelých v této skupině onemocnění shodný (31 osob).

Graf 17 Zemřelí podle příčiny smrti a místa úmrtí v ČR a KH kraji v roce 2015



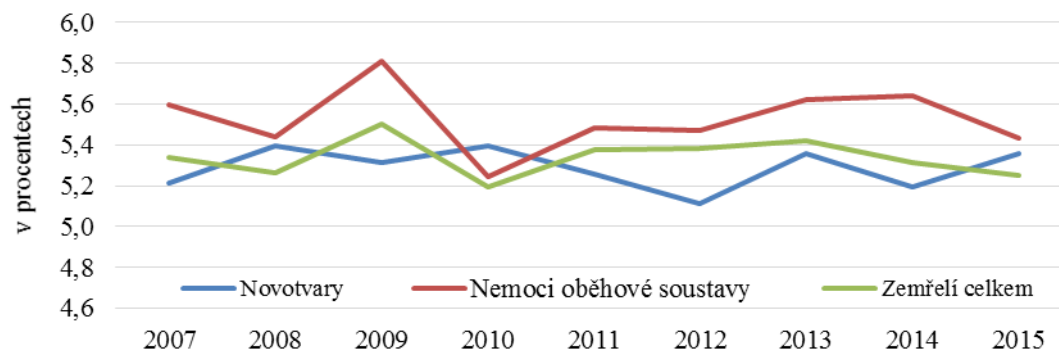
Zdroj: ČSÚ, vlastní výpočty

Při interpretaci počtu a podílu zemřelých doma je nutné si uvědomit, že „doma“ znamená v místě trvalého bydliště, tzn., že za zemřelé doma jsou považovány i osoby, které zemřely např. v zařízení sociálních služeb, pokud tam měly trvalé bydliště. Naopak osoby, které zemřely sice v „domácím prostředí“ ale např. u příbuzných, tedy ne v místě trvalého bydliště, jsou zahrnuty v místě úmrtí „jinde“.

### 6.1.8 Podíl Královéhradeckého kraje na zemřelých v České republice

Královéhradecký kraj se ve sledovaném období podílel na počtu zemřelých v České republice 5,2 až 5,5 %, nejvyšší podíl na zemřelých v ČR celkem zaujímal v roce 2009 (5,5 %), v posledních třech letech se tento podíl snižoval až na 5,2 % v roce 2015. Podíl kraje na úmrtích na novotvary se v letech 2007 až 2015 pohyboval v intervalu 5,1 % (rok 2012) až 5,4 % (roky 2008, 2010 a 2014 až 2015). Podíl zemřelých kraje na nemoci oběhové soustavy činil 5,2 až 5,8 %. Maximální podíl byl zaznamenán v roce 2008, v roce 2015 byl krajský podíl na ČR 5,4 %, což byla ve sledovaném období jedna z nejnižších hodnot.

Graf 18 Podíl KH kraje na zemřelých v ČR



Zdroj: ČSÚ, vlastní výpočty

### 6.1.9 Prognóza počtu zemřelých do roku 2050

Očekávaný demografický vývoj populace a změny v její struktuře nastiňuje Projekce obyvatelstva v České republice do roku 2100 a Projekce obyvatelstva v krajích do roku 2050. Pro popis a grafické znázornění budoucích demografických trendů úmrtnosti a naděje dožití jsem využila podrobná data projekce obyvatelstva ČSÚ, rok 2013 vyjadřuje reálné hodnoty.

Tabulka 3 zobrazuje očekávaný vývoj zemřelých do roku 2050 v České republice a Královéhradeckém kraji. V porovnání s rokem 2013 by se měl počet zemřelých v ČR do roku 2050 zvýšit o více než 20 tisíc osob (nárůst o 18,9 %), přičemž nejvýraznější nárůst zemřelých je očekáván v letech 2030 až 2040. V tomto období je z hlediska věkové struktury obyvatelstva očekáván dvojnásobný počet seniorů než dětí, do nejstarších věkových skupin se budou přesouvat silné ročníky narozených v 70. letech 20. století. Rovněž v Královéhradeckém kraji bude stoupat počet zemřelých z 5,7 tisíce osob zemřelých v roce 2013 až na 6,6 tisíc osob, které pravděpodobně zemrou v roce 2050. Nárůst zemřelých v příštích 40 letech bude však mírnější než v celé ČR (o 14,9 %).

Tab. 3 Prognóza zemřelých do roku 2050 podle projekce obyvatelstva

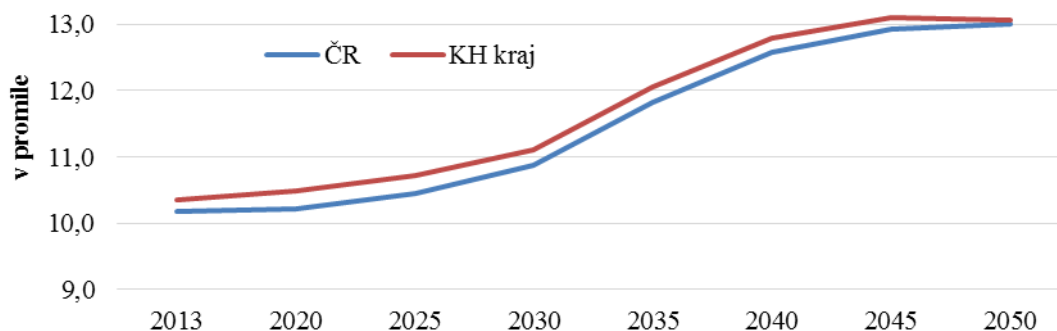
	2013	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
ČR	107 108	107 579	109 514	112 916	121 349	127 295	128 855	127 428
KH kraj	5 720	5 739	5 812	5 950	6 370	6 650	6 701	6 572

Zdroj: ČSÚ

#### 6.1.10 Prognóza vývoje úmrtnosti do roku 2050

Úmrtnost, tedy počet zemřelých na 1 tisíc obyvatel středního stavu se bude v horizontu 40 let zvyšovat z 10,2 promile v roce 2013 až na očekávaných 13 promile v roce 2050. Významný nárůst ukazatele úmrtnosti je stejně tak jako nárůst počtu zemřelých očekáván ve 30. letech. Při porovnání republikových hodnot a Královéhradeckého kraje je patrné, že trend vysoké úmrtnosti, převyšující republikovou hodnotu, který započal už v roce 2012 (viz graf 1) bude pokračovat i v příštích desetiletích. V roce 2013 činila úmrtnost v Královéhradeckém kraji 10,4 promile, což bylo o 0,2 procentní body více než v celé ČR, tento procentní rozdíl bude trvat po celé odhadované období, v roce 2050 by měla úmrtnost v kraji dosahovat hodnoty 13,1 promile.

Graf 19 Úmrtnost v ČR a KH kraji do roku 2050

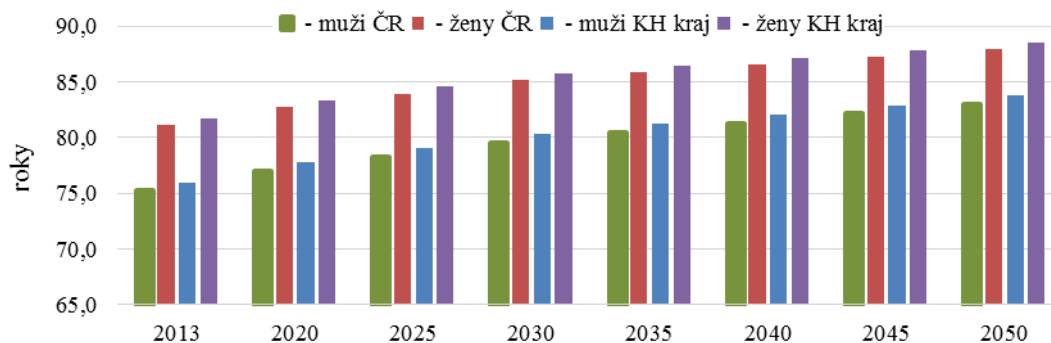


Zdroj: ČSÚ

### 6.1.11 Prognóza vývoje naděje dožití do roku 2050

V příštích letech se bude dále zvyšovat naděje dožití, tedy střední délka života. Zatímco v roce 2013 činila naděje dožití při narození v ČR u žen 81,1 let a u mužů, jejichž naděje dožití je výrazně nižší, činila 75,2 let. Během následujících 40 let se naděje dožití výrazně zvýší u obou pohlaví. Střední délka života mužů bude v roce 2050 pravděpodobně 83 let, u žen bude střední délka života dosahovat 88 let. Krajská naděje dožití převyšuje republikovou hodnotu u mužů i u žen, a to po celé odhadované období. V roce 2013 byla v kraji naděje dožití žen 81,7 let (hranici 80 let překročily ženy v Královéhradeckém kraji již v roce 2005), naděje dožití mužů byla 75,9 let. V roce 2050 se odhaduje naděje dožití žen 88,5 let a naděje dožití mužů 83,7 let. V příštích 40 letech tedy naroste střední délka života žen o 7,8 let, střední délka života mužů se zvýší o 6,8 let. Rozdíl mezi nadějí dožití mužů a žen v kraji se bude v budoucnu snižovat, zatímco v roce 2013 byl rozdíl mezi pohlavími 5,8 let ve prospěch žen v roce 2050 to bude 4,8 let. Tento očekávaný nárůst je téměř shodný v celé ČR i Královéhradeckém kraji.

Graf 20 Naděje dožití v ČR a KH kraji do roku 2050



Zdroj: ČSÚ

### 6.1.12 Shrnutí dílčího cíle 1

Počet zemřelých se v ČR i KH kraji v devadesátých letech snižoval, od roku 2007 však opět mírně stoupal. Úmrtnost se v 90. letech rovněž výrazně snížila, v prvním desetiletí 21. století měla kolísavou tendenci, poslední dva sledované roky stoupala. Krajská úmrtnost převyšovala od roku 2012 republikovou hodnotu úmrtnosti, což je důsledkem věkové struktury obyvatelstva v kraji. Z hlediska pohlaví umíralo v ČR více mužů, v kraji se tento dlouhodobý trend nepotvrdil. Změny ve věkové struktuře zemřelých jsou v ČR i KH kraji velmi podobné. Dlouhodobě klesá podíl zemřelých dětí, klesá rovněž podíl zemřelých ve věku 15 až 64 let, dlouhodobě však stoupá podíl zemřelých ve věku 65 a více let, a to na čtyři pětiny všech zemřelých. Při analýze počtu zemřelých ve věkové skupině 65 a více let bylo zjištěno, že největší podíl zemřelých se přesunul z věkové skupiny z 80 až 84 let (v roce 2007) do věkové skupiny 85 až 89 let (rok 2015), což souvisí se stoupající nadějí dožití v posledních letech. Zhruba jedna polovina úmrtí byla způsobena nemocemi oběhové soustavy a má klesající tendenci, příčinou jedné čtvrtiny všech úmrtí byly novotvary, jejich podíl se ve sledovaném období rovněž mírně snížil. K dalším nejčastějším příčinám smrti patřily nemoci dýchací soustavy, nemoci trávicí soustavy a vnější příčiny smrti. U nejmladších věkových skupin převládaly v ČR i KH kraji úmrtí na vnější příčiny, v roce 2015 stoupl podíl zemřelých dětí a mladých lidí na nemoci oběhové soustavy. Nemoci oběhové soustavy se stávají častější příčinou úmrtí kolem třicátého věku života, podíl úmrtí se s věkem zvyšuje, v nejstarších věkových skupinách nad 90 let umírají na nemoci oběhové soustavy 3 ze 4 zemřelých. Úmrtí na novotvary se objevují i

v nejmladších věkových skupinách, podíl zemřelých na tuto příčinu smrti začíná stoupat od 25. roku života a v České republice kulminuje ve věkové skupině 60 až 64 let, kdy na novotvary umírají 4 z 10 zemřelých v tomto věku. V Královéhradeckém kraji je maximum úmrtí na novotvary posunuté do věku 55 až 60 let. V ČR i kraji stoupá počet zemřelých doma, z celkového počtu zemřelých na novotvary zemřela v roce 2015 přibližně jedna pětina osob, v kraji dokonce jedna čtvrtina, přibližně tři čtvrtiny zemřelých na novotvary v ČR i KH kraji však zemřely ve zdravotnickém zařízení. Zemřelí na nemoci oběhové soustavy zemřeli v roce 2015 doma v jedné čtvrtině úmrtí, většina zemřelých na nemoci oběhové soustavy zemřela opět ve zdravotnickém zařízení.

