Charakteristiky bezdomovců hospitalizovaných ve zdravotnických zařízeních v České republice v letech 2006–2015

Malý M.[1], Orlíková H.[2], Kynčl J.[2, 3], Kříž B.[2, 3*]

[1]Oddělení biostatistiky, Státní zdravotní ústav, Praha
[2]Oddělení epidemiologie infekčních nemocí, Centrum epidemiologie a mikrobiologie, Státní zdravotní ústav, Praha
[3]Ústav epidemiologie a biostatistiky, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

SOUHRN

Cíl: Bezdomovectví je problémem sociálním, společenským, ekonomickým a též i zdravotnickým. Cílem studie bylo popsat charakteristiky hospitalizovaných bezdomovců v České republice ve vztahu k jejich zdravotnímu stavu a navrhnout cílená opatření ke zlepšení stávající situace.

Materiál a metodika: Zdrojem dat byly anonymní údaje z Národního registru hospitalizovaných za období let 2006–2015 obsahující základní diagnózu při hospitalizaci a dalších až pět doprovodných diagnóz podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Základní statistickou jednotkou je ukončený případ hospitalizace bezdomovce na lůžkovém oddělení nemocnic a léčeben.

Výsledky: Ve sledovaném desetiletém období bylo do zdravotnických zařízení v České republice přijato k hospitalizaci celkem 3 387 bezdomovců, z toho 77,5 % mužů. Délka hospitalizace v průběhu let klesala, medián doby hospitalizace byl 6 dní. Nejvíce hospitalizovaných bezdomovců bylo ve věku mezi 40–69 lety. Podle typu zdravotnického zařízení bylo přijato 2 710 (80,0 %) bezdomovců do nemocnic, 468 (13,8 %) do psychiatrických léčeben, 180 (5,3 %) do zařízení pro dlouhodobě nemocné a 29 (0,9 %) do léčeben tuberkulózy a respiračních nemocí. Podle způsobu ukončení hospitalizace bylo 2 189 (64,6 %) bezdomovců propuštěno do původního prostředí, 280 (8,3 %) do zařízení následné péče, 277 (8,2 %) přeloženo do zdravotnického zařízení pro akutní péči, 222 (6,6 %) ukončilo hospitalizaci předčasně, 180 (5,3 %) bylo přeloženo na jiné oddělení a 80 (2,4 %) přemístěno do zařízení sociální péče. Během hospitalizace zemřelo 159 (4,7 %) osob.

Základní příčina hospitalizace podle MKN-10 spadala nejčastěji do kapitoly V-Poruchy duševní a poruchy chování (19,9 %) a kapitoly XIX-Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin (18,1 %). Mezi 175 případy se základní diagnózou z kapitoly I-Některé infekční a parazitární nemoci byl zaznamenán hlavně svrab, zavšivení, mykóza, bakteriální infekce a tuberkulóza.

Závěr: Údaje o hospitalizacích jsou jedním z důležitých nástrojů monitorování zdravotního stavu bezdomovců. Ukazují závažnost situace bezdomovců a potřebu získat více informací k uvedené problematice s cílem zlepšit dostupnost specifické zdravotně-sociální péče o nemocné bezdomovce. Preventivní programy, pobytové služby, specifické terénní zdravotně-sociální aktivity mohou přispět ke snížení negativních dopadů.

KLÍČOVÁ SLOVA
bezdomovci – hospitalizace – zdravotní a sociální služby

ABSTRACT

Malý M., Orlíková H., Kynčl J., Kříž B.: Characteristics of homeless persons hospitalized in health care facilities in the Czech Republic in 2006–2015

Aim: Homelessness is a social, societal, economic, and health problem. The aim of the study was to describe the characteristics of hospitalized homeless persons in the Czech Republic in relation to their health status and to propose targeted measures for improvement.

Material and methods: The study used anonymous data from the National Registry of Hospitalized Patients from 2006–2015, including the primary diagnosis at hospital admission and up to five additional diagnoses according to the 10th revision of the International Classification of Diseases (ICD-10). The basic statistical unit is the completed case of hospitalization of a homeless person in an inpatient health care facility such as hospital or nursing home.

Results: Over the 10-year study period (2006-2015), 3387 homeless persons, 77.5% of them male, were admitted to inpatient health care facilities in the Czech Republic. The length of hospital stay tended to decrease over the years, with a median of six days. The majority of hospitalized homeless persons were aged between 40 and 69 years. Their distribution by type of health care facility: 2,710 (80.0%) were admitted to hospitals, 468 (13.8%) to psychiatric hospitals, 180 (5.3%) to long-term care facilities, and 29 (0.9%) to tuberculosis and respiratory disease hospitals. According to the mode of termination of hospitalization, 2189 (64.6%) homeless persons were discharged to their original environment, 280 (8.3%) were transferred to an after-care facility, 277 (8.2%) were transferred to an acute care facility, 222 (6.6%) left against medical advice, 180 (5.3%) were transferred to another ward, and 80 (2.4%) were transferred to a social care facility. A total of 159 (4.7%) in-hospital deaths occurred.

*Doc. MUDr. Bohumír Kříž, CSc., inicioval tuto studii a připravil významnou část první verze rukopisu, ale nebylo mu dopřáno práci dokončit.

proLékaře.cz | 29.11.2026

The underlying causes of hospitalization according to ICD-10 were mostly those under Chapter V - Mental and behavioural disorders (19.9%) and Chapter XIX - Injury, poisoning and certain other consequences of external causes (18.1%). Among the 175 cases with a primary diagnosis from Chapter I - Certain infectious and parasitic diseases, the most common conditions were scabies, pediculosis, mycosis, bacterial infections, and tuberculosis.
Conclusion: Data on hospital admissions is one of the important tools for monitoring the health of homeless people. They illustrate the seriousness of the situation of homeless people and point to the need to obtain more information on this issue in order to improve the availability of specific health care and social care for sick homeless people. Prevention programs, residential services, and specific outreach health and social activities can contribute to reducing the negative impacts.

KEYWORDS
the homeless – hospitalization – health care and social care services

Epidemiol Mikrobiol Imunol, 2022;71(1):21–31

ÚVOD

Bezdomovectví jako závažná forma sociálního vyloučení představuje kontinuální společenský fenomén s důsledky sociálními, ekonomickými a zdravotními.

Problematikou bezdomovectví se zabývá národní Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice (ČR) do roku 2020 [1]. Koncepce se zaměřuje na oblasti přístupu k bydlení, sociálních služeb, přístupu ke zdravotní péči a informovanost, zapojení a spolupráci. Hlavní myšlenkou v oblasti přístupu ke zdravotní péči je dostupnost základní péče lidem bez domova. Dokument byl vypracován v souladu s písemným prohlášením Evropského parlamentu ze dne 16. prosince 2010 o Strategii EU v oblasti bezdomovectví [2]. Uvedenou Koncepcí vláda přijala funkční definici typologie bezdomovectví a vyloučení z bydlení ETHOS (European Typology on Homelessness and Housing Exclusion [3], vytvořenou Evropskou federací národních sdružení pracujících s bezdomovci FEANTSA (European Federation of National Organizations Working with the Homeless) [4] přizpůsobenou na prostředí ČR [3, 5, 6, 7]. Plnění koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví je v ČR průběžně vyhodnocováno [8].

Neexistuje žádná jednotná definice bezdomovectví a snahy jednotlivých zemí o sběr dat se liší metodami, rozsahem a frekvencí [9]. Definici bezdomovectví všeobecně uznávanou v mezinárodním měřítku uvádí FEANTSA: „Bezdomovectví je absence vlastního, trvalého a přiměřeného obydlí. Bezdomovci jsou ti lidé, kteří nejsou schopni získat vlastní, trvalé a přiměřené obydlí, nebo si nejsou schopni takové obydlí udržet kvůli nedostatku finančních prostředků nebo jiným sociálním bariérám" [10].

