DOI: 10.35191/medsoft_2026_1_38_hyxova

DATOVÝ MODEL DOMÁCÍ A KOMUNITNÍ PÉČE JAKO ZÁKLAD PRO SEKUNDÁRNÍ KLASIFIKACI PACIENTŮ A ÚHRADOVÝ MECHANISMUS

Jana Hyxová, Michaela Zímová, Miroslav Zvolský

Abstrakt

Komunitní péče v České republice: proč potřebujeme lépe znát její náročnost?

Projekt KOMPAS – Domácí a komunitní ošetřovatelská péče – představuje první systematický pokus o vytvoření datového základu pro objektivní popis, klasifikaci a financování domácí péče v České republice. Projekt je financován Ministerstvem zdravotnictví ČR v rámci Programu domácí péče (Home Care Programme) díky podpoře Programu švýcarskočeské spolupráce z Druhého švýcarského příspěvku.

Cílem projektu je prostřednictvím standardizovaného sběru klinických a procesních dat vytvořit profilaci pacientů v domácí péči a následně na jejím základě vyvinout sekundární klasifikaci pacientů založenou na principech *casemix modelů*. Sběr dat probíhá prostřednictvím resortních registrů eREG, které jsou součástí Národního zdravotnického informačního systému (NZIS) spravovaného ÚZIS ČR. Pilotní sběr dat byl zahájen 16. 3. 2026 a bude probíhat po dobu dvou let.

Současně vzniká robustní datová základna s dostatečným rozsahem, umožňující tvorbu prediktivních modelů a validaci jednotlivých faktorů nákladové náročnosti. První dílčí výstupy budou prezentovány již na konferenci CZ-DRG v říjnu 2026.

Metodologie projektu vychází z předpokladu, že nákladovou náročnost domácí péče nevysvětlují primárně diagnózy, ale faktory jako úroveň soběstačnosti (ADL), kognitivní stav, přítomnost kožních defektů, invazivních vstupů, polymorbidita či role neformálního pečujícího. Klinické faktory budou následně propojeny s procesními daty, které poslouží jako relativní srovnání klinického profilu pacienta vůči skutečně poskytnuté péči.

Na základě kombinace klinických a procesních dat dojde k vytvoření homogenních skupin pacientů s obdobnou spotřebou zdrojů a následně grouper, který umožní predikci očekávané nákladovosti péče dle klinického profilu pacienta. Projekt tímto zásadně reaguje na demografické trendy stárnoucí populace a potřebu dlouhodobé péče poskytované v domácím prostředí.

Projekt je v aktivní fázi sběru dat, a proto zatím nejsou k dispozici finální analytické výstupy. Příspěvek se zaměří na metodiku, strukturu datového modelu, klíčové faktory ovlivňující nákladovou náročnost a plánovaný postup zpracování dat po dokončení pilotní fáze. Součástí bude také první náhled na dosavadní zkušenosti ze sběru dat.

Klíčová slova

domácí a komunitní péče, data, úhradový model, case-mix

1 Úvod

Tento text se zabývá domácí péčí, která v českém prostředí zahrnuje ošetřovatelskou zdravotní péči prováděnou ve vlastním sociálním prostředí pacienta, typicky agenturami domácí péče, jež je hrazena veřejným zdravotním pojištěním. Lze ji zařadit so širšího pole komunitní péče, ke které se stále častěji obrací pozornost, včetně té zahraniční, a to z mnoho důvodů (substituční efekt lůžkové péče, dlouhodobé stárnutí populace, odlišný diskurs preferencí pacienta aj.). Proto se stává oblastí vyžadující systematickou pozornost z hlediska dostupnosti, efektivity a s tím souvisejícího financování.

2 Současný stav: výkaznictví, racionalita změny, projekt KOMPAS

K datu, ke kterému byl tento příspěvek psán (září 2026), 2026), byly úhrady péče o pacienty domácí péče (dále odb. 925) postaveny na hrazení jednotlivě provedených a následně vykázaných výkonů. Základem je výkon „Ošetřovací návštěva" typu I až IV. Pokud je u pacienta provedeno něco nad rámec návštěvy, řeší se to doplňujícím vykazováním konkrétních výkonů ze Seznamu zdravotních výkonů (SZV), například péče o ránu dle velikosti, péče o stomie nebo aplikace léčiva. Ty jsou hrazeny nad rámec základního výkonu. SZV rozlišuje čtyři typy návštěv, a to do 15, 30, 45 a 60 minut, přičemž je lze provést až třikrát denně.