V příštích 40 letech se očekává v souvislosti se změnami ve věkové struktuře obyvatelstva nárůst počtu zemřelých, v ČR přibližně o 20 tisíc osob, v kraji pak o přibližně 1 tisíc osob. Úmrtnost se bude v ČR i kraji plynule zvyšovat ze současných 10,5 promile na 13 promile v roce 2050. Poroste střední délka života mužů i žen, ženy se budou kolem roku 2050 dožívat 88,5 let, muži 83,7 let.

## **6.2 Dílčí cíl 2 – Analýza hospicové péče v České republice a Královéhradeckém kraji**

Pro hodnocení vývoje hospicové péče jsem využila Zdravotnické ročenky České republiky z let 2007 až 2015, Zdravotnické ročenky Královéhradeckého kraje z let 2007 až 2013, dále výroční zprávy Hospice Anežky České z let 2014 a 2015 a výroční zprávy mobilních hospiců v KH kraji. V první části dílčího cíle 2 jsem popsala vývoj hospicové péče v ČR a KH kraji pomocí základních ukazatelů (počet zařízení, počet lékařů, počet zdravotnického personálu, počet hospitalizovaných a zemřelých), dále jsem porovнала podíly zemřelých v hospicích na počty zemřelých celkem, poukázala jsem na podíl kraje na vybraných ukazatelích hospicové péče v ČR. Věnovala jsem se porovnání relativních ukazatelů, tj. počet hospitalizovaných na 10 tisíc obyvatel, počet zemřelých na 1 tisíc obyvatel a počet lůžek hospicové péče na 100 tisíc obyvatel. Popsala jsem vývoj počtu mobilních hospiců a počtu klientů mobilní hospicové péče na území Královéhradeckého kraje, na příkladu Domácí hospicové péče Oblastní

charity Hradec Králové jsem demonstrovala rozvoj domácí hospicové péče v posledních letech.

### 6.2.1 Základní ukazatele vývoje hospicové péče v letech 2007 až 2015

Počet lůžkových hospiců se v ČR v letech 2007 až 2015 zvýšil ze 13 na 17 zařízení, což představuje nárůst o více než 30 %, počet lůžek hospicové péče vzrostl ve sledovaném období z 335 na 460 (nárůst kapacity o 37 %). Počet lékařů v hospicích i počet zdravotnického personálu, přepočtený na plně zaměstnané, vzrostl v letech 2007 až 2015 o více než dvě pětiny, v roce 2015 pracovalo v lůžkových hospicích 36 lékařů, zatímco v roce 2007 to bylo pouze 25,6 lékařů. V roce 2007 zaměstnávalo 13 hospiců v ČR celkem 137 zdravotnických pracovníků (bez lékařů), v roce 2015 to bylo již 193,8 pracovníků. Počet hospitalizovaných stoupl ve sledovaném období o téměř dvě třetiny (z 2,6 tisíc hospitalizovaných v roce 2007 na 4,2 tisíce v roce 2015). Se stoupajícím počtem hospitalizovaných stoupl i počet zemřelých v lůžkových hospicích, a to z 2 041 osob v roce 2007 na 3 627 osob, tj. nárůst o více než tři čtvrtiny.

Tab. 4 Vybrané ukazatele hospicové péče v ČR v letech 2007 až 2015

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
počet zařízení	13	14	15	15	16	16	16	17	17
počet lůžek	335	366	398	398	460	468	438	460	460
počet lékařů	25,6	29,4	32,9	35,4	36,8	36,7	33,4	36,3	36
počet zdravotnického personálu	137,1	153,9	176,4	187,1	218,8	218	205,9	220,4	193,8
počet hospitalizovaných	2 588	1 689	3 499	3 592	3 875	4 050	3 804	4 026	4 205
počet zemřelých	2 041	2 168	2 887	2 921	3 073	3 258	3 066	3 318	3 627

Zdroj: ÚZIS

V Královéhradeckém kraji existovalo po celé sledované období 1 zařízení lůžkové hospicové péče, kterým je Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, jde o první zařízení svého druhu v České republice. Kapacita zařízení 30 lůžek se v průběhu let 2007 až 2015 nezměnila, ve sledovaném období stoupl přepočtený počet lékařů na plně zaměstnané a poklesl počet zdravotnického personálu. Počet hospitalizovaných proti roku 2007 vzrostl o 9,5 %, počet zemřelých se v porovnání s počátkem sledovaného období téměř nezměnil.

Tab. 5 Vybrané ukazatele hospicové péče v KH kraji v letech 2007 až 2015

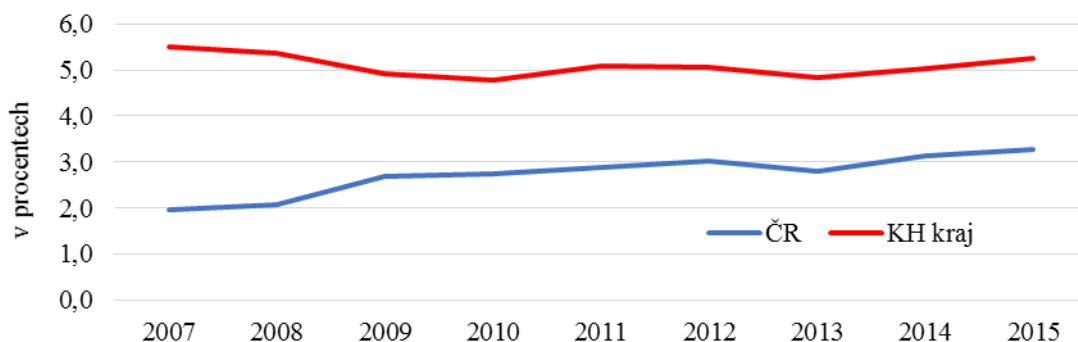
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
počet zařízení	1	1	1	1	1	1	1	1	1
počet lůžek	30	30	30	30	30	30	30	30	30
počet lékařů	2,1	3	1,7	1,9	2,1	2,1	2,3	2,5	2,9
počet zdravotnického personálu	12,3	17	12,1	12,8	12,1	13,8	14,9	13,1	11,3
počet hospitalizovaných	398	372	400	375	400	451	417	425	436
počet zemřelých	308	296	291	266	293	294	286	283	307

Zdroj: ÚZIS, Výroční zprávy 2014 a 2015 Hospice Anežky České

### 6.2.2 Podíl zemřelých v hospicích na zemřelých celkem v letech 2007 až 2015

Porovnáme-li podíly zemřelých v lůžkových hospicích na celkových počtech zemřelých v Královéhradeckém kraji a celé ČR, je zřejmé, že kraj měl po celé sledované období vyšší podíl zemřelých v zařízeních hospicové péče, jeho hodnota se pohybovala v intervalu 4,8 až 5,5 %, maximální podíl byl zaznamenán v roce 2007, minimální pak v letech 2010 a 2013, poslední hodnota podílu v roce 2015 dosáhla 5,3 % zemřelých v hospici v Královéhradeckém kraji na zemřelých kraje celkem. V celé ČR se podíl zemřelých v hospicích pohyboval v rozmezí 2,0 % (v roce 2007) až 3,3 % (v roce 2015).

Graf 21 Podíl zemřelých v hospicích na počtu zemřelých celkem v ČR a KH kraji v letech 2007 až 2015



Zdroj: ÚZIS, vlastní výpočty

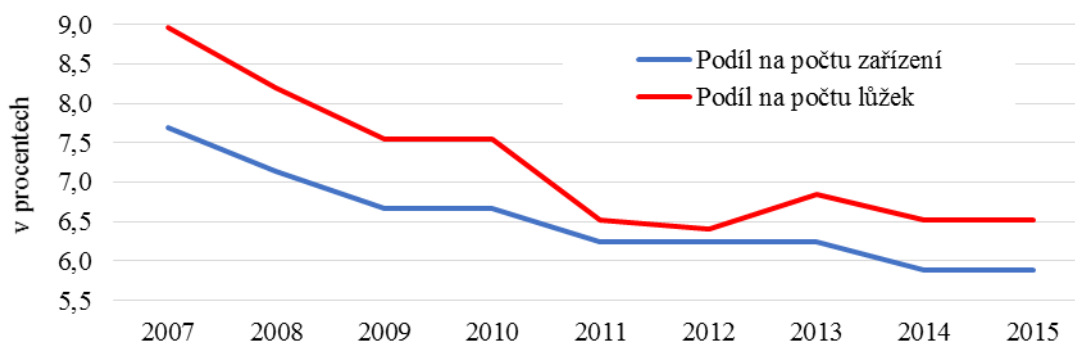
### 6.2.3 Podíl Královéhradeckého kraje na ČR v základních ukazatelích hospicové péče

Se stoupajícím počtem zařízení lůžkových hospiců v České republice se snižoval podíl kraje na počtu těchto zařízení i na počtu lůžek hospicové péče. Zatímco v roce 2007 se Královéhradecký kraj podílel na celkovém počtu zařízení v ČR 7,7 %, v roce 2015



byl podíl kraje 5,9 % (pokles o 1,8 procentního bodu). Počtem lůžek se kraj na celkové kapacitě lůžkových hospiců v ČR v roce 2007 podílel 9 %, v roce 2015 to bylo 6,5 % (pokles o 2,4 procentního bodu).

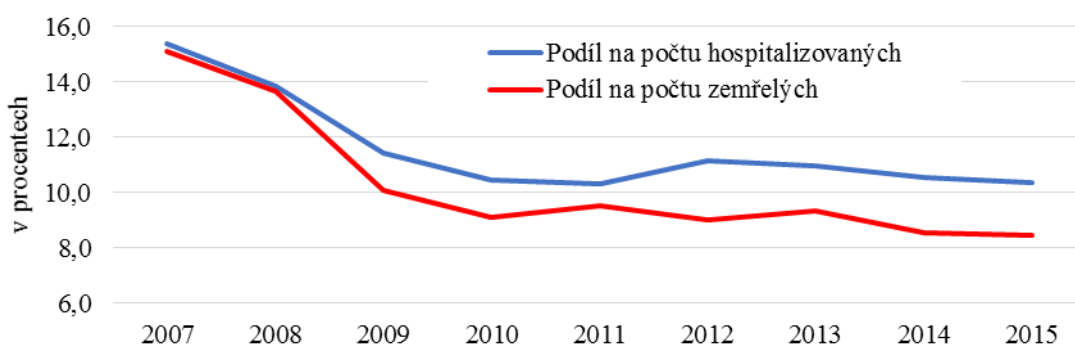
Graf 22 Podíl KH kraje na počtu zařízení a lůžek hospicové péče v ČR v letech 2007 až 2015



Zdroj: ÚZIS, vlastní výpočty

Přestože podíl kraje na kapacitě hospicové péče v ČR v roce 2007 dosahoval pouze 9 %, podíl na počtu hospitalizovaných byl vyšší, a to více než 15 %. V kontextu rozvoje hospicové péče v ČR se podíl kraje na počtu hospitalizovaných v průběhu let 2007 až 2015 snižoval, po mírném nárůstu v letech 2012 až 2013 v posledních dvou letech spíše stagnoval a dostal se na hodnotu 10,4 %. Stejný trend byl zaznamenán u vývoje podílu zemřelých v lůžkovém hospici v kraji na počtu zemřelých v hospicích v ČR, z podílu 15,1 % v roce 2007, poklesl až na hodnotu 8,5 % v roce 2015.