Příčiny vedoucí ke vzniku bezdomovectví jsou individuální a různorodé, zpravidla se kombinují vnější příčiny a osobnostní charakteristiky jedince [10,11]. Lze je z časového hlediska rozdělit na dlouhé (vyplývající z celoživotní dráhy osoby „rodící se do situace sociálního vyloučení", kterou projde 30 až 40 % všech bezdomovců v ČR), krátké (založené na souběhu vlivů, vedoucích rychle k bezdomovectví, jako je zadlužení, chudoba, dlouhodobá nezaměstnanost, vysoké mandatorní náklady, partnerské a rodinné problémy, vyloučení osoby z domácnosti/bytu, zneužívání alkoholu a drog, návrat z výkonu trestu) a zdravotní (osoby mající zdravotní indispozice, v jejichž důsledku nemohou zvládnout obvyklé způsoby životního stylu a soužití s lidmi v dané společnosti, např. duševní onemocnění, či prožité sexuální a psychické zneužívání) [6, 7, 12].

V současnosti není možné přesně určit skutečný rozsah bezdomovectví, jelikož dostupnost a povaha dat se značně liší mezi zeměmi Evropy [13], i v zemích Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj (OECD) [9]. Podle odhadů bylo v roce 2020 v zemích OECD 1,9 miliónů bezdomovců [14]. V ČR byly kromě lokálních studií k odhadnutí počtu a charakteristik lidí bez domova uskutečněny i celostátní průzkumy. Český statistický úřad (ČSÚ) se ve spolupráci se Sdružením azylových domů v ČR a s Asociací poskytovatelů sociálních služeb ČR pokusil v roce 2011 v rámci sčítání lidu v celé zemi zmapovat život lidí bez domova [15]. Celkem sebrali sčítací komisaři informace od 11 496 lidí, kteří byli podle dané metodiky označeni jako lidé bez domova. Výsledky ovšem zahrnovaly pouze osoby, které v době sčítání využívaly specifické sociální služby [15, 16]. V dubnu 2019 proběhlo celorepublikové sčítání bezdomovců doplněné extrapolací dat, které bylo organizované Výzkumným ústavem práce a sociálních věcí a prováděné v souladu s typologií ETHOS. Podle uvedeného průzkumu se v ČR vyskytovalo 23 830 osob bez domova, výrazně převažovali muži. Více než desetina osob (2 672) byla v době sčítání ve zdravotnickém zařízení. Nejvíce osob bez domova žilo v Moravskoslezském kraji a hlavním městě Praze [17]. Publikace OECD z roku 2020 zmiňuje, že bezdomovci v ČR tvoří 0,8–0,9 % podílu celkové populace [9].

Bezdomovectví představuje zdravotně sociální problém, přičemž zdravotní potíže mohou být jak příčinou, tak i důsledkem bezdomovectví. Bezdomovci patří mezi skupiny ohrožené ve zvýšené míře zdravotními problémy. Nedostatek správné výživy a lékařské péče, nedostatečné oblečení a nízká úroveň hygieny mohou vést k oslabení organismu a k závažným problémům

proLékaře.cz | 29.11.2026

s fyzickým a duševním zdravím. Bezdomovci jsou z pohledu fyzického zdraví málo odolní vůči infekčním nemocem (zvýšený výskyt hepatitid, tuberkulózy, HIV), trpí respiračními onemocněními, žaludečními a střevními onemocněními, kožními infekcemi a poškozeními, neléčenými kardiovaskulárními chorobami a cukrovkou, onemocněními ledvin (i v souvislosti s opakovaným podchlazením). Časté jsou úrazy a neúmyslná poranění, nezřídka doprovázená nehojením ran, otravy i sebevraždy [18, 19, 20, 21, 22].

Z pohledu duševního zdraví se jedná o závislosti, depresivní stavy, poruchy spánku, poruchy přizpůsobení, často ve vzájemné kombinaci. Například v dotazníkovém šetření mezi 257 pražskými bezdomovci pětina dotázaných uvedla, že se v minulosti léčila v psychiatrické léčebně a 13 % absolvovalo protialkoholní léčbu. Větší zastoupení duševních potíží bylo pozorováno u žen, osob s nižším dosaženým vzděláním a s delší dobou života bez přístřeší [23].

V dokumentu „Zdraví 2030" je popsán strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 [24]. Hlavní vizí je zajistit dostupnou zdravotní péči všem občanům ČR bez ohledu na jejich sociální a geografické prostředí a současně zajistit, aby občané sami více dbali o svůj zdravotní stav.

Dokument „Strategie sociálního začleňování 2021 až 2030" Ministerstva práce a sociálních věcí [25] mimo jiné rozvádí překážky a rizika přístupu ke zdravotní péči u osob sociálně vyloučených nebo sociálním vyloučením ohrožených. Patří k nim regionální rozdíly v dostupnosti zdravotní péče a omezená dostupnost zdravotní péče pro ohrožené skupiny obyvatelstva; nízká zdravotní gramotnost obyvatel; neznalost práv a povinností pacienta a pojištěnce na straně sociálně vyloučených osob nebo osob sociálním vyloučením ohrožených; chybějící kompetence dodržovat režim nastavený v poskytování zdravotních služeb a v interkulturní a intersociální komunikaci [25]. K tomu se přidává i vzájemná nekompatibilita systémů zdravotní a sociální péče. „Zdraví 2030" rovněž zmiňuje oddělený systém zdravotních a sociálních služeb [24]. Přístupem bezdomovců ke zdravotní péči se zabývá „Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví do roku 2020" [1]. Popisuje rizika, bariéry a specifické aspekty terénní, ambulantní, lůžkové a následné péče u lidí bez domova, součástí je i prevence a osvěta odborné i široké veřejnosti.

Možnosti zjišťování zdravotního stavu bezdomovců jsou omezené, určitou představu umožňují analýzy údajů těch, kteří se dostanou do kontaktu se zdravotnickými zařízeními. Studie provedená v Dublinu ukázala, že ve srovnání s běžnou populací je mezi bezdomovci vyšší podíl využití neplánovaných návštěv lékařské pohotovostní služby (3,0 vs. 0,16 na osobu a rok) a lůžkové péče; hospitalizovaní bezdomovci jsou v průměru výrazně mladší (44,2 vs. 61,2 let) a častěji (40 % vs. 15 %) předčasně ukončují hospitalizaci navzdory doporučením lékařů [26].

Podle OECD [27] méně než polovina zemí (včetně ČR) má aktivní národní strategii boje proti bezdomovectví, zatímco některé mají zavedeny regionální a/nebo místní strategie. Recentní srovnávací analýza vnitrostátních politik v oblasti prevence a řešení bezdomovectví [28] vyhodnotila, že přístup v deseti zkoumaných zemích Evropské unie (EU) se liší ve sledovaných oblastech, kterými byly právo na bydlení, přístup k bydlení, přístup ke službám, sociální zabezpečení, zdraví a přístup ke zdravotní péči. Většina zemí se potýká s nedostatečným financováním navzdory rostoucím potřebám [13]. Co se týká zdravotní péče, častá absence zdravotního pojištění u bezdomovců vyžaduje specifické zajištění možnosti přístupu ke zdravotnickým službám. Specializované zdravotnické služby pro bezdomovce jsou obvykle na území hlavního města. Dvojí stigmatizaci zažívají bezdomovci s duševním onemocněním. Napříč zeměmi jsou těmto lidem poskytovány služby ambulantní, mobilní, terénní nebo péče v azylových domech, jakož i specializovaná léčba zneužívání návykových látek. V reakci na pandemii covid-19 mnoho zemí včetně ČR aktuálně zavedlo podporu v nouzi pro bezdomovce [27].

Cílem této studie bylo popsat charakteristiky hospitalizovaných bezdomovců v ČR ve vztahu k jejich zdravotnímu stavu, a přispět tak k ucelenějšímu pohledu na problematiku bezdomovectví. Téma bezdomovectví je v ČR obvykle zpracováváno v kontextu samostatně řešené problematiky. Současná studie rozšiřuje pohled na problematiku s využitím dostupných dat zdravotnického informačního systému Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS). Výstupy analýzy mohou doplnit podklady pro identifikaci zdravotních rizik u bezdomovců vedoucích k jejich hospitalizaci a přispět k určení potřeb a sociálně-zdravotních služeb v této oblasti.