Název výkonu	Číslo výkonu	Doba trvání	Omezení frekvencí	Bodová hodnota
Ošetřovací návštěva domácí péče typ I.	06313	30 minut	3/1 den	311
Ošetřovací návštěva domácí péče typ II.	06315	45 minut	3/1 den	466
Ošetřovací návštěva domácí péče typ III.	06317	60 minut	3/1 den	622
Ošetřovací návštěva domácí péče typ IV.	06318	15 minut	3/1 den	155

Tabulka 1 – zdroj: Seznam Zdravotních výkonů, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2026

2.1 Změna

Základním motorem změny ve výkaznictví míří na mechanismus úhrad, neboť stávající systém založený na vykazování jednotlivých poskytnutých výkonů a časových kategorií návštěv výši úhrady systematicky nediferencuje podle náročnosti pacienta. Takové nastavení může nedostatečně zachycovat rozdíly ve spotřebě zdrojů mezi pacienty s odlišnou klinickou náročností péče.

I z hlediska obecného trendu stárnutí populace je nutné pokusit se nastavit adekvátní systém financování segmentu, aby byl umožněn jeho rozvoj, například v kapacitní oblasti. Nově je diskutována také například kompetence praktických sester k samostatnému výkonu péče v terénu, která je dosud výrazně omezena. Zmíněné důvody posilují důvody k nastavení incentiv tímto směrem: adekvátně nastavenými úhradami, které by motivovaly k péči i o závažnější případy, což by současně mohlo podpořit efektivnější alokaci veřejných prostředků a dostupnost péče pacientům s vyšší náročností.

2.2 Projekt KOMPAS

Do takového kontextu vstupuje projekt KOMPAS, realizovaný Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví, díky kterému bylo možné, a zejména nutné, provést pilotní mapování segmentu s cílem zachytit „snímek" domácí péče: klientů, procesní linky – tedy intervencí (práce, jež je prováděna a která SZV a datech z výkaznictví zůstává „neviditelnou"), délky péče, komplikací u pacienta, ale i environmentálních faktorů, včetně rodinné situace, které mohou práci ztěžovat.

Na tomto základě – spolu s vývojem adekvátní datové struktury, jež by mnohovrstevnatou realitu péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta dokázala zachytit, usiluje projekt dále o vytvoření klasifikačního schématu postaveném na taxonomickém větvení pacientů dle náročnosti, tedy odhadované spotřebě zdrojů vztažené nejen ke klinickému profilu pacienta, ale i k environmentálním a sociálním faktorům, jež mohou být, řečeno jinými slovy, „sociálními výzvami".

3 Dosavadní data

Data, která byla do roku 2025 k dispozici o pacientech domácí péče, pocházela z dat výkaznictví zdravotním pojišťovnám (databáze ÚZIS, Národní registr hrazených zdravotních služeb: NRHZS). Jejich předmětem byly zmíněné typy ošetřovatelské návštěvy, hlavní, případně vedlejší diagnózy pacienta, jeho věk a identifikace poskytovatele. Přesnost hlavní diagnózy zůstává přitom v odhadu problematická, neboť ji stanovil praktický lékař indikující domácí péči, případně odesílající nemocniční lékař. Z těchto dat bylo možné odvodit například věk pacientů, délku a frekvenci poskytované péče a jejich diagnostické zařazení, odhad specifičtější typizace nikoli.

Z dat ÚZIS bylo možné číst specifické rozložení délky péče, v podobě U**-shaped** distribuce: extrémně krátké případy stály v kontrastu s extrémně dlouhými, zatímco středně dlouhé případy tvořily nízkou část souboru, a to bez jednoznačného vysvětlení daného jevu. Diagnostické skupiny rovněž neposkytovaly jasné vodítko k vysvětlení délky případu, diagnóza I10 se například objevila až v polovině případů. Z dat o výkonech jsme naopak viděli převažující péči zaměřenou na ošetření ran, aplikaci léčiv či méně času péči o vývody či vstupy, proto ani zde jsme nemohli odhadnout, do jaké míry jsou tato data přesná.

Na takové bázi nebylo možné budovat jednoznačné doporučení, které by usilovalo o reformu úhradového systému.