Graf 23 Podíl KH kraje na počtu hospitalizovaných a zemřelých v hospicích ČR v letech 2007 až 2015

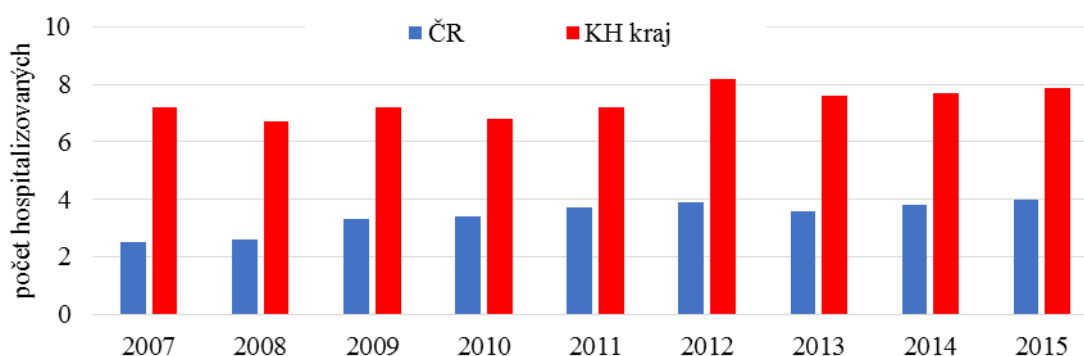


Zdroj: ÚZIS, vlastní výpočty

#### 6.2.4 Počet hospitalizovaných na 10 tisíc obyvatel

Při porovnání indikátoru počet hospitalizovaných v lůžkovém hospici na 10 tisíc obyvatel v ČR a v kraji je patrné, že počet hospitalizací v kraji je výrazně vyšší než v ČR. V Královéhradeckém kraji bylo v roce 2007 hospitalizováno 7,2 osob na 10 tisíc obyvatel kraje, hodnota ukazatele se v průběhu let 2007 až 2015 pohybovala v intervalu 6,7 až 8,2, v posledních letech má stoupající tendenci až na 7,9 hospitalizovaných na 10 tisíc obyvatel kraje. V České republice se počet hospitalizací na 10 tisíc obyvatel meziročně zvyšoval z 2,5 hospitalizací v roce 2007 na 4,0 hospitalizace v roce 2015. I přes tento nárůst zůstává krajská hodnota počtu hospitalizací na 10 tisíc obyvatel téměř dvojnásobná.

Graf 24 Počet hospitalizovaných na 10 tisíc obyvatel v ČR a KH kraji v letech 2007 až 2015

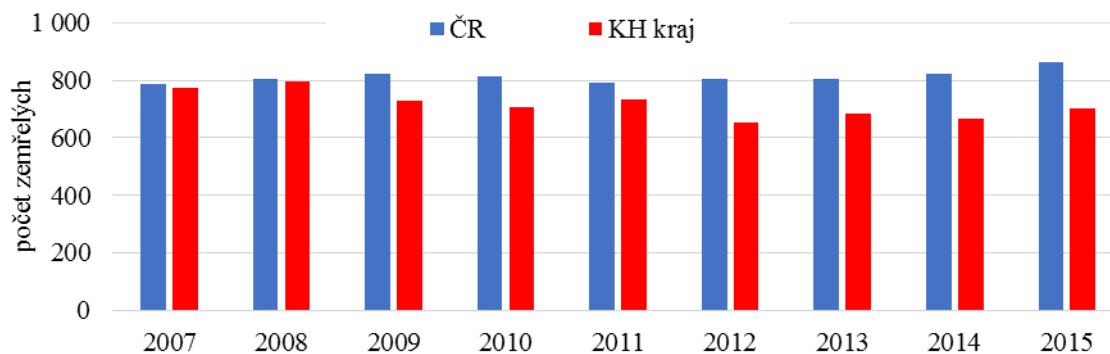


Zdroj: ÚZIS, vlastní výpočty

#### 6.2.5 Počet zemřelých na 1 tisíc hospitalizovaných

Počet zemřelých na 1 tisíc hospitalizovaných se vyvíjí odlišně v celé ČR a v Královéhradeckém kraji. V ČR se počet zemřelých na 1 tisíc hospitalizovaných mírně zvýšil (až na pokles v roce 2011), z hodnoty 788 zemřelých na 1 tisíc hospitalizovaných v roce 2007 až na hodnotu 862,5 zemřelých v roce 2015. V Královéhradeckém kraji byl počáteční počet zemřelých na 1 tisíc hospitalizovaných nepatrně nižší než v ČR (773,4 úmrtí), v průběhu let 2007 až 2015 kolísal, snížil se především v letech 2009 až 2010 a v roce 2012, v posledních dvou sledovaných letech má stoupající tendenci, přesto je hodnota z roku 2015 (704 úmrtí na 1 tisíc hospitalizací) výrazně nižší, než v celé ČR.

Graf 25 Počet zemřelých na 1 tisíc hospitalizovaných v ČR a KH kraji v letech 2007 až 2015

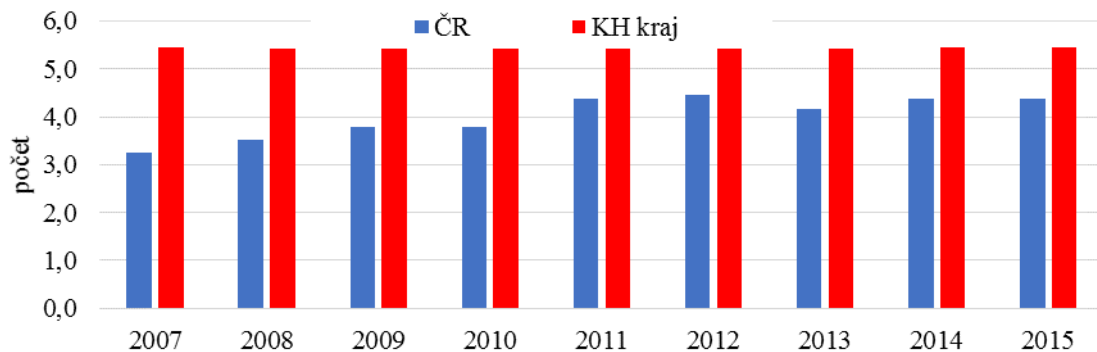


Zdroj: ÚZIS, vlastní výpočty

### 6.2.6 Počet lůžek na 100 tisíc obyvatel

Počet lůžek hospicové péče na 100 tisíc obyvatel středního stavu by měl podle koncepčních dokumentů rozvoje hospicové péče v ČR, pro optimální pokrytí potřeb obyvatel, dosáhnout hodnoty 5 lůžek. Z grafu je patrné, že Královéhradecký kraj byl po celé sledované období nad touto hodnotou, v kraji bylo dlouhodobě k dispozici 5,4 lůžek na 100 tisíc obyvatel. V celé České republice však tento indikátor saturace potřeby hospicové péče zdaleka naplněn nebyl, přestože se počet lůžek na 100 tisíc obyvatel v časové řadě 2007 až 2015 zvyšoval, dosahoval v posledních dvou letech hodnoty 4,4 lůžka, což odpovídá nárůstu o 1,2 lůžka na 100 tisíc obyvatel za posledních 8 sledovaných let.

Graf 26 Počet lůžek hospicové péče na 100 tisíc obyvatel středního stavu v ČR a KH kraji v letech 2007 až 2015

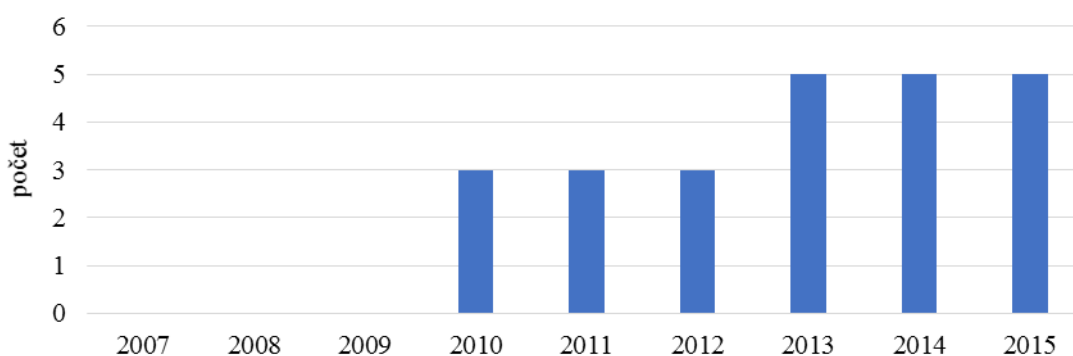


Zdroj: ÚZIS, vlastní výpočty

### 6.2.7 Počty mobilních hospiců v Královéhradeckém kraji v letech 2007 až 2015

Služba domácí hospicové péče se na území Královéhradeckého kraje objevuje až od roku 2010, kdy zahájily činnost dva týmy mobilní hospicové péče. Od roku 2013 funguje v kraji 5 mobilních hospiců, v roce 2016 přibyl 6. mobilní hospic, který však v grafu není zobrazen, aby bylo zachováno sledované období 2007 až 2015 ve všech indikátorech rozvoje hospicové péče dílčího cíle 2.

Graf 27 Počet mobilních hospiců v KH kraji v letech 2007 až 2015

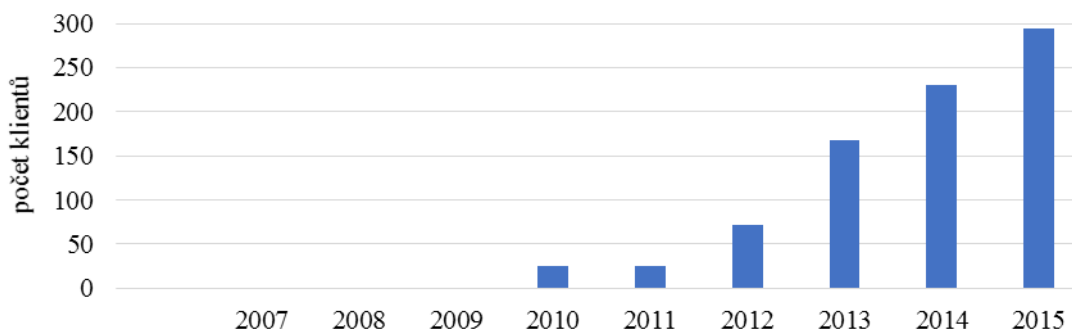


Zdroj Výroční zprávy mobilních hospiců v KH kraji:

### 6.2.8 Počty klientů mobilních hospiců v Královéhradeckém kraji v letech 2007 až 2015

Následující graf znázorňuje nárůst počtu klientů mobilní hospicové péče od roku 2010, kdy zahájily činnost první týmy mobilní hospicové péče, se počet klientů zvýšil desetinásobně, v posledním sledovaném roce 2015 doprovodily mobilní hospicové týmy téměř 300 osob v terminálním stadiu nemoci na území Královéhradeckého kraje.