MATERIÁL A METODIKA

Jedná se o retrospektivní deskriptivní studii, popisující epidemiologické charakteristiky hospitalizovaných bezdomovců v ČR ve vztahu k jejich zdravotnímu stavu. Data využitá v této studii byla získána z Národního registru hospitalizovaných pacientů vedeného ÚZIS. Jedná se o anonymní údaje o hospitalizovaných pacientech označených jako bezdomovci ze všech oddělení nemocnic (včetně nemocnic fakultních i nemocnic následné péče) a léčeben (psychiatrických, tuberkulózy a respiračních nemocí, pro dlouhodobě nemocné) za období let 2006–2015. Základní statistickou jednotkou je ukončený případ hospitalizace na lůžkovém oddělení. Hlášení o hospitalizaci obsahuje základní hospitalizační diagnózu a dalších až pět diagnóz podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Do souboru hospitalizovaných jsou každoročně zařazeny všechny případy hospitalizace ukončené ve sledovaném roce, bez ohledu na to, ve kterém roce začaly. V počtu ošetřovacích dnů je

proLékaře.cz | 29.11.2026

pak započítána celková doba hospitalizace, i když započala v předcházejících letech [29].

Údaje o hospitalizacích jsou prezentovány ve formě absolutních počtů a procent a porovnávány pomocí χ2 testu. Délka hospitalizace je charakterizována prostřednictvím mediánu a kvartilů. Statistické zpracování bylo provedeno pomocí software Stata, verze 14.2 (StataCorp LP, College Station, TX: USA).

VÝSLEDKY

V období od roku 2006 do roku 2015 bylo ve zdravotnických zařízeních v České republice hospitalizováno celkem 3 387 osob označených jako bezdomovec. Po celé sledované období byli více zastoupeni muži (celkově 77,5 %), poměr počtu mužů na jednu ženu v jednotlivých letech kolísal (tab. 1), ale výrazně se neměnil (p = 0,392). Nejvíce hospitalizovaných bezdomovců bylo ve věkové skupině 50–59 let a dále ve věku 40–49 a 60–69 let (obr. 1). Celkové věkové rozložení je ovlivněno zejména situací mezi muži, počty žen od maxima ve věku 20–29 let postupně s věkem mírně klesaly. Procentuální zastoupení pohlaví se v jednotlivých věkových kategoriích liší (p < 0,001). V dospělém věku 30 až 79 let jednoznačně převažují muži, ve vysokém věku (80+) ženy, u mladých (0–29) je mírná převaha mužů. Průměrný věk mužů byl 49,6 roku, žen 43,5 roku.

Tabulka 1. Počet hospitalizovaných bezdomovců podle roku propuštění, pohlaví, úmrtí a smrtnosti, 2006–2015, Česká republika
Table 1. Hospital admissions of homeless persons by year of discharge, sex, death, and case fatality rate, 2006–2015, Czech Republic

Rok	Počet hospitalizovaných				Počet úmrtí			Smrtnost [%]		
	Celkem	Muži	Ženy	Poměr M:Ž	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy
2006	429	337	92	3,7	18	15	3	4,2	4,5	3,3
2007	413	307	106	2,9	19	16	3	4,6	5,2	2,8
2008	351*	271	78	3,5	23**	20	2	6,6	7,4	2,6
2009	437	326	111	2,9	11	6	5	2,5	1,8	4,5
2010	428	336	92	3,7	20	18	2	4,7	5,4	2,2
2011	346*	279	66	4,2	11	7	4	3,2	2,5	6,1
2012	294	230	64	3,6	16	12	4	5,4	5,2	6,3
2013	299	227	72	3,2	15	15	0	5,0	6,6	0,0
2014	215	172	43	4,0	13	11	2	6,1	6,4	4,7
2015	175	141	34	4,2	13	12	1	7,4	8,5	2,9
Celkem	**3387***	**2626**	**758**	**3,5**	**159****	**132**	**26**	**4,7**	**5,0**	**3,4**

**V roce 2008 a 2011 byly hlášeny 2 a 1 případ bez udání pohlaví.*
***V roce 2008 bylo hlášeno 1 úmrtí s neznámým pohlavím.*

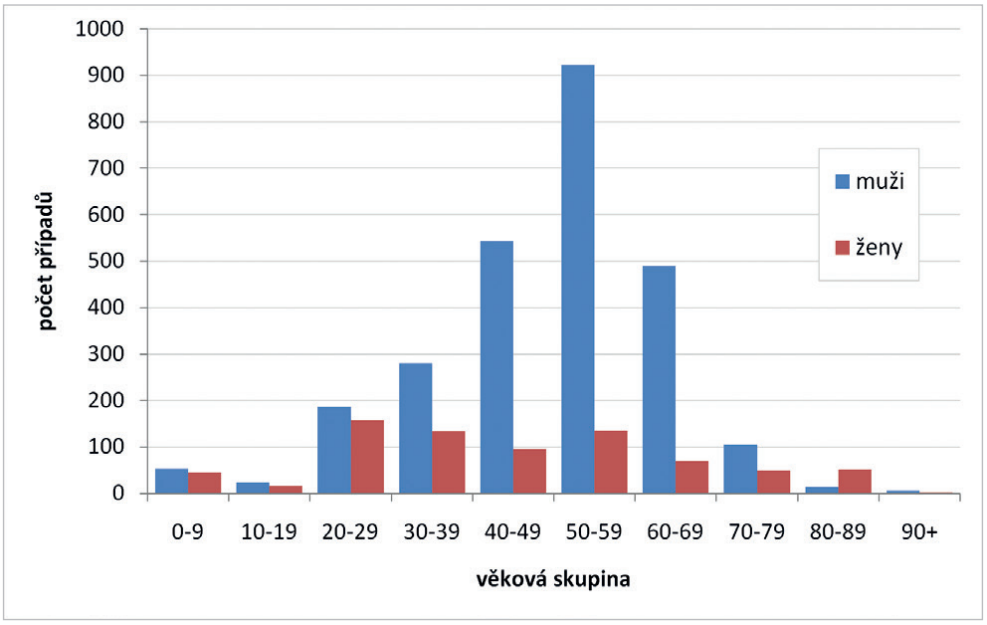
**In 2008 and 2011, 2 cases and 1 case, respectively, were reported without gender indication.*
***In 2008, 1 death was reported without gender indication.*

Tabulka 2. Počet hospitalizovaných pacientů bez domova a délka hospitalizace podle typu zdravotnického zařízení, 2006–2015, Česká republika
Table 2. Hospital admissions of homeless persons and length of hospital stay by type of health care facility, 2006–2015, Czech Republic