4 Zahraniční modely

Case-mixové (a tedy primárně nevýkonové) a jiné klasifikační přístupy pro podporu financování či alokace zdrojů v komunitních a dlouhodobých službách byly rozvíjeny například v Kanadě, Austrálii, na Novém Zélandu a v USA (např. v Loggie, 2021; Eagar et. al., 2020). Fungují na kombinaci různorodých charakteristik pacienta, reflektující komplexní klinický obraz, podle nějž lze predikovat očekávanou spotřebu zdrojů zdravotní péče. Jejich klasifikační mechanismy nejsou primárně opřeny o hlavní diagnózu a přidruženém výkonu (jak je tomu u systému DRG), ale využívají variaci klinických, procesních a environmentálních faktorů (Björkgren et. al., 2000; Hirdes 2008; Topinková et. al., 1999, Koller et. al., 2014).

Inspirací při uvažování nad mechanismy klasifikačního systému byly zahraniční modely zejména přístupem, jehož klasifikace není konstruována primárně na diagnóze. Důvodem může být vysoká míra polymorbidity populace využívající komunitní ošetřovatelské služby.

V systematických studiích zaměřených na vysvětlení variability mezi skupinami a uvnitř nich byly naopak mezi klíčové faktory diskutována úroveň soběstačnosti pacienta (*Activites of Daily Living; ADL*: mobilita, inkontinence, paměť orientace, případně instrumentální aktivity denního života), kognitivní funkce, behaviorální poruchy, environmentální faktory (například přítomnost druhé, neformálně pečující osoby), případně kontinuální intravenózní medikace či potřeba specializovaných zdravotních intervencí (Björkgren el. al., 2000) Hammar et. al., 2008).

Přesto i v uvedených zahraničních systémech má diagnostické zařazení pacienta své místo. Podstatné může být například u muskuloskeletálních, onkologických, neurodegenerativních či onemocnění.

5 Sběr dat a validita

Před konkrétním návrhem klasifikačního modelu bylo nutné provést podrobné zmapování českého prostředí domácí péče, abychom nezůstali na úrovni spekulací a předpokladů a dohlédli dál než za data dostupná z NRHZS. V lednu 2026 byla finalizována datová struktura (model je přesto živý a kontinuálně ve vývoji), a to i pro odbornosti 926 a 913, a byla převedena do resortních registrů eREG, které jsou součástí Národního zdravotnického informačního systému (NZIS) spravovaného ÚZIS ČR. Dne 16. 3. 2026 byl odstartován sběr dat se zapojením jednotlivých poskytovatelů domácí zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, plánovaný na dva roky.

Projekt následně zahájil první testy validity datových záznamů v opakovaných měsíčních intervalech, které kontinuálně prokazují míru validity v rozmezí 71–79 % u odb. 925. K datu 17. 8. 2026 bylo v systému evidováno 10 088 případů péče, 7 986 pacientů a 176 185 návštěv, tedy soubor dostatečného rozsahu pro start pilotních analýz.

Validační pravidla byla nastavena s ohledem na to, aby byla k dispozici klinická a procesní hodnota poskytnutých informací. Řečeno jinými slovy, prvním filtrem validity prošel případ, u něhož byly evidovány základní klinické údaje (diagnostická skupina, úroveň soběstačnosti měřená jako *activities of daily living*, hodnocení orientace). Druhý filtr zachytil případy, které měly souběžně evidovánu procesní rovinu péče, tedy obsahovaly návštěvy s provedenými ošetřovatelskými intervencemi.

Na datech, která testem validity prošla, byly provedeny prvotní analýzy zaměřené zejména na základní mapping a deskriptivní popis zkoumané populace dle diagnostického zařazení, míry komorbidit, kombinací diagnóz, zastoupení dle pohlaví, věkové distribuce a přidružených klinických charakteristik, jako je úroveň ADL, přítomnost léze či kognice, případně environmentální faktory.

6 První výsledky

Oproti datům, která byla do té doby k dispozici ze segmentu 925, především z výkaznictví zdravotním pojišťovnám, získal tým projektu KOMPAS detailnější vhled do klinického obrazu pacientů domácí péče. V prvotní analýze na validním souboru tvořili pacienti ve věku 70 let a více 77 %, z toho 56 % bylo ženského pohlaví a u 51 % byla evidována tři a více onemocnění. Výsledky ukazují široké spektrum onemocnění, a to od chronických kardiovaskulárních onemocnění, ischemické choroby dolních končetin, diabetu, kožních a urologických onemocnění, demence a zhoubných novotvarů až po poúrazové a pooperační stavy či neurodegenerativní a psychiatrická onemocnění.