Graf 28 Počet klientů mobilní hospicové péče v KH kraji v letech 2007 až 2015



Zdroj Výroční zprávy mobilních hospiců v KH kraji

### 6.2.9 Rozvoj Domácí hospicové péče v Hradci Králové v letech 2013 až 2015

Ukázkou rozvoje domácí hospicové péče je tabulka se statistickými daty, která mi pro účely výzkumu poskytla Domácí hospicová péče Hradec Králové. Domácí hospic Oblastní charity Hradec Králové zahájil svou činnost v dubnu roku 2013, data za rok 2013 tedy nejsou úplná a srovnatelná s dalšími roky. Při porovnání let 2014 a 2015 je však patrný rozvoj služby hospicové péče. Počet klientů stoupl meziročně o více než jednu pětinu, počet onkologických pacientů se zvýšil o téměř 13 %, počet neonkologických pacientů meziročně vzrostl téměř dvojnásobně. Podíl onkologických pacientů na počtech klientů celkem se meziročně snížil o 6 procentních bodů (z 89 % v roce 2014 na 83 % v roce 2015). Počet pacientů na jeden den se meziročně nezměnil, zvýšila se však průměrná ošetrovací doba ve dnech z 10 dnů v roce 2014 na 16 dnů v roce 2015 (třipětinový nárůst). Celkový počet ošetrovatelských návštěv se meziročně více než zdvojnásobil, meziroční pokles byl zaznamenán u nočních návštěv pacientů.

Tab. 6 Ukazatele rozvoje Domácí hospicové péče v Hradci Králové v letech 2013 až 2015

	2013	2014	2015
počet klientů	57	113	137
počet onkologických diagnóz	47	101	114
počet neonkologických diagnóz	10	12	23
počet pacientů na den	.	6	6
průměrná doba péče ve dnech	.	10	16
ošetrovatelské návštěvy	.	1 461	3 408
noční návštěvy	.	143	121

Zdroj: Oblastní charita Hradec Králové

## **6.2.10 Shrnutí dílčího cíle 2**

V letech 2007 až 2015 došlo v České republice k rozvoji hospicové péče, vzrostl počet zařízení i lůžek, stoupl počet hospitalizovaných i zemřelých v hospicích. Ke konci roku 2015 existovalo v ČR 17 lůžkových hospiců se 460 lůžky, 36 lékaři a necelými dvěma sty zdravotnickými zaměstnanci. Bylo hospitalizováno 4 205 pacientů, 3 627 pacientů v hospicích zemřelo, což odpovídá 3,3 % všech zemřelých v ČR. Na 1 tisíc hospitalizovaných zemřelo v roce 2015 v hospicích 862 osob, na 100 tisíc obyvatel byly v roce 2015 k dispozici 4,4 lůžka hospicové péče. V Královéhradeckém kraji je lůžkový hospic v provozu již od roku 1995, ve sledovaném období se jeho kapacita neměnila, ke konci roku 2015 disponoval 30 lůžky, pracovalo v něm 2,9 lékařů a 11,3 zdravotnických pracovníků. Hospitalizováno bylo 436 pacientů, zemřelo 307 osob. V Královéhradeckém kraji zemřelo v hospici 5 až 6 % všech zemřelých v kraji. Na 10 tisíc obyvatel bylo v roce 2015 hospitalizováno 7,9 osob, na 1 tisíc hospitalizovaných v kraji zemřelo 704 osob. Na 100 tisíc obyvatel bylo v kraji k dispozici 5,4 lůžek hospicové péče. V kraji se v posledních pěti letech rozvíjí i mobilní hospicová péče, v roce 2015 v kraji fungovalo 5 týmů domácí hospicové péče, které doprovodily téměř 300 klientů v terminálním stadiu nemoci. Na příkladu Domácí hospicové péče v Hradci Králové je patrný rostoucí zájem o službu mobilního hospice. Domácí hospic doprovodil za necelé tři roky své existence 300 umírajících osob, především onkologických pacientů, je však patrný nárůst zájmu i neonkologických pacientů o služby domácího hospice.

## **6.3 Dílčí cíl 3 – Porovnání změny hodnot vybraných indikátorů mezi roky 2007 a 2015 v České republice a Královéhradeckém kraji**

V dílčím cíli 3 jsem porovnávala hodnoty vybraných indikátorů, které jsem použila při realizaci dílčího cíle 1 a 2. Pro každý z vybraných indikátorů z oblasti demografického vývoje i vývoje hospicové péče jsem vypočítala index mezi krajními roky sledovaného období, tj. roky 2015 a 2007, který jsem vyjádřila v procentech. Vypočítané hodnoty jsem graficky porovnávala, poukázala na základní tendence demografického vývoje v ČR i KH kraji i na tendence ve vývoji hospicové péče ve sledovaném období.

### **6.3.1 Změna hodnoty 13 vybraných indikátorů z oblasti demografie a hospicové péče mezi roky 2007 a 2015**

Při porovnání indexů mezi roky 2015 a 2007 (tedy konce a počátku sledovaného období), jsou patrné následující tendence:

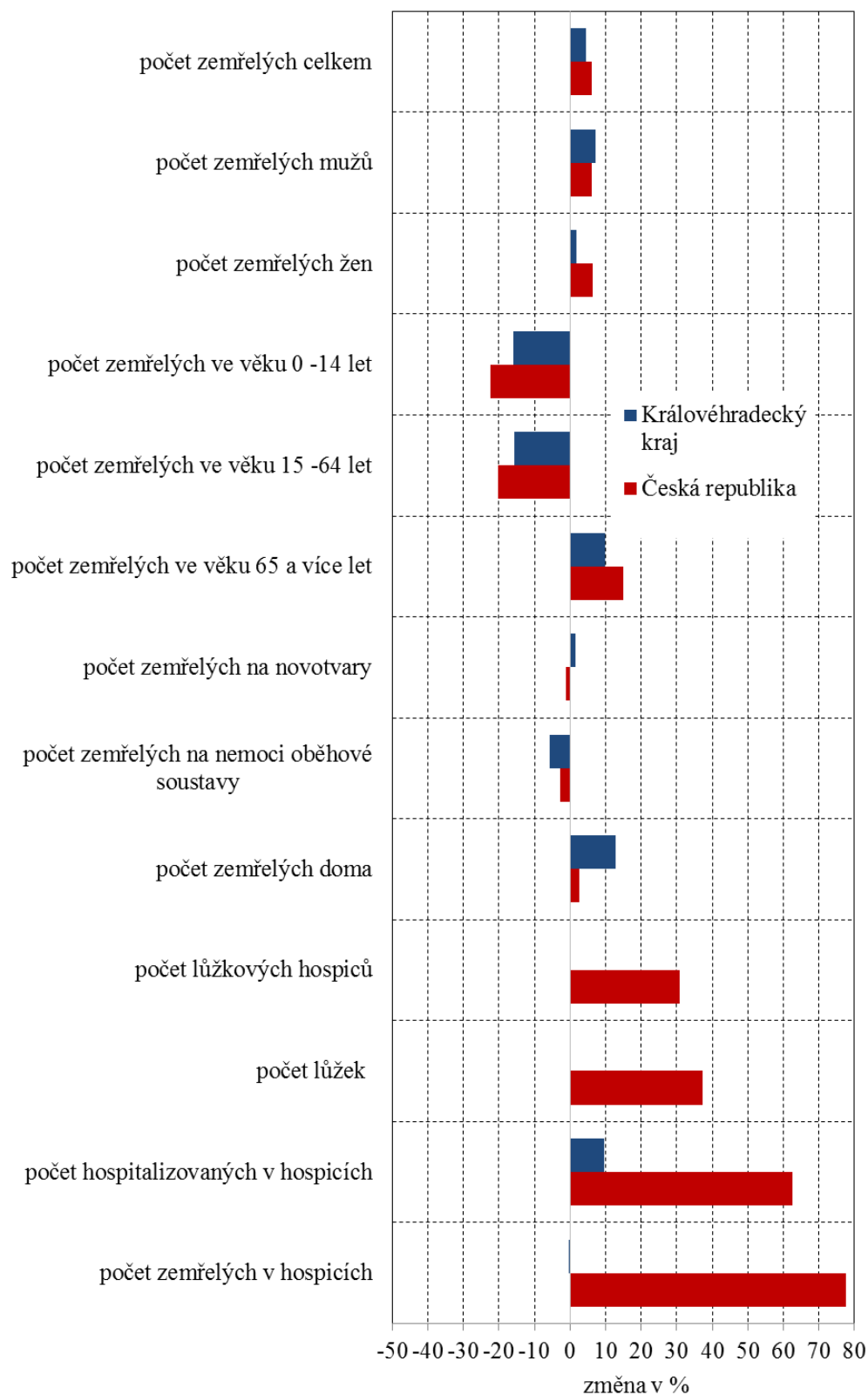
Tendence v České republice:

- Počet zemřelých se zvýšil (6,2 %), nárůst zemřelých podle pohlaví byl poměrně vyrovnaný (6,1 % u mužů a 6,4 % u žen).
- O více než jednu pětinu klesl počet zemřelých ve věku 0 až 15 a 15 až 64 let, nárůst počtu zemřelých starších 65 let byl 15%.
- Snížil se počet zemřelých na novotvary (o 1,1 %) i nemoci oběhové soustavy (o 2,8%).
- Stoupl počet osob zemřelých doma (2,7 %).
- Počet zařízení hospicové lůžkové péče se zvýšil (o 30 %), počet lůžek vzrostl ještě o něco více (o 37,3 %).
- Počet hospitalizovaných v hospicích stoupl proti roku 2007 o dvě třetiny, počet zemřelých v hospicích se zvýšil v porovnání s rokem 2007 o tři čtvrtiny.

Tendence v Královéhradeckém kraji:

- Počet zemřelých v kraji stoupl (o 4,5 %), u mužů více (o 7,3 %), než u žen (o 1,8 %).
- Počet zemřelých ve věku 0 až 14 a 15 až 64 let, klesl (o 15, resp. 15,6 %), stoupl počet zemřelých ve věku 65 a více let (o 10 %).
- Počet zemřelých na novotvary stoupl (o 1,7 %), naopak poklesl počet zemřelých na nemoci oběhové soustavy (o 5,7 %).
- Zvýšil se počet zemřelých doma (o 12,9 %).
- Počet lůžkových hospiců i počet lůžek se mezi roky 2007 a 2015 nezměnil.
- Zvýšil se počet hospitalizovaných (o 9,5 %), počet zemřelých v hospicích se snížil nepatrně (o 0,3 %).

Graf 29 Změna hodnot vybraných ukazatelů v ČR a KH kraji mezi roky 2007 a 2015



Zdroj: Vlastní výpočty



### 6.3.2 Shrnutí dílčího cíle 3

Demografické trendy v letech 2007 až 2015 jsou v České republice a Královéhradeckém kraji obdobné, neboť změny ve věkové struktuře obyvatelstva a jeho demografické stárnutí je typické pro celou populaci České republiky, tedy včetně Královéhradeckého kraje. Změny ve věkové struktuře zemřelých mezi roky 2007 a 2015 byly výraznější v České republice než v Královéhradeckém kraji. Charakteristický pro demografický vývoj zemřelých v ČR i KH kraji byl mírný úbytek úmrtí na nemoci oběhové soustavy a stoupající počet zemřelých doma.

Vývoj v oblasti hospicové péče se v České republice a Královéhradeckém kraji liší. Vzhledem k tomu, že v Královéhradeckém kraji se začala rozvíjet hospicová péče již v polovině 90. let 20. století, ve sledovaném období byla oblast lůžkové hospicové péče v kraji stabilizovaná a dále se nerozšiřoval počet hospiců ani kapacita. V České republice se lůžková hospicová péče v letech 2007 až 2015 rozvíjela plynule, rostl počet zařízení i počet lůžek, v kontextu navýšení lůžkových hospiců stoupl výrazně i počet hospitalizovaných i zemřelých v hospicích.

## Závěr a diskuse

Ve své diplomové práci jsem se věnovala demografické analýze zemřelých, která by měla být predikcí plánování a koncepce rozvoje hospicové péče. Zaměřila jsem se na porovnání základních tendencí v demografickém vývoji zemřelých a prognóze úmrtnosti v České republice a Královéhradeckém kraji s tendencemi rozvoje hospicové péče.