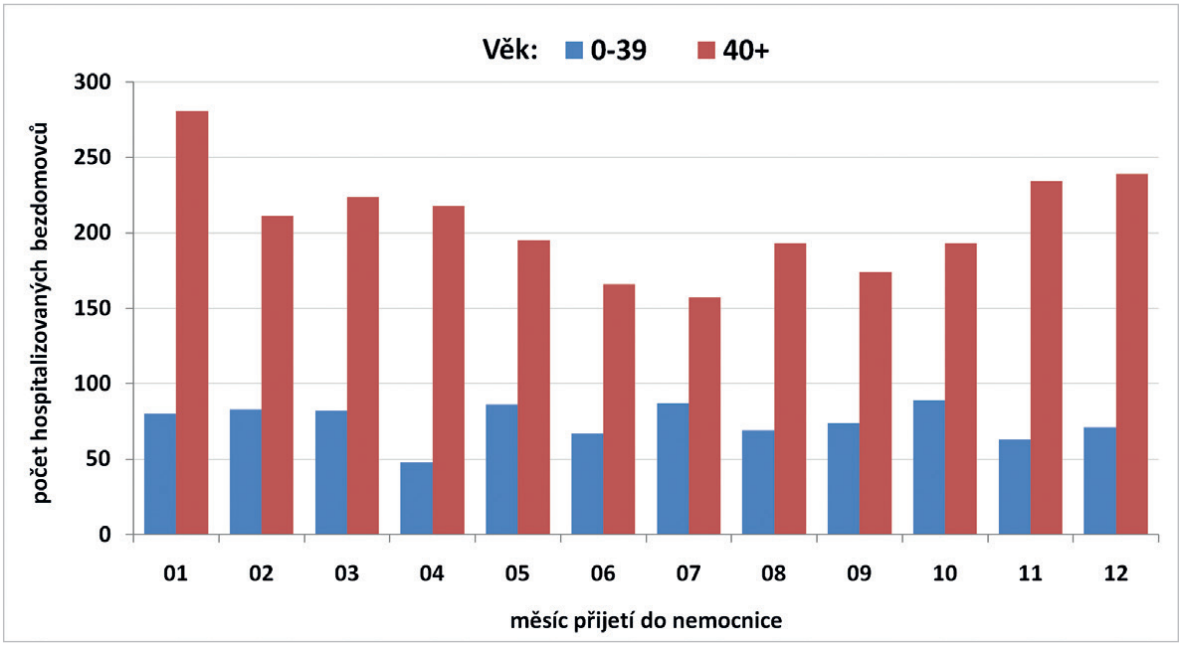
Zdravotnické zařízení	Hospitalizovaní pacienti bez domova		Délka hospitalizace					
	Počet	%	Celkem (osobo-dny)	Medián (dny)	Dolní kvartil	Horní kvartil	Mininum (dny)	Maximum (dny)
Nemocnice	2710	80,0	28034	5	2	10	1	466
Psychiatrická léčebna	468	13,8	34123	33	10,5	72	1	4462
Léčebna dlouhodobě nemocných	180	5,3	16636	64	25	105,5	1	1350
Léčebna tuberkulózy a respiračních nemocí	29	0,9	2925	76	21	134	1	461
Celkem	**3387**	**100,0**	**81718**	**6**	**2**	**17**	**1**	**4462**

proLékaře.cz | 29.11.2026

Podle typu zdravotnického zařízení bylo nejvíce osob bez domova přijato do nemocnic (80,0 %), nezanedbatelnou část (13,8 %) představují přijetí do psychiatrických léčeben (tab. 2). Více přijatých bylo během zimních měsíců v porovnání s ostatním obdobím roku (obr. 2). Tento rozdíl v počtu přijatých bezdomovců mezi chladným a teplým obdobím roku je patrný zejména u bezdomovců starších čtyřiceti let, zatímco u mladších osob do 40 let jsou počty přijatých celoročně vyrovnané ($p < 0{,}001$).



Obr. 1. Počet hospitalizovaných bezdomovců podle věkových skupin a pohlaví, 2006–2015, Česká republika (N = 3387)*
Figure 1. Hospital admissions of homeless persons by age group and gender, 2006–2015, Czech Republic (N = 3387)*
*3 případy byly hlášeny bez udání věku a pohlaví.
*3 cases reported without age and gender indication.



Obr. 2. Počet hospitalizovaných bezdomovců podle měsíce přijetí a věkové skupiny, 2006–2015, Česká republika (N = 3 387)*
Figure 2. Hospital admissions of homeless persons by month of admission and age group, 2006–2015, Czech Republic (N = 3 387)*
*3 případy byly hlášeny bez udání věku
*3 cases reported without age indication

proLékaře.cz | 29.11.2026

Hospitalizace byla nejčastěji ukončena propuštěním do původního prostředí, tedy z formálního pohledu domů, a to v 2 189 (64,6 %) případech. Dále bylo 280 (8,3 %) bezdomovců transferováno do zařízení následné péče, 277 (8,2 %) přeloženo do zdravotnického zařízení pro akutní péči, 222 (6,6 %) bezdomovců ukončilo hospitalizaci předčasně, 180 (5,3 %) bylo přeloženo na jiné oddělení a 80 (2,4 %) bylo přemístěno do zařízení sociální péče. Během hospitalizace zemřelo 159 bezdomovců (viz tab. 1), podíl úmrtí u hospitalizovaných bezdomovců činil 4,7 %. Nejvíce zemřelých bylo ve věkové skupině 50–59 let a dále ve věku 60–69 a 40–49. Mezi základními příčinami vedoucími k úmrtí byly nejčastěji diagnózy z kapitoly IX-Nemoci oběhové soustavy (58 případů), dále z kapitoly II-Novotvary (23), XIX-Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin (19) a X-Nemoci dýchací soustavy (18).

Celková délka hospitalizace v období let 2006–2015 u všech 3 387 pacientů dosáhla 81 718 osobo-dní, medián doby hospitalizace byl 6 dní (viz tab. 2). Od počátku do konce tohoto desetiletého období postupně klesal jak roční počet hospitalizovaných bezdomovců ze 429 na 175 osob, tak medián délky hospitalizace z 8 na 3 dny. Střední doba hospitalizace pacientů bez domova se lišila podle typu zdravotnického zařízení. Nejdelší byla v léčebnách tuberkulózy, nejkratší v nemocnicích (viz tab. 2).

Z regionálního hlediska výrazně dominuje Moravskoslezský kraj, v jehož zdravotnických zařízeních bylo umístěno 1 596 (46,3 %) ze všech hospitalizovaných bezdomovců ve sledovaném období. Ostatních 13 krajů uvádí počet a podíl hospitalizovaných bezdomovců v rozmezí od 23 (0,7 %) v Olomouckém kraji do 280 (8,3 %) v Jihomoravském kraji.

Zastoupení základních diagnóz při hospitalizaci je uvedeno v levé části tabulky 3, zatímco v její pravé části jsou počty hospitalizací, u nichž daná diagnóza byla uvedena buď jako základní, nebo jako jedna z dalších.

Tabulka 3. Počty a procentuální zastoupení hospitalizovaných pacientů bezdomovců (N = 3 387) podle základní diagnózy a podle všech uvedených diagnóz (kapitoly podle MKN-10), 2006–2015, Česká republika
Table 3. Hospital admissions of homeless persons (N = 3 387) (number and percentage) by underlying diagnosis and all reported diagnoses (by ICD-10 chapter), 2006–2015, Czech Republic

Kapitola MKN-10	Název kapitoly	Základní diagnóza		Všechny diagnózy	
		počet	%	počet	%
I	Některé infekční a parazitární nemoci	**175**	5,2	**316**	9,3
II	Novotvary	**96**	2,8	**141**	4,2
III	Nemoci krve, krvetvorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity	**19**	0,6	**174**	5,1
IV	Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	**55**	1,6	**308**	9,1
V	Poruchy duševní a poruchy chování	**675**	19,9	**1193**	35,2
VI	Nemoci nervové soustavy	**171**	5,1	**342**	10,1
VII	Nemoci oka a očních adnex	**26**	0,8	**46**	1,4
VIII	Nemoci ucha a bradavkového výběžku	**4**	0,1	**21**	0,6
IX	Nemoci oběhové soustavy	**382**	11,3	**951**	28,1
X	Nemoci dýchací soustavy	**172**	5,1	**421**	12,4
XI	Nemoci trávicí soustavy	**181**	5,3	**519**	15,3
XII	Nemoci kůže a podkožního vaziva	**170**	5,0	**301**	8,9
XIII	Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	**102**	3,0	**213**	6,3
XIV	Nemoci močové a pohlavní soustavy	**117**	3,5	**252**	7,4
XV	Těhotenství, porod a šestinedělí	**139**	4,1	**139**	4,1
XVI	Některé stavy vzniklé v perinatálním období	**9**	0,3	**25**	0,7
XVII	Vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality	**1**	0,0	**8**	0,2
XVIII	Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde	**125**	3,7	**337**	9,9
XIX	Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin	**612**	18,1	**801**	23,6
XX	Vnější příčiny nemocniosti a úmrtnosti	**0**	0,0	**669**	19,8
XXI	Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami	**156**	4,6	**692**	20,4
XXII	Kódy pro speciální účely	**0**	0,0	**3**	0,1

proLékaře.cz | 29.11.2026

Tabulka 4. Některé infekční a parazitární nemoci (Kapitola I. podle MKN-10) u hospitalizovaných pacientů bezdomovců (N = 3 387). Počty a procentuální zastoupení bezdomovců podle základní diagnózy a podle všech uvedených diagnóz, 2006–2015, Česká republika
Table 4. Certain infectious and parasitic diseases (Chapter I of ICD-10) in homeless persons admitted to hospital (N = 3387). Hospital admissions (number and percentage) by underlying diagnosis and all reported diagnoses, 2006–2015, Czech Republic