Jedná se tedy o specifickou populaci, která se vyznačuje silnou variabilitou potřeb, jejich předmětu a cílů, intenzity, či souhrnně řečeno náročnosti. Taková realita ztěžuje jednoznačnou typizaci pacientů do homogenních skupin, tedy systém třídění, kterým se řídí zahraniční modely cílící na zefektivnění financování daného segmentu při nastavování úhradových mechanismů.

Ty, jak bylo uvedeno, počítají s heterogenní skupinou pacientů s variací diagnostických skupin a komorbidit, u nichž nelze pouze na základě zařazení do diagnostické skupiny predikovat finanční náročnost péče. V některých případech však mohou být pro náročnost péče významné konkrétní klinické stavy či potřeby, například dlouhodobá domácí umělá plicní ventilace, terminální stav, léčba zahrnující dialýzu nebo neurodegenerativní onemocnění.

Datový model diagnostické zařazení proto přesto zachovává, současně však pracuje s konceptem „ošetřovatelských diagnóz" s cílem zachycení stavu pacienta osobou, která je mu „nejblíže",

tedy ošetřujícího pracovníka, jenž je s ním ze zdravotního hlediska v nejužším kontaktu. Předpokladem zůstává, že některé diagnózy intenzitu péče přesto mohou predikovat.

Přesto význam samostatných diagnóz coby prvků určujících směr a charakter péče může být, jak již bylo naznačeno, omezený. Porovnáváme-li pacienty pouze skrze ně, docházíme k téměř identickému závěru: napříč spektrem diagnostických skupin je charakter péče velmi rozmanitý, a to v délce péče, poskytovaných ošetřovatelských úkonech, čase stráveném návštěvami i jejich frekvenci.

Další analýzy směřující k hlubší definici pacientů mimo diagnostickou skupinu odkryly různorodost dalších klinických charakteristik, a tím i nutnost uvažovat o dalších úrovních členění klasifikačního stromu. Inspirací byly zahraniční systémy, jak bylo uvedeno, a jejich klasifikace založená principiálně na členění dle úrovně ADL.

V datovém vzorku pacientů ošetřovaných v dlouhodobé domácí péči vykazovalo 88 % pacientů v některé z měřených oblastí funkční omezení a z něj vyplývající míru závislosti na pomoci druhé osoby, přičemž vysoce závislých bylo 21 %. Z velké části se jedná o pacienty napojené na přístrojovou techniku, pacienty s invazivním tělesným vývodem či vstupem, pacienty po operacích, ale i s detekovanou mírou kognitivního deficitu (20 %). Úroveň soběstačnosti může být určující pro intenzitu péče, a ještě větší význam získává tam, kde chybí neformální pečující, přičemž neformální pečující nebyl dostupný u více než 25 % pacientů. U více než 40 % pacientů byla při vstupním vyšetření identifikována rána (např. dekubit, maligní či pooperační rána, diabetický vřed). Různorodost pacientů se ukázala i v dalších oblastech: více než 20 % pacientů mělo evidovaný deficit v kognitivních schopnostech. Analyticky přínosná bude identifikace dalších klinicky komplikujících faktorů, kterými může být například podvýživa, geriatrická křehkost či prodělání úrazu.

7 Procesní rovina péče

Analýza, která má směřovat k detailní klinické profilaci pacientů a jejich kategorizaci do klinicky podobných (homogenních) skupin, musí tento klinický pohled současně vztáhnout k druhé úrovni datového pohledu, kterou je procesní rovina poskytované péče. Nestačí totiž zachytit pouze to, jaký pacient je, ale také jaká péče je mu v domácím prostředí poskytována.

První vhled do procesní roviny ukazuje, že ani poskytovaná péče nemá jednolitý charakter. Naopak se výrazně liší skladbou ošetřovatelských intervencí, jejich časovou náročností, frekvencí návštěv i celkovou délkou péče. Datový model projektu KOMPAS umožňuje tuto variabilitu zachytit v rozsahu, který dosud nebyl z dostupných dat o poskytované péči v této podobě patrný. Vedle samotného rozlišení provedených intervencí (model se snaží zachytit i ty, které jdou mimo SZV) umožňuje sledovat také jejich časovou náročnost a zasazení do celkového průběhu péče.