Domnívám se, že cíl práce se podařilo naplnit, přestože jsem svůj původní záměr analýzy v oblasti hospicové péče musela vzhledem k nedostatku dat mírně zredukovat. Cennou zkušeností pro mne bylo jednání a přístup Ústavu zdravotnických informací a statistiky, který nedodržel své závazky vůči mé žádosti o poskytnutí statistických dat, i dalších odborných institucí, které mou žádost o data ignorovaly. Vzhledem k tomu, že sama pracuji na Českém statistickém úřadu a pravidelně poskytuji data klientům ČSÚ, velmi často právě studentům, mohu porovnat přístup ÚZIS s přístupem ČSÚ ke svým klientům. Vstřícnost a zajištění co největšího komfortu uživatelů dat je nejen oficiální prioritní strategií ČSÚ, ale i otázkou „profesní cti“ jednotlivých zaměstnanců úřadu.

V teoretické části práce jsem popsala podrobně problematiku zvoleného tématu, zabývala jsem se smrtí z pohledu demografického i společenského. Věnovala jsem se vývoji paliativní a hospicové péče, procesu legislativního ukotvení hospicové péče do právního řádu České republiky, upozornila jsem na očekávané legislativní změny, které by mohly pozitivně ovlivnit další vývoj hospicové péče. Popsala jsem současný stav hospicové péče i koncepční dokumenty a programy, které by měly podpořit rozvoj hospicové péče v České republice a Královéhradeckém kraji v příštích letech. Vycházela jsem z dostupné odborné literatury, ale i z mnoha internetových zdrojů. V současnosti totiž probíhají klíčová jednání a návrhy na legislativní změny, jejichž cílem je „úplná legalizace“ lůžkové, a především právě se rozvíjející mobilní hospicové péče v systému zdravotní a sociální péče České republiky, tyto aktuální procesy ještě nejsou zachyceny v odborné literatuře, bylo nutné čerpat přímo z internetových stránek zainteresovaných institucí, tiskových zpráv apod.

Ve výzkumné části jsem se věnovala demografickému vývoji zemřelých v České republice a Královéhradeckém kraji, s cílem upozornit na základní společné tendence demografického vývoje, který je na celém území České republiky ovlivněn progresivním stárnutím populace, tedy změnami ve věkové struktuře obyvatel a s nimi souvisejícími změnami v počtech a charakteristikách zemřelých. Zároveň jsem chtěla upozornit na určité disparity ve vývoji v celé České republice a Královéhradeckém kraji, který vykazuje určitá demografická specifika – je nejstarším krajem v republice, má nejvyšší podíl seniorů a nejnižší podíl produktivní složky obyvatelstva. Z nástinu očekávaného demografického vývoje zemřelých v příštích letech je patrné, že trend nárůstu počtu zemřelých i úmrtnosti v populaci se bude zvyšovat, v populaci bude v horizontu několika desetiletí třetina seniorů, kteří budou umírat ve vysokém věku, o to náročnější bude zajistit jim nejen zdravotní, ale především sociální pomoc. Už dnes je zřejmé, že mezigenerační solidarita mizí, děti nejsou schopné se za současné sociální a ekonomické politiky státu postarat o své rodiče, dnešní čtyřicátníci, tedy generace narozená v 70. letech 20. století, vychovávají poměrně malé děti, neboť založení rodiny odkládaly vzhledem ke změně společenských podmínek v 90. letech do co nejpozdějšího věku, zároveň by se měli postarat o nemocné rodiče. Ekonomická situace rodiny jim však většinou nedovolí opustit z důvodu potřeby dlouhodobé péče o blízkou osobu své zaměstnání. Situace bude ještě složitější, až v rámci mezigenerační výměny vstoupí do období stáří právě generace „Husákových dětí“, silných populačních ročníků, jejichž děti budou v produktivním věku ještě déle, než generace předchozí. Dalším aspektem náročnosti sociální péče o tuto generaci bude fakt, že dnešním trendem je žít tzv. „single“, tedy bez partnera, který je v případě nemoci nejbližší osobou pro zajištění péče. V kontextu demografických změn ve společnosti jsem považovala za nutné zmapovat vývoj hospicové péče, neboť se domnívám, že hospic je jediným zdravotnickým zařízením, ve kterém je skutečně propojena zdravotní a sociální péče o umírajícího a jeho rodinu. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že právě sociální podpora je v posledních dnech života pacienta mnohem významnější, nejen pro pacienta samotného, ale i jeho blízké, pokud chtějí dostát svému morálnímu úkolu, a to dochovat svého blízkého doma až do samotného konce. Je pozitivní, že lůžková hospicová péče v ČR vykazuje tendence růstu, a to jak v počtech zařízení i kapacit, ale i zájmu veřejnosti o službu hospice, což se projevilo

na nárůstu počtu hospitalizovaných a počtu zemřelých v hospicích. I přes výrazný rozvoj hospicové péče v posledních letech však považuji 3% podíl zemřelých v hospicích na zemřelých celkem za velmi nízký, Situační zpráva o paliativní péči v ČR z roku 2016 uvádí, že paliativní péči by potřebovalo 70 % všech zemřelých. Myslím si, že významným limitem ve využití lůžkové hospicové péče je kromě finanční náročnosti především dojezdová vzdálenost. V koncepčních dokumentech rozvoje hospicové péče je cílem dosáhnout dojezdové vzdálenosti 50 km pro většinu obyvatel ČR. Já osobně, opět na základě svých zkušeností, ji považuji za příliš velkou a pro mnoho pečujících osob za technicky nepřekonatelnou. Za předpokladu, že hospicovou filozofií je umožnit pacientovi pobyt blízké osoby, případně neomezené návštěvy, je umístění umírajícího do lůžkového hospice bez možnosti pravidelných návštěv popřením smyslu a principu hospicové péče. Velký potenciál tedy spatřuji v domácí hospicové péči, která se úspěšně rozvíjí. Pokud bude skutečně uzákoněno dlouhodobé ošetřovné na osobu blízkou, případně dojde v budoucnu k plošnému financování mobilní hospicové péče zdravotními pojišťovnami, domnívám se, že počet zemřelých v domácím prostředí by mohl v příštích letech výrazně stoupat. Myslím si, že právě podpora multidisciplinárních týmů mobilních hospiců zvyšuje odvalu pečujících pokusit se obstát v jedné z nejtěžších životních zkoušek, a tím napomáhá i k návratu k humánnímu umírání v kruhu rodiny, tak jak bylo v našem kulturním prostředí po staletí obvyklé a přirozené.

Domnívám se, že diplomová práce by mohla být podkladem, případně inspirací, pro další analýzy, které jsou součástí koncepčních dokumentů plánování a rozvoje hospicové péče ať už na celostátní či regionální úrovni, pro laickou veřejnost by mohla být určitým uvedením do problematiky vývoje a současného stavu hospicové péče v kontextu demografického vývoje, případně impulzem k zamyšlení nad postojem nejen veřejnosti, ale i zdravotního a sociálního systému státu k otázce důstojného umírání.

## Seznam tabulek, grafů

Tab. 1	Transformace dílčích cílů do indikátorů .....	61
Tab. 2	Zemřelí v ČR a KH kraji v letech 1990 až 2015.....	68
Tab. 3	Prognóza zemřelých do roku 2050 podle projekce obyvatelstva.....	83
Tab. 4	Vybrané ukazatele hospicové péče v ČR v letech 2007 až 2015.....	87
Tab. 5	Vybrané ukazatele hospicové péče v KH kraji v letech 2007 až 2015.....	88
Tab. 6	Ukazatele rozvoje Domací hospicové péče v Hradci Králové v letech 2013 až 2015 .....	93
Graf 1	Úmrtnost v ČR a KH kraji v letech 1990 až 2015 .....	68
Graf 2	Zemřelí podle pohlaví v ČR v letech 2007 až 2015.....	69
Graf 3	Zemřelí podle pohlaví v KH kraji v letech 2007 až 2015.....	69
Graf 4	Zemřelí podle základních věkových skupin v ČR v letech 2007 až 2015.....	70
Graf 5	Zemřelí podle základních věkových skupin v KH kraji v letech 2007 až 2015 .....	71
Graf 6	Podíl zemřelých ve vybraných věkových skupinách na zemřelých ve věku 65 a více let v ČR v letech 2007 a 2015 .....	71
Graf 7	Podíl zemřelých ve vybraných věkových skupinách na zemřelých ve věku 65 a více let v KH kraji v letech 2007 a 2015 .....	72
Graf 8	Podíly vybraných příčin smrti na počtu zemřelých celkem v ČR v roce 2007 a 2015 .....	73
Graf 9	Podíly vybraných příčin smrti na počtu zemřelých celkem v KH kraji v roce 2007 a 2015.....	73
Graf 10	Podíl zemřelých podle vybraných příčin smrti v ČR v letech 2007 až 2015 .....	74
Graf 11	Podíl zemřelých podle vybraných příčin smrti v KH kraji v letech 2007 až 2015 .....	75
Graf 12	Vybrané příčiny smrti podle věku v ČR v roce 2007 .....	76

Graf 13	Vybrané příčiny smrti podle věku v KH kraji v roce 2007.....	77
Graf 14	Vybrané příčiny smrti podle věku v ČR v roce 2015 .....	78
Graf 15	Vybrané příčiny smrti podle věku v KH kraji v roce 2015.....	79
Graf 16	Zemřelí podle příčiny smrti a místa úmrtí v ČR a KH kraji v roce 2007.....	80
Graf 17	Zemřelí podle příčiny smrti a místa úmrtí v ČR a KH kraji v roce 2015.....	81
Graf 18	Podíl KH kraje na zemřelých v ČR.....	82
Graf 19	Úmrtnost v ČR a KH kraji do roku 2050.....	84
Graf 20	Naděje dožití v ČR a KH kraji do roku 2050.....	85
Graf 21	Podíl zemřelých v hospicích na počtu zemřelých celkem v ČR a KH kraji v letech 2007 až 2015 .....	88
Graf 22	Podíl KH kraje na počtu zařízení a lůžek hospicové péče v ČR v letech 2007 až 2015 .....	89
Graf 23	Podíl KH kraje na počtu hospitalizovaných a zemřelých v hospicích ČR v letech 2007 až 2015 .....	89
Graf 24	Počet hospitalizovaných na 10 tisíc obyvatel v ČR a KH kraji v letech 2007 až 2015 .....	90
Graf 25	Počet zemřelých na 1 tisíc hospitalizovaných v ČR a KH kraji v letech 2007 až 2015 .....	91
Graf 26	Počet lůžek hospicové péče na 100 tisíc obyvatel středního stavu v ČR a KH kraji v letech 2007 až 2015 .....	91
Graf 27	Počet mobilních hospiců v KH kraji v letech 2007 až 2015.....	92
Graf 28	Počet klientů mobilní hospicové péče v KH kraji v letech 2007 až 2015.....	93
Graf 29	Změna hodnot vybraných ukazatelů v ČR a KH kraji mezi roky 2007 a 2015.....	96

## Seznam použité literatury

CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE. *Výroční zpráva 2014-2015*. Praha: Centrum paliativní péče, 2016.

Cesta domů - Výroční zpráva 2015. *Cesta domů*. [20. 1. 2017] Dostupný z: <https://www.cestadomu.cz/dokumenty>

Co je to hospic? *Hospice.cz*. [10. 1. 2017] On line dostupný z: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-hospic/>

Člověk by se měl radovat z každého prožitého okamžiku. *1. moskevský hospic*. [10. 1. 2017] On line dostupný z: <http://www.hospice.ru/?/nid=26&item=559/>

ČSÚ. *Základní tendence demografického, sociálního a ekonomického vývoje Královéhradeckého kraje - 2015*. 1. Hradec Králové: ČSÚ, 2016, 88 s. ISBN 970-80-250-2715-8.