Kódy MKN-10	Diagnózy	Základní diagnóza		Všechny diagnózy	
		počet	%	počet	%
A00-A09	Střevní infekční nemoci	**8**	0,24	**16**	0,47
A15-A19	Tuberkulóza	**19**	0,56	**31**	0,92
A30-A49	Jiné bakteriální nemoci	**38**	1,12	**65**	1,92
A50-A64	Infekce přenášené převážně pohlavním stykem	**2**	0,06	**4**	0,12
A80-A89	Virové infekce centrální nervové soustavy	**2**	0,06	**3**	0,09
B00-B09	Virové infekce charakterizované postižením kůže a sliznice	**1**	0,03	**3**	0,09
B15-B19	Virová hepatitida	**6**	0,18	**17**	0,50
B20-B24	Onemocnění virem lidské imunodeficience	**2**	0,06	**3**	0,09
B25-B34	Jiné virové nemoci	**3**	0,09	**3**	0,09
B35-B49	Mykózy	**4**	0,12	**69**	2,04
B85-B89	Zavšivení, askarióza a jiná napadení	**90**	2,66	**144**	4,25
B90-B94	Následky infekčních a parazitárních nemocí	**0**	0,00	**1**	0,03
B95-B98	Bakteriální, virová a jiná infekční agens	**0**	0,00	**16**	0,47

Pacienti mohli mít kromě základní diagnózy uvedeno až pět dalších diagnóz. V porovnání se základními diagnózami, mezi nimiž byly nejčastější poruchy duševní a poruchy chování, je při hodnocení podle všech diagnóz výrazně větší výskyt nemocí oběhové soustavy.

Tabulka 4 ukazuje v levé části, že u 175 případů se základní diagnózou z kapitoly I (infekční a parazitární nemoci) byla tato diagnóza nejčastěji ze skupiny B85-B89 Zavšivení, napadení roztoči nebo jinými členovci. Alespoň jednu diagnózu z kapitoly I mělo jako základní či jako další uvedeno 316 (9,3 %) ze všech hospitalizovaných bezdomovců, zastoupení těchto diagnóz je uvedeno v pravé části tabulky 4.

DISKUSE

Populace bezdomovců se v Evropě v průběhu posledních dvou desetiletí výrazně zvětšila. Nárůst je patrný zejména ve velkých městech. V mnoha zemích mezi bezdomovci přibývá žen, rodin s dětmi, mladých, migrantů a seniorů [9]. Dokument evropské sítě pro sociální politiku – European Social Policy Network (ESPN) z roku 2019 [13] uvádí, že bezdomovectví v Evropě v poslední dekádě bylo na vzestupu ve 24 z 28 EU zemí, přičemž v některých zemích došlo k zásadnímu nárůstu o 16–389 %. Recentní publikace nadace Abbé Pierre-FEANTSA z roku 2021 [30] odhadovala minimální počet lidí bez domova v Evropské unii na 700 000 v roce 2019, přičemž v Praze během jednoho týdne bylo napočítáno 2 100 bezdomovců.

Námi zpracovaná studie používá data z oficiálních zdravotních statistik o hospitalizacích, přičemž údaj o bezdomovectví nebylo možno ověřit v případné databázi zaměřené na bezdomovectví. Studie je do určité míry limitována povahou analyzovaných dat. Protože se jedná o administrativní data z registru hospitalizací, v nichž není k dispozici identifikátor osoby, nebylo možno se zabývat otázkou opakovaných hospitalizací ani analyzovat prediktory hospitalizace. Dobrým příkladem ke zlepšení úrovně oficiálních statistik může být harmonizace definicí bezdomovectví ve Spojeném království Velké Británie za účelem lepší porovnatelnosti a srozumitelnosti dat z oblasti bezdomovectví pro uživatele, včetně zprávy o proveditelnosti z roku 2019 [31]. Inovativní přístupy propojující data z databází a výzkumu mohou poskytnout komplexnější porozumění potřeb a problémů různých populací bezdomovců. Například ve Skotsku mají propojenou databázi o bezdomovectví se zdravotnickými datovými sadami, v Kanadě provozují informační systém pro management bezdomovectví, a v Austrálii sdílí vláda data v bilaterálním modu se všemi státy a teritoriálními vládami [9].

Vyloučení z bydlení zvyšuje zdravotní rizika a vede k vyšší morbiditě a mortalitě, a udržení dobrého zdraví je mnohem složitější pro lidi bez domova než pro obecnou populaci [13].

Přístup lidí bez domova ke zdravotní péči je omezený a bývá ztížen absencí dokladů a zdravotního pojištění, jakož i nízkou úrovní hygieny, nedostatkem komunikačních schopností, negativní zkušeností a rezignací. Nejčastějšími důvody pro vyhledávání pomoci v českých podmínkách bývají onemocnění horních a dolních dýchacích cest a chronické rány, především bércové vředy. Četná jsou i kožní onemocnění, mykózy, generalizovaná impetiga a erysipel. Nesprávná životospráva může vést

proLékaře.cz | 29.11.2026

ke vzniku chronických onemocnění, hypertenzi, diabetu, srdečnímu selhání a onkologickým onemocněním zvláště v oblasti hlavy a krku. Řada osob trpí zdravotním postižením po mozkových příhodách a amputacích a úrazech. Téměř každý bezdomovec trpí psychotickými stavy [32].

Bezdomovci často uvádějí, že sice vnímají zdravotní problémy, ale nejsou pro ně vždy prioritou. Důležitější pro ně je zabezpečení potravy a noclehu. Pociťují domnělé i skutečné překážky v přístupu ke zdravotní péči, někteří mají pocit, že je s nimi zacházeno s předsudky a že je jim poskytována péče podřadné kvality [32, 33]. Bezdomovectví představuje výzvy pro rigidní přístupy k nemocniční péči, stigmatizace zabraňuje zdravotní péči o bezdomovce a nemocnice mohou poskytnout platformu pro řešení bezdomovectví [34].

Počty hospitalizací bezdomovců v ČR v druhé polovině analyzovaného desetiletého období (od roku 2011) výrazně klesaly až na 175 v roce 2015. V následujícím období tento trend nepokračoval a počty zůstávaly na zhruba stejné úrovni. V letech 2016–2019 bylo postupně hospitalizováno 160, 141, 175 a 161 bezdomovců [29]. Struktura základních diagnóz, pro které byli bezdomovci hospitalizováni v námi prezentované studii, zůstává dlouhodobě obdobná, i když k určitým posunům dochází. Data za období 2016–2019 [29] vykazují nejvyšší zastoupení kapitol XIX-Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin (17,0 %) a V-Poruchy duševní a poruchy chování (10,0 %), následovaných kapitolou IX-Nemoci oběhové soustavy (9,3 %) a XI-Nemoci trávicí soustavy (9,3 %), jejíž podíl v průběhu let roste. Struktura zaznamenaných diagnóz v podstatě odpovídá nálezům jiných autorů. Například ve studii 623 bezdomovců přijatých k hospitalizaci v Dublinu byly nejčastějšími diagnózami nemoci oběhové (20,3 %), dýchací (20,0 %) a nervové (18,4 %) soustavy. Důvod přijetí nejčastěji souvisel s alkoholem (37,0 %) a zneužíváním návykových látek (36,5 %) [35]. Studie provedená mezi pražskými bezdomovci [36] také prokázala vysokou míru jejich alkoholismu (27,9 % z 201 osob). V průzkumu důvodů hospitalizace bezdomovců ve třech státech USA byla jednoznačně nejčastější duševní onemocnění (38 %) a zneužívání návykových látek (14 %), následovala kardiovaskulární onemocnění (8 %), poranění a otravy (7 %) a respirační a gastrointestinální onemocnění (po 6 %) [37]. Škála onemocnění zjištěná v naší studii koresponduje i s výzkumy u bezdomovců, které nebyly prováděny ve vazbě na hospitalizaci. Například Fazel et al. rovněž uvádějí psychiatrická onemocnění včetně zneužívání alkoholu a drog, kardiovaskulární onemocnění, neúmyslná poranění a dále užívání tabáku a stavy související s věkem [18].