Předpokladem zůstává, že různorodost pacientů se promítá i do různorodosti poskytované péče. Ta se může projevovat nejen typem a skladbou ošetřovatelských intervencí, ale také jejich časovou náročností, frekvencí návštěv a celkovou délkou péče. Tyto charakteristiky přitom mohou poskytovat další informaci o povaze problému, cíli péče, její náročnosti a v některých případech i o charakteru pacienta.

Právě propojení klinického profilu s charakterem poskytované péče je proto podstatné pro následnou kategorizaci pacientů. Samotná klinická podobnost nemusí znamenat podobnost z hlediska nároků na péči, a naopak. Procesní charakteristiky tak představují další rovinu, která může pomoci rozlišit skupiny pacientů s odlišným průběhem a nároky péče.

Z pohledu jednotlivých intervencí se setkáváme s péčí různého charakteru. Některé intervence jsou relativně krátké a mohou mít jednorázový charakter, typicky odběr biologického materiálu nebo jednorázové podání léčiva. Jiné jsou spojeny s akutním či krátkodobým problémem a mohou zahrnovat například péči o akutní nebo pooperační ránu, ošetření kožních lézí či rehabilitační a aktivizační intervence v průběhu rekonvalescence.

Jinou skupinu představuje dlouhodobější péče o pacienty s chronickými obtížemi nebo trvalou potřebou ošetřovatelské péče. U těchto pacientů se opakovaně provádějí intervence zaměřené na péči o stomie a močové katétry, pravidelné podávání léčiv, polohování, sledování zdravotního stavu nebo rehabilitační a aktivizační intervence. Délka takové péče může být řádově delší a její intenzita se může v čase měnit podle aktuálního stavu pacienta.

Zvláštní skupinu tvoří klinicky komplexní a těžké stavy (DUPV a další), které vyžadují vysoce kvalifikovaný zdravotnický personál a často také specifické technické vybavení. U těchto pacientů může být náročnost péče dána nejen jejich klinickým stavem, ale také potřebou kontinuálního odborného dohledu a specifických intervencí.

Vedle samotných klinických intervencí se v datech objevují také činnosti zaměřené na edukaci pacienta či rodiny, podporu zvládání léčebného režimu, nácvik aplikace léčiv nebo zacházení s pomůckami a další činnosti související s organizací a návazností péče. I jejich zastoupení a časová náročnost mohou přispívat k odlišení jednotlivých typů péče, případně pacientů.

8 Závěr

Z dosavadního pohledu se rýsují různé charakteristiky průběhu péče, které mohou být využitelné pro její následnou typologizaci. Vedle klinického profilu pacienta lze rozlišovat například péči jednorázovou či krátkodobou, akutně zaměřenou, dlouhodobou a monitorovací, péči spojenou s trvalou závislostí na odborném ošetřovatelském personálu nebo péči s vysokou intenzitou a časovou náročností.

Jedním z možných třídicích kritérií je celková délka péče, která může odlišit jednorázové či krátkodobé epizody od péče dlouhodobé. Sama o sobě však dostačující být nemusí. Pro podrobnější rozlišení je třeba zohlednit také frekvenci návštěv, délku jednotlivých návštěv a skladbu prováděných intervencí. Právě jejich kombinace může umožnit lépe zachytit rozdíly v intenzitě a charakteru poskytované péče.

Jednoduše řečeno, jde o hlubší průzkum toho, co se v domácí péči skutečně děje. A proč? Systematická změna je prvním krokem k posílení incentiv segmentu, aby byl finančně efektivní a dokázal pokrýt co nejširší spektrum, což lze podpořit adekvátním financováním. Vzhledem ke stoupajícím nárokům, růstu stárnoucí populace a s ním rostoucím kapacitním nárokům na zdravotnické služby, případně lůžková zařízení, je vhodné postupovat k systematizaci segmentu komunitních zdravotních služeb a zvýšit motivaci k poskytování péče ve vlastním sociálním zázemí pro všechny typy pacientů. Prvním krokem je mapování, dalším odpovídající financování. Stávající systém úhrad může vést k znevýhodnění některých aktérů, zatímco pro jiné být z hlediska poskytování péče výhodnější.