Demografická příručka 2015. ČSÚ. [6. 1. 2017] On line dostupný z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-prirucka-2015>

Demografická ročenka České republiky 2012. ČSÚ. [2. 1. 2017] On line dostupný z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-rocenka-ceske-republiky-2012-qdv084etsg>

Demografická ročenka České republiky 2013. ČSÚ. [2. 1. 2017] On line dostupný z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-rocenka-ceske-republiky-2013-r9dwy2nt35>

Demografická ročenka České republiky 2015. ČSÚ. [3. 1. 2017] On line dostupný z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-rocenka-ceske-republiky>

Demografická ročenka krajů 2006-2015. ČSÚ. [4. 1. 2017] On line dostupný z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-rocenka-kraju-2006-az-2015>

Dříve vyslovená přání. *Umírání.cz*. [16. 12. 2016] On line dostupný z: <http://www.umirani.cz/rady-a-informace/drive-vyslovena-prani>

Dříve vyslovená přání. Závěrečná zpráva 2015. *STEM/MARK*. [16. 12. 2016] On line dostupný z: <http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2015.pdf>

Formy hospicové péče. *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče*. [18. 1. 2017] On line dostupný z: <http://asociacehospicu.cz/formy-hospicove-pece/>

FUNK, Karel. *Provázení stáří a umíráním, aneb, O prolínání obou světů*. Praha: Malvern, 2014, 319 s. Adam a Eva. ISBN 978-80-87580-70-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

HENDL, Jan. *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat*. Vyd. 2., opr. Praha: Portál, 2006, 583 s. ISBN 80-7367-123-9.

Hospice v ČR. *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče*. [23. 1. 2017] On line dostupný z: <http://asociacehospicu.cz/hospice-v-cr/>

Charta práv umírajících. *Diakonie Českobratrské církve evangelické*. [15. 1. 2017] On line dostupný z: <http://www.pecujdoma.cz/legislativa/dokumenty/charta-prav-umirajicich/>

Informační systém Zemřelí. *ÚZIS ČR*. [8. 1. 2017] On line dostupný z: <http://www.uzis.cz/registry/datovych-souboru-csu/zemreli>

KALIBOVÁ, Květa, Zdeněk PAVLÍK a Alena VODÁKOVÁ. *Demografie (nejen) pro demografy*. 3., přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2009, 241 s. Sociologické pojmosloví. ISBN 978-80-7419-012-4.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 1997, 146 s. ISBN 80-7178-150-9.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání*. Turnov: Arica, 1993, 251 s. ISBN 80-900134-6-5.

MATOUŠEK, Oldřich, Jana KOLÁČKOVÁ a Pavla KODYMOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005, 351 s. ISBN 80-7367-002-X.

Ministr zdravotnictví: Zakotvíme hospicovou péči do právních předpisů ČR. *MZ ČR*. [15. 1. 2017] On line dostupný z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministr-zdravotnictvizakotvime-hospicovou-peci-do-pravnich-predpisu-cr\\_13242\\_3692\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministr-zdravotnictvizakotvime-hospicovou-peci-do-pravnich-predpisu-cr_13242_3692_1.html)

Národní program paliativní péče. *NPPP*. [15. 1. 2017] On line dostupný z: <http://www.nppp.cz/#company>

Novela č. 189/2016 Sb., kterou se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

O aplikaci NRPZS. *Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb*. [23. 1. 2017] On line dostupný z: <https://eregpublicsecure.ksrzis.cz/Registr/NRPZS/o-aplikaci>

ONDRAČKA, Lubomír, Luboš KROPÁČEK, Tomáš HALÍK, Milan LYČKA a Marek ZEMÁNEK. *Smrt a umírání v náboženských tradicích současnosti*. V Praze: Cesta domů, 2010, 116 s. ISBN 978-80-904516-3-6.

Paliativní péče v České republice 2016 – Situační analýza. *Česká společnost paliativní medicíny*. [16. 1. 2017] On line dostupný z: <http://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/12/situacni-analyza-paliativni-pecce.pdf>

Pečujme o své blízké. *MPSV ČR*. [25. 1. 2017] On line dostupný z: <http://www.mpsv.cz/cs/28608>



PENSON, J. FISCHER, R. *Palliative Care for People with Cancer*. Second Edition. London: Arnold, 1991, 357 s. ISBN 0-340-61-391-2

Podmínky pro poskytování domácí hospicové péče. *Oblastní charita Hradec Králové*. [18. 1. 2017] On line dostupný z: <http://www.charitaKH.cz/nase-strediska/domaci-hospicova-pece/podminky-prijeti-do-domaci-hospicove-pece1/>

Pohyb obyvatelstva – Metodika. *ČSÚ*. [8. 1. 2017] On line dostupný z: <https://www.czso.cz/csu/czso/pohyb-obyvatelstva-metodika>

Portál umírání.cz. *Umírání.cz*. [7. 1. 2017] Dostupný z: <http://www.umirani.cz/>

Poslání asociace. *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče*. [7. 1. 2017] On line dostupný z: <http://asociacehospicu.cz/poslani-asociace/>

Právní rámec pro hospice. *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče*. [19. 1. 2017] On line dostupný z: <http://asociacehospicu.cz/pravni-ramec-pro-hospice/>

Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100. *ČSÚ*. [10. 1. 2017] On line dostupný z: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-do-roku-2100-n-fu4s64b8h4>

Projekce obyvatelstva v krajích ČR do roku 2050. *ČSÚ*. [11. 1. 2017] On line dostupný z: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-v-krajich-cr-do-roku-2050-ua08v25hx9>

Projekt Podpora hospicové paliativní péče v ČR 2017 až 2022. *MZ ČR*. [18. 1. 2017] On line dostupný z: <http://www.dustojnestarnuti.cz/res/archive/015/001742.pdf?seek=1476100672>

Průlom zakotvení hospicové péče do českých norem. *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče*. [19. 1. 2017] On line dostupný z: <http://asociacehospicu.cz/prulom-zakotveni-hospicove-pece-do-ceskych-norem/>

Příspěvek na péči. *MPSV ČR*. [20. 1. 2017] On line dostupný z: <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>

Smrt a péče o umírající. Závěrečná zpráva 2011. *STEM/MARK*. [15. 12. 2016] on line dostupný z: <http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2011.pdf>

SRB, Vladimír. *1000 let obyvatelstva českých zemí*. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2004, 275 s. ISBN 80-246-0712-3.

Statistika zemřelých. *ÚZIS ČR*. [8. 1. 2017] On line dostupný z: <http://www.uzis.cz/registry-nzis/list-prohlidce-zemreleho/statistika-zemrelych>

Strategie rozvoje kraje 2014-2020. *KÚ Královéhradeckého kraje*. [21. 1. 2017] On line dostupný z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/rozvoj-kraje/rozvojove-dokumenty/rozvoj-2014-2020/strategie-rozvoje-kraje-2014--2020-70319/>

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011, 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1.

SVATOŠOVÁ, Marie. *O naději s Marií Svatošovou*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2003, 87 s. ISBN 80-7192-833-X.

Tisková zpráva – 26. 10. 2016. *Česká společnost paliativní medicíny*. [20. 1. 2017] On line dostupný z: [http://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/10/tiskova-zprava-mspp\\_cspm.pdf](http://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/10/tiskova-zprava-mspp_cspm.pdf)

TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2015, 166 s. ISBN 978-80-246-2941-4.

ULRICHOVÁ, Monika. *Hledání smyslu ve smrti a umírání: zdravotně sociální aspekty konce života v perspektivě existenciální analýzy*. Ostrava: Moravapress, 2014, 168 s. ISBN 978-80-87853-21-4.

Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II. Závěrečná zpráva 2013. *STEM/MARK*. [16. 12. 2016] On line dostupný z: <http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2013.pdf>

ÚZIS ČR. *Zemřelí 2015*. 1. Praha: ÚZIS ČR, 2016, 149 s. ISBN 978-80-7472-157-1.

Ústava ČR, Listina základních práva a svobod

Vize a cíle ČSPM. *Česká společnost paliativní medicíny*. [7. 1. 2017] On line dostupný z: <http://www.paliativnimedicina.cz/cspm/>

Vyhláška č. 505/2006 Sb., k provedení zákona o sociálních službách

Vyplňování listu o prohlídce zemřelého. ÚZIS ČR. [8. 1. 2017] On line dostupný z: <http://www.uzis.cz/registry-nzis/list-prohlidce-zemreleho>

Výroční zprávy 2010 až 2014. *Domácí hospic Duha, o, p, s.,* [3. 2. 2017] On line dostupný z: <http://www.hospic-horice.cz/vyrocnizpravy-sdruzeni/>

Výroční zprávy 2010 až 2015. *Oblastní charita Červený Kostelec*. [3. 2. 2017] On line dostupný z: <http://www.hospic.cz/vyrocnizpravy.html>

Výroční zprávy 2010 až 2015. *Oblastní charita Trutnov*. [3. 2. 2017] On line dostupný z: <http://trutnov.charita.cz/kdo-jsme-a-nase-poslani/vyrocnizpravy/>

Výroční zprávy 2013 až 2015. *Oblastní charita Hradec Králové*. [3. 2. 2017] On line dostupný z: <http://www.charitaKH.cz/o-nas-1/vyrocnizpravy1/>

Výroční zprávy 2014 až 2015. *Domácí hospic Setkání, o. p. s.* [4. 2. 2017] On line dostupný z: <http://hospicrychnov.cz/vyrocnizprava>

VZP pro rok 2017 výrazně rozšíří počet mobilních hospiců, v nichž bude hradit péči. VZP. [20. 1. 2017] On line dostupný z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/vzp-pro-rok-2017-vyrazne-rozsiri-pocet-mobilnich-hospicu-v-nichz-bude-hradit-peci>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Zákon č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě

Zdravotnická ročenka České republiky 2007 až 2015. ÚZIS ČR. [15. 1. 2017] On line dostupný z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-1961-az-2013>

Zdravotnická ročenka Královéhradeckého kraje 2007 až 2013. ÚZIS ČR. [15. 1. 2017] On line dostupný z: <http://www.uzis.cz/cr-kraje/kraje/kralovehradecky-kraj>

### **Další datové zdroje**

Časové řady za oblast demografie. ČSÚ. Hradec Králové. 11. 12. 2016

Demografická databáze. ČSÚ. Hradec Králové. 20. 11. 2016

Statistická data Domácí hospicové péče v Hradci Králové. Domácí hospicová péče Oblastní charity v Hradci Králové. 20. 2. 2017

### **Informace získané osobním kontaktem**

BENEŠOVÁ, Jarmila, Ing. Vedoucí oddělení informačních služeb a správy registrů krajské správy Českého statistického úřadu v Olomouci. Konzultace k problematice srovnatelnosti příčiny a místa úmrtí v demografických statistikách. Praha. 15. 11. 2016

ČERNÁ, Pavlína, Bc. Psychoterapeutka a pracovnice Poradny domácí hospicové péče Oblastní charity v Hradci Králové. Konzultace k současnému vývoji mobilní hospicové péče. Hradec Králové. 20. 2. 2017.

TRÁVA, Jiří. Vedoucí oddělení komunikace a vztahů s veřejností Ústavu zdravotnických informací a statistiky v Praze. Konzultace k žádosti o export dat z Národního zdravotnického informačního systému. Praha. 15. 1. 2017.