Infekční onemocnění byla základní diagnózou u 5,2 % hospitalizací, celkově bylo infekční onemocnění uvedeno u 9,3 % hospitalizací. Jednou z infekcí, která se ve zvýšené míře vyskytuje v bezdomoveckých komunitách, je tuberkulóza. Na základě dat z Prahy za roky 2002–2006 byl odhadnut výskyt nových onemocnění tuberkulózou na úrovni zhruba 100/100 000 bezdomovců, což bylo přibližně desetkrát více než v obecné české populaci [22]. V rámci současné studie byla tuberkulóza nalezena při 0,9 % hospitalizacích, což odpovídá zhruba prevalenčním údajům z jiných studií [38]. Podíl bezdomovců na celkovém počtu onemocnění a recidiv TBC v ČR je nezanedbatelný, v roce 2013 v důsledku záchytu 49 osob bez domova dosáhl 9,8 %, v rámci hlavního města Prahy to bylo dokonce 17,8 % [39]. Podobně ve studii provedené ve Frankfurtu nad Mohanem ve skupinách bezdomovců a uživatelů drog byla z celkového počtu vyšetřených (3 477 osob) diagnostikována plicní TBC u 39 osob, což reprezentovalo 8,7 % všech případů zjištěných ve Frankfurtu ve sledovaném období [40]. Virová hepatitida byla v současné studii zjištěna u 0,5 % hospitalizovaných, což je spíše na dolní hranici rozsahu prevalencí uváděných v jiných studiích [38].

Více než tři čtvrtiny hospitalizací v analyzovaném souboru se týkaly mužů. Takové zastoupení zhruba odpovídá údajům ze sčítání osob bez domova v České republice [17] i údajům evropským [41]. Nejvíce hospitalizovaných bezdomovců bylo ve věkové skupině 50–59 let. Nejvíce přijatých osob bylo během zimních měsíců v porovnání s ostatním obdobím roku. U bezdomovců starších čtyřiceti let byl rozdíl v počtu hospitalizovaných mezi chladným a teplým obdobím roku výrazný, zatímco u mladších osob do 40 let byly počty přijatých celoročně vyrovnané. Možným vysvětlením je vyšší adaptační schopnost mladší části této populace ke klimatickým podmínkám v chladnější části roku. V úvahu přichází i relativně lepší zdravotní stav mladších bezdomovců. Naopak vliv dlouhotrvajícího sociálního vyloučení spolu s alkoholismem a užívání drog včetně nedostatečně léčených chronických onemocnění činí starší věkové skupiny vnímavějšími ke klimatickým extrémům.

Úmrtnost osob bez domova je podstatně vyšší než ostatní populace, a to zejména v mladších věkových skupinách a u žen. Podílí se na tom kardiovaskulární onemocnění, infekční onemocnění, duševní poruchy a vnější faktory včetně neúmyslných poranění, sebevražd, vražd a otrav. Významnou roli hraje expozice rizikovým faktorům, zejména alkoholu, kouření a užívání nelegálních drog [18]. Mnohdy jde o předčasná úmrtí na léčitelné choroby. Britská studie analyzující 3 882 individuálních hospitalizací bezdomovců, které byly spojeny se 600 úmrtími, zjistila, že nejčastějšími příčinami úmrtí byly vnější vlivy, tedy nehody, úmyslné sebepoškozování, přepadení, otravy atp. (21,7 %), zhoubné novotvary (19,0 %) a onemocnění zažívacího traktu (19,0 %) [42]. V současné studii bylo rovněž výrazné zastoupení vnějších příčin a novotvarů, ale nejčastější příčinou úmrtí byly nemoci oběhové soustavy. Jejich závažnost nicméně potvrzuje např. studie pacientů hospitalizovaných s akutním infarktem myokardu. Ve srovnání s běžnou populací byli pacienti bez domova

proLékaře.cz | 29.11.2026

mladší a měli nižší prevalenci aterosklerotických rizikových faktorů, ale vyšší prevalence úzkosti, deprese a zneužívání návykových látek [43]. Kardiovaskulární mortalitu zvyšují vlivy vln vedra i chladných údobí [44] a životní styl bezdomovců může s těmito vlivy interagovat.

Podle odborníků ESPN v řadě zemí včetně ČR, zdravotní problémy fyzického rázu, závažná duševní onemocnění, drogová a alkoholová závislost mezi lidmi bez domova vyžadují podporu [13]. Zásadní je primární prevence. Ve studii z poslední dekády ve Spojených státech publikované v roce 2019 bylo zjištěno, že dotace na bydlení jsou nejatraktivnější politikou snižování bezdomovectví [45]. Jedním z přístupů různorodé škály služeb k prevenci a řešení bezdomovectví je tzv. „housing first", kde jde o intenzivní službu s cílem co nejrychleji poskytnout vlastní ubytování, bez očekávání, že člověk nejprve prokáže připravenost na bydlení [46]. Tento přístup je i v ČR součástí strategie v problematice bezdomovectví na národní, regionální i lokální úrovni [46]. Přístup „housing first" zlepšuje zdraví účastníků [45], některé studie prokázaly pozitivní efekt na léčbu HIV nebo kontrolu zneužívání alkoholu. „Housing first" rovněž nevykazuje horší výsledky v léčbě než programy typicky upřednostňující léčbu [45].

V Česku v posledních letech roste důraz i na nebytová řešení, včetně dočasných a krizových forem bydlení kvůli nedostatečné podpoře sociálního bydlení. I provoz přechodného/krizového ubytování pro bezdomovce je však ovlivněn podfinancováním těchto služeb, a přestože se kapacita zvýšila, údaje o odmítnutých žadatelích ukazují na propast mezi stávající nabídkou a poptávkou [13]. Z dostupných dat vyplývá, že celkový podíl neuspokojených žadatelů (klientů) za všechny regiony ČR je 20 % [24]. Následující typy služeb jsou významně méně četné a nejsou dostupné v řadě regionů ČR: centra denních služeb, týdenní stacionáře, nízkoprahová denní centra, intervenční centra, zařízení následné péče a další [24]. Nízkoprahové ubytování pro nemocné osoby bez domova vede nejen ke zlepšení zdravotního stavu, ale také poskytuje prostor pro efektivní řešení sociálních problémů [8].

Další návrhy na zlepšení situace v přístupu ke zdravotní péči, návaznosti služeb a spolupráci mezi zdravotním a sociálním sektorem u osob sociálně vyloučených nebo sociálním vyloučením ohrožených uvádí „Strategie sociálního začleňování 2021–2030" [25]. Zpráva za rok 2020 o plnění „Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020" konstatuje, že pokračovala realizace projektu „Zvýšení dostupnosti a vytvoření možností zdravotní péče pro osoby bez domova", jehož předmětem je vznik a vybavení ordinací pro potřeby osob bez domova a dalších osob ohrožených ztrátou přístřeší [8].

Strategickými cíli dokumentu „Zdraví 2030" jsou ochrana a zlepšení zdraví obyvatel, optimalizace zdravotnického systému a podpora vědy a výzkumu [24]. Strategie „Zdraví 2030" nerozebírá bezdomovectví jako samostatný problém a riziko sociálního vyloučení a chudobu zmiňuje ve vztahu k expozici návykovým látkám a u osob se závažným duševním onemocněním. Specifický cíl 2.1 „Zdraví 2030" je zaměřen na implementaci modelů integrované péče, integraci zdravotní a sociální péče a reformu péče o duševní zdraví [24]. Součástí je i hodnocení a optimalizace nákladů zdravotních a sociálních služeb, ekonomika zdravotně-sociálního pomezí systému [24].