Úsilí o identifikaci nákladově homogenních skupin, ruku v ruce jdoucí se klíčových determinant intenzity péče by tedy v základním mechanismu směřuje k typizaci pacientů do skupin. Grouper by pak podle zvolených klinických charakteristik odhadl předpokládanou spotřebu zdrojů. Před námi je ještě dlouhá cesta s řadou dílčích kroků: otázkou revalidace stavu pacienta, časovým obdobím úhrad, typem platby (paušál), indexy a vahami a stanovením úrovně a podoby doplňujících faktorů (věk, komorbidita, cíl péče). Zatím ale odkrýváme, co péči činí náročnou.

DOI: 10.35191/medsoft_2026_1_38_hyxova

Projekt KOMPAS je realizován za podpory Druhého švýcarského příspěvku v rámci Programu švýcarsko-české spolupráce, prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví České republiky a Programu domácí péče (Home Care Programme).

BUILDING A HOME AND COMMUNITY CARE DATA MODEL FOR SECONDARY PATIENT CLASSIFICATION AND PAYMENT DESIGN

The KOMPAS project – Home and Community Nursing Care – represents the first systematic attempt to build a data foundation for the objective description, classification, and financing of home care in the Czech Republic. The project is funded by the Ministry of Health of the Czech Republic under the Home Care Programme, with support from the Swiss-Czech Cooperation Programme through the Second Swiss Contribution.

The project aims to build a patient profile of home care recipients through the standardized collection of clinical and process data, and subsequently to develop, on this basis, a secondary patient classification grounded in case-mix modelling principles. Data are collected through the departmental eREG registries, part of the National Health Information System (NZIS) administered by the Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic (ÚZIS ČR). Pilot data collection began on 16 March 2026 and is planned to run for two years.

At the same time, a data foundation of sufficient scale is being built, enabling the development of predictive models and the validation of individual cost-complexity factors. The first partial results will already be presented at the CZ-DRG conference in October 2026.

The project's methodology rests on the assumption that the cost complexity of home care is not primarily explained by diagnosis, but rather by factors such as the level of functional independence (ADL), cognitive status, presence of skin defects, invasive access devices, polymorbidity, or the role of an informal caregiver. Clinical factors will subsequently be linked with process data, which will serve as a relative comparison of the patient's clinical profile against the care actually provided.

Combining clinical and process data will allow the creation of homogeneous patient groups with similar resource consumption, and subsequently a grouper capable of predicting expected care costs based on the patient's clinical profile. The project thus directly responds to demographic trends of population ageing and the growing need for long-term care provided in the home environment.

The project is currently in an active data-collection phase, and final analytical outputs are not yet available. The paper will focus on the methodology, the structure of the data model, the key factors influencing cost complexity, and the planned approach to data processing once the pilot phase is complete. It will also offer a first look at experience gathered so far during data collection.

Keywords

home and community care, data, reimbursement model, case-mix

Literatura

[1.] Björkgren M. A., B. E. Fries a L. R. Shugarman, 2000. A RUG-III Case-Mix System for Home Care. Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement. 19(S2):106–125.

[2.] Hammar T., P. Rissanen a M.-L. Perälä, 2008. Home-care clients' need for help, and use and costs of services. European Journal of Ageing. 5(2):147–160.

[3.] Hirdes J. P., J. W. Poss a N. Curtin-Telegdi, 2008. The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): A new decision-support system for allocating home care resources. BMC Medicine. 6(1).

[4.] Koller D., G. Schön, I. Schäfer, G. Glaeske, H. van den Bussche et al., 2014. Multimorbidity and long-term care dependency—a five-year follow-up. BMC Geriatrics. 14(1).

[5.] Loggie C., W. A. K. C. a. E. K., 2021. The new aged care funding model explained. Australian Journal of Dementia Care.

[6.] Eagar K, G. R. S. M. L. C. W. A. S. P. K. C., 2020. The Australian National Aged Care Classification (AN-ACC): a new casemix classification for residential aged care. Med J Aust, Říjen.

[7.] Topinková E., A. Garcia-Altes a G. I. Carpenter, 1999. Case-mix system for long-term care residents: International validation of Resource Utilization Groups (RUG III). Zeitschrift für Gerontologie. 32(2):45.

[8.] Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2026. Zdravotní výkony [online]. Dostupné z: https://szv.mzd.gov.cz/

Kontakt

Mgr. Jana Hyxová
Ústav zdravotnických informací
a statistiky ČR
Palackého náměstí 4, P.O. BOX 60
128 00 Praha 2
jana.hyxova@uzis.cz