VARMUŽOVÁ, Věra, Ing. Vedoucí oddělení informačních služeb a správy registrů krajské správy Českého statistického úřadu v Hradci Králové. Konzultace k problematice srovnatelnosti statistických dat v oblasti demografie v dlouhodobé časové řadě. Hradec Králové. 10. 12. 2016

## Příloha A Zemřelí v České republice v letech 2007 až 2015

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Stav obyvatel k 31.12.</b>	<b>10 381 130</b>	<b>10 467 542</b>	<b>10 506 813</b>	<b>10 532 770</b>	<b>10 505 445</b>	<b>10 516 125</b>	<b>10 512 419</b>	<b>10 538 275</b>	<b>10 553 843</b>
v tom ve věku:									
0	114 410	119 914	118 609	117 456	108 753	108 692	106 829	109 943	110 777
1 - 4	401 835	423 278	445 936	462 079	481 937	473 008	459 433	447 126	439 417
5 - 9	454 698	460 464	470 960	485 064	497 702	522 828	551 324	574 904	591 957
10 - 14	505 980	476 351	458 865	453 543	452 849	455 768	459 869	469 072	481 565
15 - 19	646 427	637 248	615 991	582 650	541 105	510 265	479 874	463 083	458 003
20 - 24	699 734	707 501	700 740	692 009	671 462	660 086	645 014	623 989	590 522
25 - 29	808 152	784 613	758 921	746 496	721 200	711 493	704 759	696 939	690 104
30 - 34	933 399	942 504	927 504	896 386	847 314	813 113	776 816	749 002	736 368
35 - 39	743 224	794 216	845 964	888 932	918 039	936 824	934 397	917 230	885 086
40 - 44	712 886	707 996	700 861	704 892	718 925	745 793	788 383	838 729	880 941
45 - 49	641 799	654 498	679 938	696 681	705 709	710 290	699 388	692 290	696 832
50 - 54	751 234	730 952	700 751	672 545	649 679	634 324	642 764	668 093	685 062
55 - 59	770 281	764 448	761 690	754 341	745 595	730 876	709 023	680 114	653 439
60 - 64	684 237	707 407	721 200	743 870	743 740	735 147	729 002	727 355	721 358
65 - 69	473 794	505 988	537 277	552 120	595 116	635 869	657 256	671 051	692 992
70 - 74	362 952	363 332	367 737	383 827	402 749	423 602	452 772	482 043	495 189
75 - 79	327 542	324 966	320 822	313 367	307 188	301 966	303 467	308 614	323 695
80 - 84	223 609	225 163	227 014	231 966	234 820	238 033	237 196	236 599	232 005
85 - 89	96 575	110 302	117 447	121 775	124 404	126 082	128 160	131 259	135 023
90 - 94	21 891	19 548	21 415	25 884	31 495	36 938	42 044	45 374	47 086
95 +	6 471	6 853	7 171	6 887	5 664	5 128	4 649	5 466	6 422
v tom ve věku:									
0 - 14	1 476 923	1 480 007	1 494 370	1 518 142	1 541 241	1 560 296	1 577 455	1 601 045	1 623 716
15 - 64	7 391 373	7 431 383	7 413 560	7 378 802	7 262 768	7 188 211	7 109 420	7 056 824	6 997 715
65 +	1 512 834	1 556 152	1 598 883	1 635 826	1 701 436	1 767 618	1 825 544	1 880 406	1 932 412
Průměrný věk	40,3	40,5	40,6	40,8	41,1	41,3	41,5	41,7	41,9
Index stáří (65+ / 0 - 14 v %)	102,4	105,1	107,0	107,8	110,4	113,3	115,7	117,4	119,0
<b>Zemřelí celkem</b>	<b>104 636</b>	<b>104 948</b>	<b>107 421</b>	<b>106 844</b>	<b>106 848</b>	<b>108 189</b>	<b>109 160</b>	<b>105 665</b>	<b>111 173</b>
v tom ve věku:									
0	360	338	341	313	298	285	265	263	272
z toho do 28 dní	235	217	194	196	186	175	151	172	165
1 - 4	83	71	76	88	77	68	66	65	62
5 - 9	45	41	50	47	41	48	51	53	50
10 - 14	73	71	72	60	54	57	37	40	52
15 - 19	252	255	210	209	210	188	185	165	129
20 - 24	423	385	389	382	381	303	334	283	290
25 - 29	517	490	408	419	376	369	394	359	365
30 - 34	634	691	681	588	590	585	522	465	445
35 - 39	834	781	858	842	886	907	839	794	826
40 - 44	1 284	1 308	1 236	1 203	1 173	1 167	1 141	1 167	1 208
45 - 49	1 950	1 962	1 972	1 935	1 881	1 872	1 876	1 772	1 708
50 - 54	4 063	3 923	3 676	3 486	3 215	2 907	2 730	2 660	2 720
55 - 59	6 822	6 659	6 336	6 143	5 993	5 697	5 288	4 799	4 471
60 - 64	8 913	9 210	9 281	9 426	9 327	9 098	8 832	8 282	8 341
65 - 69	8 903	9 343	10 162	10 396	10 848	11 422	12 124	11 762	12 080
70 - 74	11 361	10 790	10 659	10 698	10 933	11 441	12 070	12 198	13 553
75 - 79	16 691	16 025	15 998	15 162	14 423	13 915	13 657	13 041	13 550
80 - 84	19 788	19 643	19 686	19 393	19 271	19 223	18 978	17 788	18 519
85 - 89	13 394	15 346	17 648	17 898	17 900	18 387	18 400	17 645	18 904
90 - 94	6 103	5 267	5 121	5 713	6 770	8 115	9 442	10 257	11 299
95 +	2 143	2 349	2 561	2 443	2 201	2 135	1 929	1 807	2 329
v tom ve věku:									
0 - 14	561	521	539	508	470	458	419	421	436
15 - 64	25 692	25 664	25 047	24 633	24 032	23 093	22 141	20 746	20 503
65 +	78 383	78 763	81 835	81 703	82 346	84 638	86 600	84 498	90 234
Zemřelí na 1000 obyvatel	10,1	10,1	10,2	10,2	10,2	10,3	10,4	10,0	10,5
Novorozenecká úmrtnost	2,1	1,8	1,6	1,7	1,7	1,6	1,4	1,6	1,5
Kojenecká úmrtnost	3,1	2,8	2,9	2,7	2,7	2,6	2,5	2,4	2,5
Muži									
Naděje dožití při narození	73,67	73,96	74,19	74,37	74,69	75,00	75,23	75,78	75,82
Naděje dožití ve věku 60 roků	18,38	18,54	18,59	18,69	18,94	19,09	19,21	19,59	19,58
Ženy									
Naděje dožití při narození	79,90	80,13	80,13	80,60	80,74	80,88	81,13	81,69	81,45
Naděje dožití ve věku 60 roků	22,31	22,56	22,52	22,91	23,02	23,11	23,28	23,78	23,51

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Zemřeli podle příčiny úmrtí</b>									
<b>Celkem</b>									
I. Některé infekční a parazitární nemoci (A00 - B99)	689	931	1 122	1 029	1 358	1 617	1 539	1 737	1 978
II. Novotvary (C00 - D48)	27 709	27 981	28 064	28 222	27 539	27 683	27 449	27 603	27 407
zhoubné novotvary (C00 - C97)	27 359	27 571	27 680	27 834	27 171	27 334	27 084	27 050	26 852
zhoubný novotvar žaludku (C16)	1 217	1 191	1 216	1 246	1 092	1 133	1 100	1 099	1 040
zhoubný novotvar tlustého střeva (C18)	2 280	2 280	2 274	2 258	2 112	2 143	2 101	2 037	2 074
zhoubné novotvary konečníku (C20)	1 048	1 066	1 008	1 025	991	988	919	956	968
zhoubný novotvar průdušky a plic	5 460	5 402	5 446	5 554	5 582	5 586	5 411	5 246	5 249
zhoubný novotvar prsu (C50)	1 696	1 674	1 622	1 676	1 740	1 702	1 713	1 591	1 623
zhoubný novotvar mizní, krvetvorné a příbuzné tkáně (C81 - C96)	1 708	1 738	1 749	1 712	1 861	1 849	1 862	1 874	1 824
III. Nemoci krve, krvetvorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity (D50 - D89)	111	137	139	131	155	175	204	205	237
IV. Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek (E00 - E90)	2 623	2 211	2 171	2 188	2 794	2 692	4 286	4 090	4 491
V. Poruchy duševní a poruchy chování (F00 - F99)	216	235	160	222	936	962	1 186	1 210	1 491
VI. Nemoci nervové soustavy (G00 - G99)	1 255	1 278	1 089	1 064	2 132	2 522	2 601	2 664	3 019
VII. Nemoci oka a očních adnex (H00 - H59)	-	-	-	-	-	1	-	1	2
VIII. Nemoci ucha a bradavkového výběžku (H60 - H95)	2	1	1	-	1	2	3	3	4
IX. Nemoci oběhové soustavy (I00 - I99)	52 464	52 280	54 100	53 590	52 725	53 046	51 731	48 627	50 969
infarkt myokardu (I21 - I23)	6 667	6 789	6 677	6 439	6 774	6 514	6 389	5 476	4 984
ostatní formy ischemické choroby srdeční (I20, I24, I25)	19 611	19 055	19 088	18 739	19 965	20 379	21 547	20 563	21 675
cévní nemoci mozku (I60 - I69)	11 640	11 685	12 192	11 567	10 803	10 669	10 316	9 410	9 586
X. Nemoci dýchací soustavy (J00 - J99)	5 715	5 736	6 393	6 151	5 690	5 882	6 833	6 210	7 478
záněty plic (J12 - J18)	2 820	2 859	3 189	3 262	2 336	2 484	2 241	2 258	2 664
XI. Nemoci trávicí soustavy (K00 - K93)	4 747	4 743	4 809	4 664	4 531	4 491	4 607	4 474	4 659
XII. Nemoci kůže a podkožního vaziva (L00 - L99)	49	81	75	98	170	177	137	173	179
XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně (M00 - M99)	63	85	61	61	146	212	173	199	241
XIV. Nemoci močové a pohlavní soustavy (N00 - N99)	1 252	1 272	1 251	1 454	1 216	1 366	1 165	1 220	1 412
XV. Těhotenství, porod a šestinedělí (O00 - O99)	3	7	3	3	2	6	1	4	2
XVI. Některé stavy vzniklé v perinatálním období (P00 - P96)	185	201	189	171	170	152	138	143	151
XVII. Vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality (Q00 - Q99)	164	145	142	135	156	167	183	166	156
XVIII. Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde (R00 - R99)	1 309	1 537	1 706	1 652	1 154	1 180	1 326	1 222	1 485
XX. Vnější příčiny nemocnosti a úmrtí (V01 - Y98)	6 080	6 087	5 946	6 009	5 973	5 856	5 598	5 714	5 812
dopravní nehody (V01 - V99)	1 248	1 167	1 026	907	871	813	760	786	811
sebevraždy (X60 - X84)	1 375	1 379	1 464	1 502	1 589	1 647	1 573	1 488	1 384