ZÁVĚRY

Z analýzy dat o hospitalizovaných bezdomovcích v ČR vyplynulo, že mezi nimi převažovali muži, nejčastěji ve středním věku. Dominantními příčinami hospitalizace byla duševní onemocnění, často spojená s užíváním alkoholu a návykových látek, dále poranění a onemocnění oběhového systému. Z infekčních nemocí byl zaznamenán hlavně svrab, zavšivení, mykóza, bakteriální infekce a tuberkulóza. V průběhu let klesal počet hospitalizovaných a délka hospitalizace. Dvě třetiny hospitalizací skončily propuštěním zpět na ulici, necelých 5 % skončilo úmrtím.

Na podkladě zjištění námi prezentované studie a recentních strategických dokumentů v ČR i zahraničí lze navrhnout následující doporučení:

- Potřebné jsou pobytové služby pro bezdomovce (např. po propuštění z hospitalizace, zejména když je vyžadována následná péče, anebo pro poskytnutí zázemí na krátkodobou léčbu, která nevyžaduje pobyt v nemocnici, a naopak může předejít hospitalizaci).
- Podchycení lidí bez domova a osob sociálně vyloučených vyžaduje působení sociálního pracovníka již při pobytu takové osoby ve zdravotnickém zařízení, aby mohla být určena, nabídnuta a poskytnuta adekvátní následná péče. Důležitá je role terénních pracovníků, a specifických terénních zdravotně-sociálních služeb, které na lokální úrovni nejlépe poskytnou individualizovanou péči šitou na míru lidem bez domova.
- Nelze opomíjet primární prevenci nemocí. Organizace specifických preventivních programů jako jsou cílené očkovací kampaně například proti covid-19, virové hepatitidě A a B nebo screeningové vyšetření na tuberkulózu, hepatitidy a HIV napomáhá snížení zátěže a dopadu infekčních nemocí na zdravotnictví a ekonomiku.
- Pro monitorování zdravotního stavu bezdomovců je nezbytné využití dat z různých zdrojů, údaje o hospitalizacích jsou jen jedním z nich. Prezentovaná data ukazují závažnost situace bezdomovců a potřebu kooperace mezi rezorty zdravotnictví a sociálních služeb, orgány veřejné správy, nevládními organizacemi při zajišťování specifické zdravotně-sociální péče o nemocné bezdomovce. V rámci digitalizace je vhodné podchytit data o bezdomovectví a stanovit indikátory ke sledování potřeb a zátěže v oblasti zdravotně-sociální.

proLékaře.cz | 29.11.2026

LITERATURA

1. Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky [online] 2013. ISBN 978-80-7421-072-3. [cit. 2021-01-16]. Dostupné na www: https://www.mpsv.cz/koncepce-prevence-a-reseni-problematiky-bezdomovectvi-v-cr-do-roku-2020.
2. EU homelessness strategy. Declaration of the European Parliament of 16 December 2010 on an EU homelessness strategy [online] 2010. [cit. 2021-01-16]. Dostupné na www: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-7-2010-0499_EN.html.
3. ETHOS – European Typology of Homelessness and housing exclusion, FEANTSA [online]. [cit. 2021-01-16]. Dostupné na www: https://www.feantsa.org/download/en-16822651433655843804.pdf ; ETHOS – Evropská typologie bezdomovství a vyloučení z bydlení v prostředí ČR, FEANTSA [online]. [cit. 2021-01-16]. Dostupné na www: https://www.feantsa.org/download/cz___8621229557703714801.pdf.
4. FEANTSA – European Federation of National Organisations Working with the Homeless. What is FEANTSA [online]. [cit. 2021-10-20]. Dostupné na www: https://www.feantsa.org/en/about-us/what-is-feantsa.
5. Edgar B. European review of statistics on homelessness, Sixth review [online]. Brussels: European Federation of National Organisations Working with the Homeless, FEANTSA, 2009 [cit. 2021-01-16]. Dostupné na www: https://www.feantsaresearch.org/download/6-2009837600331622350593 3.pdf.
6. Hradecký I, Barták M, Cveček D, et al. Definice a typologie bezdomovství [online]. Praha: Naděje, 2007 [cit. 2021-01-16]. Dostupné na www: https://www.nadeje.cz/img-content/files/docs/odborne/2007dtbezdm.pdf.
7. Hradecký I. Národní zpráva o bezdomovectví v České republice 2005 (The National Report on Homelessness 2005 prepared for European Observatory on Homelessness) [online]. 2005 [cit. 2021-01-16]. Dostupné na www: https://www.nadeje.cz/img-content/files/docs/odborne/2005nzob_en.pdf.
8. Zpráva o plnění Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020 za rok 2020 [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí; 2021 [cit. 2021-11-02]. Dostupné na www: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Zpráva+o+plnění+Koncepce+prevence+a+řešení+problematiky+bezdomovectví+v+ČR+do+roku+2020+za+rok+2020.pdf.
9. Better data and policies to fight homelessness in the OECD. Policy brief on affordable housing [online]. Paris: OECD; 2020 [cit. 2021-10-29]. Dostupné na www: http://oe.cd/homelessness-2020.
10. Dvořáčková D, Belešová R, Kajanová A, Bergougui B. Health and social aspects of homelessness. *Kontakt*, 2016;18(3):e179–e183; Dostupné na www: http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.08.004.
11. Marek J, Strnad A, Hotovcová L. Bezdomovectví v kontextu ambulantních sociálních služeb. Praha: Portál; 2012.
12. Hradecký I. Profily bezdomovství v České republice. Proč spí lidé venku a kdo jsou ti lidé. Tematická zpráva 2005 zpracovaná pro Evropskou observatoř bezdomovství [online]. 2005 [cit. 2021-01-16]. Dostupné na www: https://www.nadeje.cz/img-content/files/docs/odborne/pslvakj05cz.pdf.
13. Baptista I, Marlier E. Fighting homelessness and housing exclusion in Europe: A study of national policies [online]. European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission; 2019 [cit. 2021-10-29]. Dostupné na www: https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8243&furtherPubs=yes.
14. Wickham S. Effective interventions for homeless populations: the evidence remains unclear. *Lancet Public Health*, 2020;5(6):e304–e305.
15. Obyvatelstvo podle způsobu bydlení. Sčítání lidu, domů a bytů, 2011 [online]. Praha: Český statistický úřad; 2014 [cit. 2021-01-16]. Dostupné na www: https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo-podle-zpusobu-bydleni-2011-x4dkqoclsq.
16. Kuchařová V, Janurová K. Velikost a struktura skupin osob bez domova a osob vyloučených z bydlení [online]. Praha: VÚPSV, v. v. i.; 2016 [cit. 2021-01-16]. Dostupné na www: https://sad-cr.cz/velikost-a-struktura-skupin-osob-bez-domova-a-osob-vylouce-nych-z-bydleni/.
17. Nešporová O, Holpuch P, Janurová K, Kuchařová V. Sčítání osob bez domova v České republice 2019. Kategorie bez střechy a vybrané kategorie bez bytu podle typologie ETHOS [online]. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v. v. i.; 2019 [cit. 2021-01-16].
18. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet,* 2014;384(9953):1529–1540.
19. Odehnalová A. Úvod do psychopatologie a sociální patologie. In: Janoušková K, Nedělníková D, Eds. Profesní dovednosti terénních pracovníků [online]. Ostrava: Ostravská univerzita; 2008. s. 270–297 [cit. 2021-01-16]. Dostupné na www: https://projekty.osu.cz/tsp/dokumenty/sbornik_tp.pdf. ISBN 978-80-7368-503-4.
20. Dutka J, Glumbíková K, Čada K. Zdraví obyvatel postrádajících standardní bydlení [online]. Praha: MPSV; 2018 [cit. 2021-01-16]. Dostupné na www: http://www.socialnibydleni.mpsv.cz/images/soubory/Ostatni/Zdraví_obyvatel_postrádajících_standardní_bydlení.pdf.
21. Medcalf P, Russell GK. Homeless healthcare: raising the standards. *Clin Med* (Lond), 2014;14(4):349–353.
22. Šupková D, Pešek J, Trnka L, Vidovičová H, Volná J. Zdravotní péče o bezdomovce v ČR [online]. Praha: Grada Publishing; 2007 [cit. 2021-01-16]. Dostupné na www: https://nadeje.cz/img-content/files/docs/odborne/2007zpb.pdf. ISBN 978-80-247-2245-0.
23. Dragomirecká E, Kubisová D, Anděl M. Duševní zdraví pražských bezdomovců. *Psychiatrie,* 2004;8(4):274–279.
24. Zdraví 2030 – Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky; 2020 [cit. 2021-10-20]. Dostupné na www: https://www.mzcr.cz/vlada-schvalila-strategicky-ramec-zdravi-2030-2/.
25. Strategie sociálního začleňování 2021–2030 [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí; 2020 [cit. 2021-10-20]. Dostupné na www: https://www.mpsv.cz/strategie-socialniho-zaclenovani-2021-2030.
26. Ni Cheallaigh C, Cullivan S, Sears J, et al. Usage of unscheduled hospital care by homeless individuals in Dublin, Ireland: a cross-sectional study. *BMJ Open,* 2017;7(11): e016420.
27. National strategies for combating homelessness [online]. Paris: OECD; 2021 [cit. 2021-11-12]. Dostupné na www: https://www.oecd.org/els/family/HC3-2-Homeless-strategies.pdf.
28. Zólyomi E, Fuchs M, Simmons C, Geyer L, Sandu V, Rodrigues R, Birtha M. Mapping trends and policies to tackle homelessness in Europe [online]. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2021 [cit. 2021-11-15]. Dostupné na www: https://www.euro.centre.org/publications/detail/4012.
29. Hospitalizovaní v nemocnicích ČR [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR; 2021 [cit. 2021-12-10]. Dostupné na www: https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--tematicke-rady&id=738.
30. Sixth overview of housing exclusion in Europe 2021 [online]. Foundation Abbe Pierre and FEANTSA; 2021 [cit. 2021-11-03]. Dostupné na www: https://www.fondation-abbe-pierre.fr/documents/pdf/rapport_europe_2021_gb.pdf.
31. Harmonisation of definitions of homelessness for UK Official Statistics: A feasibility report [online]. Government Statistical Service; 2019 [cit. 2021-11-03]. Dostupné na www: https://gss.civilservice.gov.uk/wp-content/uploads/2019/02/GSS-homelessness-report-1.pdf.
32. Pekárková A. Pouliční medicína. *Vita Nostra Revue,* 2016;26(3):48–51.
33. Rae BE, Rees S. The perceptions of homeless people regarding their healthcare needs and experiences of receiving health care. *J Adv Nurs*, 2015;71(9):2096–2107.
34. Grech E, Raeburn T. Experiences of hospitalised homeless adults and their health care providers in OECD nations: A literature review. *Collegian,* 2019;26(1):204–211.
35. Romero-Ortuno R, O'Riordan D, Silke B. Profiling the medical admissions of the homeless. *Acute Medicine,* 2012;11(4):197–204.

