

„ZDRAVÍ 2030“ – analytická studie

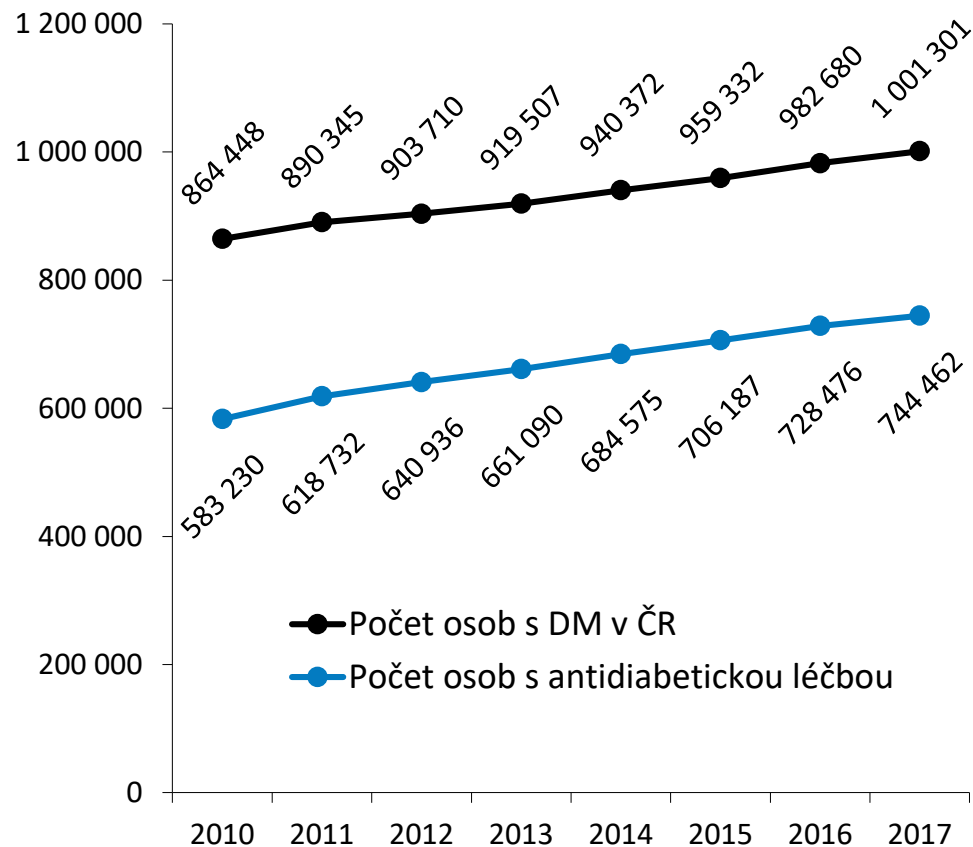


Zdravotní stav obyvatelstva
- Vybraná chronická neinfekční onemocnění

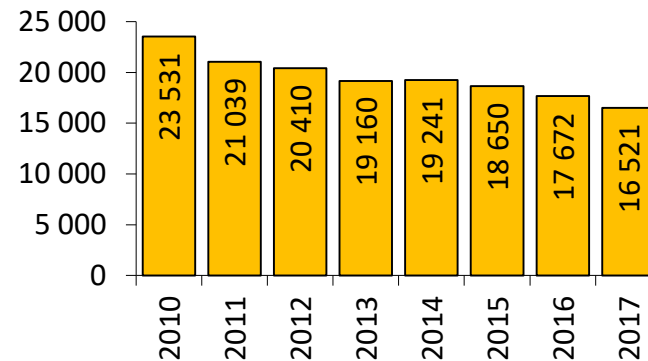
Epidemiologie – diabetes mellitus (DM)

Zdroj: NRHZS 2010–2017

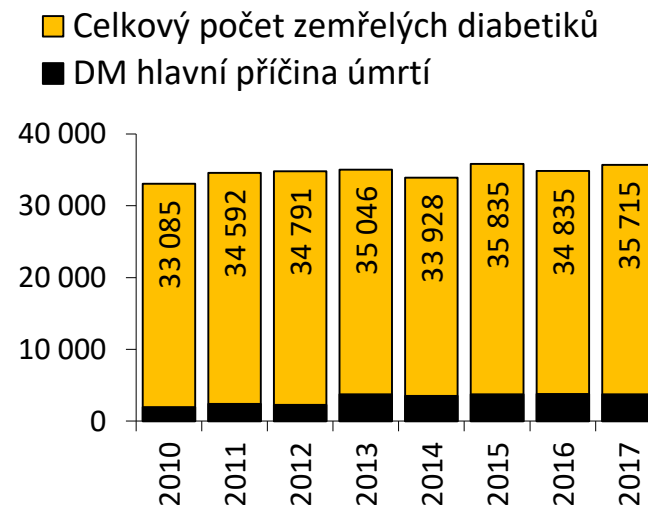
Celkový počet diabetiků a počet osob s antidiabetickou léčbou v ČR v letech 2010–2017:



Počet hospitalizací na lůžku akutní péče pro DM:



Počet zemřelých osob s DM:



Celkový počet diabetiků v ČR se každoročně zvyšuje o cca 20 tisíc, v roce 2018 přesáhla četnost výskytu 1 milion. Ve věku nad 70 let se DM vyskytuje u více než 30 % populace, tedy v souvislosti se stárnutím populace lze očekávat pokračující nárůst počtu diabetiků. Pro rok 2030 je predikován výskyt diabetu u 1,3 milionu osob.