Zdroj: ČSÚ

## Příloha B Zemřelí v Královéhradeckém kraji v letech 2007 až 2015

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Stav obyvatel k 31.12.</b>	<b>552 212</b>	<b>554 520</b>	<b>554 402</b>	<b>554 803</b>	<b>553 856</b>	<b>552 946</b>	<b>551 909</b>	<b>551 590</b>	<b>551 421</b>
v tom ve věku:									
0	6 100	6 248	6 259	6 016	5 425	5 447	5 435	5 489	5 562
1 - 4	21 122	22 188	23 329	24 147	24 963	24 113	23 244	22 390	21 860
5 - 9	24 619	24 778	25 002	25 559	26 211	27 524	28 828	30 027	30 625
10 - 14	27 526	26 014	25 221	24 902	24 842	24 705	24 769	24 996	25 510
15 - 19	34 515	34 121	32 904	31 358	29 282	27 779	26 102	25 330	25 099
20 - 24	36 682	36 721	36 343	35 805	35 211	34 777	34 214	33 058	31 465
25 - 29	41 109	39 319	37 885	37 344	36 383	35 900	35 554	35 095	34 618
30 - 34	48 098	48 189	46 598	44 618	41 793	39 599	37 511	36 038	35 517
35 - 39	38 954	41 266	43 660	45 473	46 925	47 554	47 198	45 585	43 647
40 - 44	36 342	36 139	35 901	36 271	37 402	38 765	40 862	43 246	45 019
45 - 49	32 792	33 289	34 296	35 241	35 938	36 122	35 732	35 566	35 952
50 - 54	40 251	38 783	36 797	34 757	33 319	32 426	32 866	33 972	34 878
55 - 59	42 068	41 654	41 581	40 942	40 413	39 275	37 880	36 058	34 136
60 - 64	37 797	38 953	39 500	40 948	40 888	40 389	40 015	39 967	39 485
65 - 69	25 259	27 270	29 236	30 441	32 942	35 461	36 539	37 154	38 490
70 - 74	20 262	20 025	20 042	20 791	21 658	22 655	24 536	26 425	27 540
75 - 79	18 796	18 712	18 452	17 753	17 359	16 977	16 831	16 983	17 681
80 - 84	12 878	13 065	13 191	13 584	13 688	13 861	13 773	13 702	13 279
85 - 89	5 402	6 258	6 599	6 977	7 104	7 264	7 438	7 671	8 043
90 - 94	1 247	1 112	1 168	1 451	1 798	2 068	2 323	2 533	2 659
95 +	393	416	438	425	312	285	259	305	356
v tom ve věku:									
0 - 14	79 367	79 228	79 811	80 624	81 441	81 789	82 276	82 902	83 557
15 - 64	388 608	388 434	385 465	382 757	377 554	372 586	367 934	363 915	359 816
65 +	84 237	86 858	89 126	91 422	94 861	98 571	101 699	104 773	108 048
Průměrný věk	40,7	40,9	41,1	41,3	41,5	41,8	42,0	42,3	42,5
Index stáří (65+ / 0 -14 v %)	106,1	109,6	111,7	113,4	116,5	120,5	123,6	126,4	129,3
<b>Zemřelí celkem</b>	<b>5 586</b>	<b>5 526</b>	<b>5 911</b>	<b>5 553</b>	<b>5 748</b>	<b>5 825</b>	<b>5 918</b>	<b>5 614</b>	<b>5 836</b>
v tom ve věku:									
0	18	12	9	16	14	18	11	13	10
z toho do 28 dní	13	9	4	9	7	10	5	10	7
1 - 4	2	4	2	3	4	3	4	-	5
5 - 9	2	3	1	3	2	2	3	1	2
10 - 14	3	3	-	1	1	3	2	3	4
15 - 19	7	6	14	14	5	12	8	7	9
20 - 24	14	21	21	17	20	24	15	16	19
25 - 29	25	25	22	16	15	9	9	21	19
30 - 34	39	22	33	32	26	27	36	24	17
35 - 39	47	35	36	40	38	39	48	39	35
40 - 44	61	63	60	53	65	51	62	47	56
45 - 49	88	86	89	87	85	72	78	83	66
50 - 54	172	188	170	149	149	112	103	108	134
55 - 59	305	312	302	291	280	289	222	233	209
60 - 64	421	462	476	469	449	455	416	439	431
65 - 69	494	474	540	515	569	602	653	596	626
70 - 74	606	569	567	541	574	630	600	610	681
75 - 79	874	891	851	819	806	789	730	667	686
80 - 84	1 140	1 115	1 178	1 131	1 119	1 035	1 151	1 036	1 000
85 - 89	791	815	1 072	924	989	1 063	1 085	1 000	1 049
90 - 94	366	288	318	297	397	465	579	578	652
95 +	111	132	150	135	141	125	103	93	126
v tom ve věku:									
0 - 14	25	22	12	23	21	26	20	17	21
15 - 64	1 179	1 220	1 223	1 168	1 132	1 090	997	1 017	995
65 +	4 382	4 284	4 676	4 362	4 595	4 709	4 901	4 580	4 820
Zemřelí na 1000 obyvatel	10,1	10,0	10,7	10,0	10,4	10,5	10,7	10,2	10,6
Novorozenecká úmrtnost	2,1	1,4	0,6	1,5	1,3	1,8	0,9	1,8	1,3
Kojenecká úmrtnost	2,9	1,9	1,4	2,7	2,6	3,3	2,0	2,4	1,8
<b>Muži</b>									
Naděje dožití při narození	74,81	75,02	75,11	75,24	75,47	75,63	75,88	76,19	76,64
Naděje dožití ve věku 60 roků	18,90	19,03	19,04	19,02	19,26	19,40	19,42	19,72	20,22
<b>Ženy</b>									
Naděje dožití při narození	80,05	80,44	80,57	80,78	81,33	81,48	81,56	81,84	81,89
Naděje dožití ve věku 60 roků	22,36	22,60	22,69	23,02	23,49	23,49	23,55	23,61	23,68

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Zemřeli podle příčiny úmrtí</b>									
Celkem									
I. Některé infekční a parazitární nemoci (A00 - B99)	53	49	76	63	61	109	83	87	96
II. Novotvary (C00 - D48)	1 445	1 509	1 492	1 523	1 447	1 416	1 470	1 434	1 469
zhoubné novotvary (C00 - C97)	1 430	1 483	1 479	1 505	1 425	1 391	1 449	1 406	1 437
zhoubný novotvar žaludku (C16)	66	66	50	72	62	55	61	64	48
zhoubný novotvar tlustého střeva (C20 - C22)	108	117	130	119	105	119	104	95	122
zhoubné novotvary konečníku (C20 - C21)	46	48	58	48	54	43	46	51	55
zhoubný novotvar průdušky a plic (C34)	296	309	288	298	281	266	295	260	278
zhoubný novotvar prsu (C50)	99	95	80	81	80	87	96	75	87
zhoubný novotvar mizní, krvetvorné	78	99	104	89	103	109	109	101	101
III. Nemoci krve, krvetvorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity (D50 - D89)	7	9	9	5	6	10	6	9	7
IV. Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek (E00 - E90)	107	103	113	104	118	128	204	172	192
V. Poruchy duševní a poruchy chování (F00 - F99)	8	7	4	4	57	53	84	73	101
VI. Nemoci nervové soustavy (G00 - G99)	71	42	34	48	98	137	121	131	124
VII. Nemoci oka a očních adnex (H00 - H59)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VIII. Nemoci ucha a bradavkového výběžku (H60 - H95)	-	-	-	-	-	-	1	-	-
IX. Nemoci oběhové soustavy (I00 - I99)	2 937	2 843	3 145	2 811	2 890	2 903	2 909	2 742	2 770
infarkt myokardu (I21 - I23)	395	348	340	316	308	254	254	237	218
ostatní formy ischemické choroby srdeční	941	997	1 109	969	991	1 005	1 102	1 034	1 035
cévní nemoci mozku (I60 - I69)	798	715	779	676	745	673	725	630	608
X. Nemoci dýchací soustavy (J00 - J99)	289	317	370	360	357	392	426	285	377
záněty plic (J12 - J18)	126	152	161	185	149	153	130	117	124
XI. Nemoci trávicí soustavy (K00 - K93)	212	192	182	188	197	176	176	175	195
XII. Nemoci kůže a podkožního vaziva (L00 - L99)	-	5	6	6	13	11	5	14	-
XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy (M00 - M99)	7	2	2	3	13	10	16	11	16
XIV. Nemoci močové a pohlavní soustavy (N00 - N99)	65	56	59	64	68	70	55	59	52
XV. Těhotenství, porod a šestinedělí (O00 - O99)	-	-	-	1	-	-	-	-	-
XVI. Některé stavy vzniklé v perinatálním období	7	6	2	6	5	3	3	5	8
XVII. Vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality (Q00 - Q99)	11	6	5	8	8	17	4	10	7
XVIII. Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde (R00 - R99)	66	72	81	65	82	68	96	107	124
XX. Vnější příčiny nemocnosti a úmrtí (V01 - Y98)	301	308	331	294	328	322	259	300	298
dopravní nehody (V01 - V99)	55	70	52	56	47	60	40	38	45
sebevraždy (X60 - X84)	82	66	101	75	103	105	76	86	86

Zdroj: ČSÚ



## **Příloha C Příčiny smrti podle desáté revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10)**

- I. Některé infekční a parazitární nemoci (A00 - B99)
- II. Novotvary (C00 - D48)
  - C00 - C97 Zhoubné novotvary
  - C18 ZN tlustého střeva
  - C20 ZN konečníku
  - C32 ZN hrtanu
  - C34 ZN průdušky a plíce
  - C50 ZN prsu
  - C81 - C96 ZN mízní, krevetvorné a příbuzné tkáně
- III. Nemoci krve, krevetvorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity (D50 - D89)
- IV. Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek (E00 - E90)
- V. Nemoci duševní a poruchy chování (F00 - F99)
- VI. Nemoci nervové soustavy (G00 - G99)
- VII. Nemoci oka a očních adnex (H00 - H59)
- VIII. Nemoci ucha a bradavkového výběžku (H60 - H95)
- IX. Nemoci oběhové soustavy (I00 - I99)
  - I21 - I23 Infarkt myokardu
  - I20, I24, I25 Ostatní formy ischemické choroby srdeční
  - I60 - I69 Cévní nemoci mozku
- X. Nemoci dýchací soustavy (J00 - J99)
  - J12 - J18 Záněty plic
- XI. Nemoci trávicí soustavy (K00 - K93)
- XII. Nemoci kůže a podkožního vaziva (L00 - L99)
- XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně (M00 - M99)
- XIV. Nemoci močové a pohlavní soustavy (N00 - N99)
- XV. Těhotenství, porod a šestinedělí (O00 - O99)
- XVI. Některé stavy vzniklé v perinatálním období (P00 - P96)
- XVII. Vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality (Q00 - Q99)
- XVIII. Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde (R00 - R99)
- XIX. Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin (S00 - T98)
- XX. Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti (V01 - Y98)
  - X60 - X84 Sebevraždy

*MKN zkratky: NJ – nezařazený jinde, NS – nespecifikovaný, NÚ – nezjištěný úmysl*

Zdroj: ČSÚ

## **Příloha D Přehled lůžkových hospiců v České republice v roce 2016 (APHPP)**

1. Hospic sv. Zdislavy, Liberec
2. Hospic sv. Štěpána, Litoměřice
3. Hospic v Mostě, Most
4. Nemocnice pod Petřínem, paliativní odd., Praha
5. Hospic Štrasburk, Praha
6. Hospic Malovická, Praha
7. Hospic Dobrého Pastýře, Čerčany
8. Hospic sv. Jana N. Neumanna, Prachatice
9. Hospic Chrudim, Chrudim
10. Hospic Anežky České, Červený Kostelec
11. Hospic sv. Alžběty, Brno
12. Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad
13. Hospic na Sv. Kopečku, Olomouc
14. Hospic Citadela, Valašské Meziříčí
15. Hospic Frýdek-Místek, Frýdek-Místek
16. Hospic sv. Lukáše, Ostrava
17. Hospic sv. Lazara, Plzeň

Zdroj: APHPP

**Příloha E Přehled mobilních hospiců v Královéhradeckém kraji v roce 2016  
(vlastní šetření)**

1. Mobilní hospic Anežky České Červený Kostelec (založen 2010)
2. Domácí hospic Duha, o.p.s. Hořice (založen 2010)
3. Domácí hospicová péče Oblastní charita Trutnov (založena 2010)
4. Domácí hospicová péče Oblastní charita Hradec Králové (založena 2013)
5. Domácí hospic Setkání, o.p.s. Rychnov nad Kněžnou (založen 2013)
6. Domácí hospic Duha, o.p.s. Vrchlabí (založen 2016)

Zdroj: Vlastní šetření