proLékaře.cz | 29.11.2026

36. Kubisová D, Dlouhý P, Rambousková J, Anděl M. Absence of protein-energy malnutrition in Prague homeless. *Int J Public Health,* 2008;53(1):57–63.
37. Wadhera RK, Choi E, Shen C, Yeh RW. Joynt Maddox KE. Trends, causes, and outcomes of hospitalizations for homeless individuals. A retrospective cohort study. *Med Care*, 2019;57(1):21–27.
38. Beijer U, Wolf A, Fazel S. Prevalence of tuberculosis, hepatitis C virus, and HIV in homeless people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*, 2012;12(11):859–870.
39. Kubín M, Malý M, Jágrová Z. Podíl bezdomovců na incidenci tuberkulózy v Praze. *Studia pneumologica et phthiseologica,* 2016;76(2):67–72.
40. Goetsch U, Bellinger OK, Buettel KL, Gottschalk R. Tuberculosis among drug users and homeless persons: impact of voluntary X-ray investigation on active case finding. *Infection*, 2012;40(4):389–395.
41. Second overview of housing exclusion in Europe 2017 [online]. Brussels: The Foundation Abbé Pierre – FEANTSA; 2017 [cit. 2021-01-16]. Dostupné z www: https://www.feantsa.org/download/gb_housing-exclusion-report_complete_20178613899107250251219.pdf.
42. Aldridge RW, Menezes D, Lewer D, et al. Causes of death among homeless people: a population-based cross-sectional study of linked hospitalisation and mortality data in England. *Wellcome Open Res*, 2019;4:49.
43. Balla S, Alqahtani, F, Alhajji M, Alkhouli, M. Cardiovascular outcomes and rehospitalization rates in homeless patients admitted with acute myocardial infarction. *Mayo Clin Proc,* 2020;95(4):660–668.
44. Davídkovová H, Plavcová E, Kynčl J, Kyselý J. Impacts of hot and cold spells differ for acute and chronic ischaemic heart diseases. *BMC Public Health,* 2014;14:480.
45. O'Flaherty, B. Homelessness research: A guide for economists (and friends). *Journal of Housing Economics*, 2019;44:1–25.
46. Pleace N, Baptista I, Knutagård M. Housing first in Europe: An overview of implementation, strategy and fidelity [online]. Brussels: Housing First Europe Hub, 2019 [cit. 2021-11-03]. Dostupné na www: https://housingfirsteurope.eu/assets/files/2019/10/2019-10-10-HFinEurope_Full-Report2019_final.pdf.

Poděkování
Podpořeno MZ ČR – RVO (Státní zdravotní ústav – SZÚ, 75010330). Autoři děkují Ústavu zdravotnických informací a statistiky za poskytnutí dat o hospitalizacích a jeho pracovníkům Adolfu Binderovi a Mgr. Ing. Janu Žofkovi za přípravu dat.

Do redakce došlo dne 6. 5. 2021.

Adresa pro korespondenci:
RNDr. Marek Malý, CSc.
Oddělení biostatistiky
Státní zdravotní ústav
Šrobárova 48
100 00 Praha 10-Vinohrady
e-mail: marek.maly@szu.cz

SELMA

Komplexní program pro provoz laboratoře.
Digitalizace žádanek, distribuce papírových a elektronických výsledků, vykazování dávek pro zdravotní pojišťovny, statistický a reportovací modul pro management.

SELMA Klient
Digitalizace žádanek pomocí OMR skenování, výrazně zvyšuje efektivitu příjmových pracovišť.

PrintServer
Modul pro tisk a řízenou distribuci laboratorních výsledků s kontrolou reálně vytištěných výsledků a automatickým rozdělením výsledků podle svozových tras.

Safety4Transfer LaboratorníVýsledky.cz
Aplikace pro elektronickou distribuci výsledků lékařům a pacientům. Univerzální řešení, které je schopné spolupracovat s jakýmkoliv LIS, NIS nebo AIS.

LabData
Webový portál, ve kterém má lékař dostupné laboratorní výsledky, e-žádanky, objednávkový katalog laboratorního materiálu nebo přehled bodů vykázaných laboratoři.

YODA2
Modul vykazování bodů na zdravotní pojišťovny. Provádí kontrolu a opravy dávek, přináší velkou míru a utomatizace a zvyšuje výtěžnost z vykázaných dávek.

Další služby
- Implementace systémů řízení dle norem ISO 9001, ISO 14001, ISO 15189
- Outsourcing IT, správa sítě
- Služby v oblasti kybernetické bezpečnosti

Kontaktní centrum
Samostatná služba zdravotnického kontaktního centra. Sdělování výsledků volajícím lékařům (propracovaný systém ověření), aktivní hlášení statimů a patologií, zpětné volání, monitoring a další činnosti. Služby kontaktního centra jsou poskytovány zkušeným týmem personálu se zdravotním vzděláním.

+420 315 626 513 **podatelna@cns.cz** **www.cns.cz** **www.inspirotec.cz**