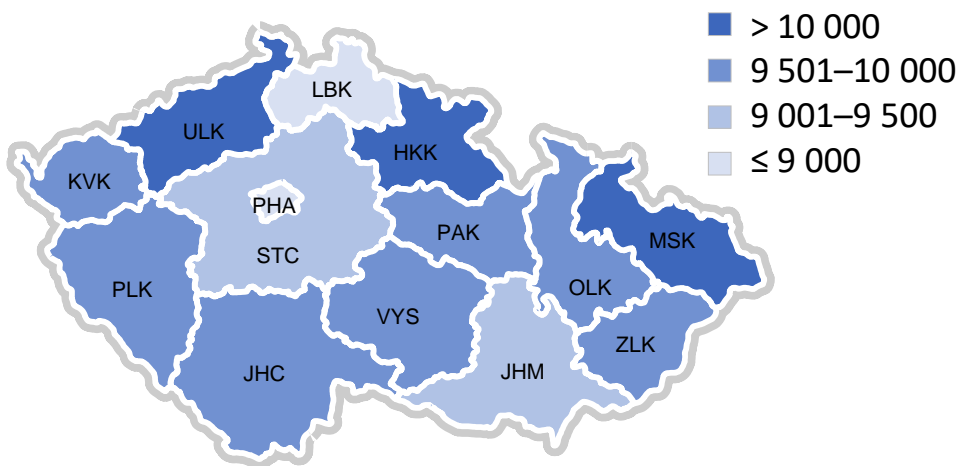
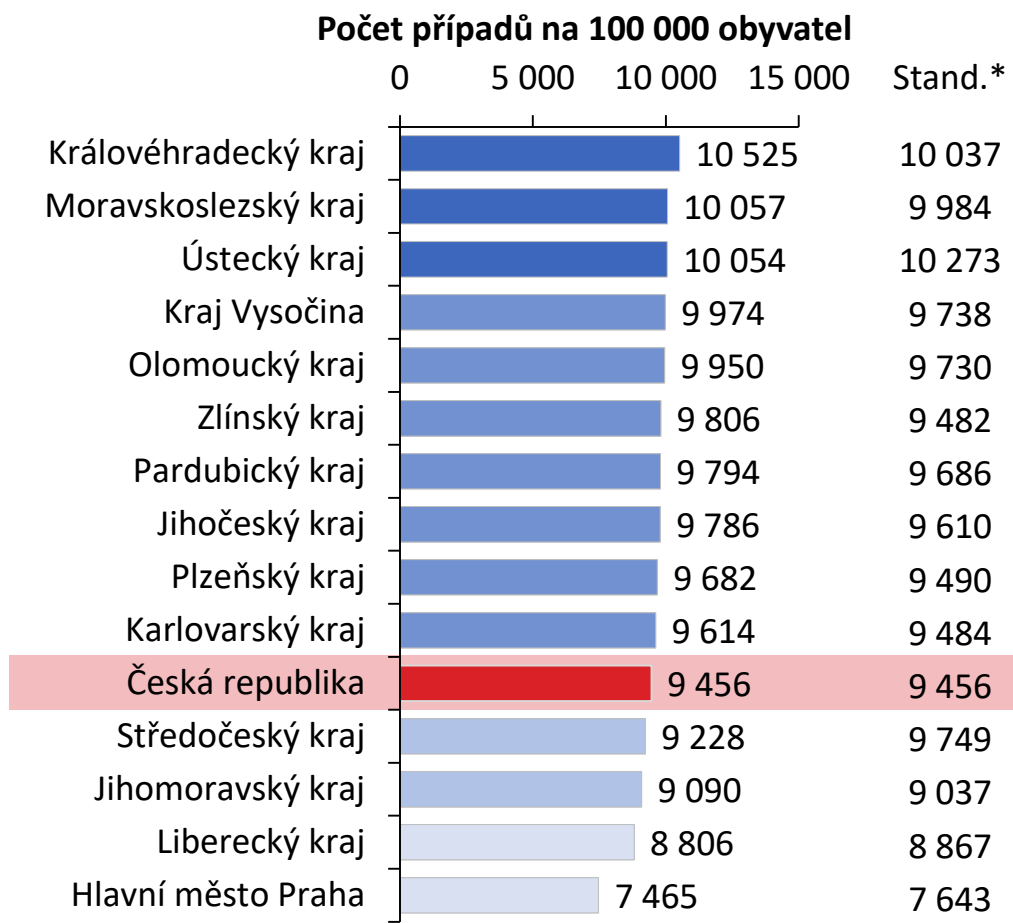
Přibližně 35 tisíc diabetiků ročně umírá (DM je hlavní příčinou úmrtí v 10 % případů, 90 % diabetiků umírá z jiných příčin. Na celkovém počtu úmrtí v ČR má diabetes mellitus jako hlavní příčina úmrtí 3% podíl.

Počet hospitalizací pro DM dlouhodobě klesá, v roce 2017 byl počet hospitalizací o 30 % nižší než v roce 2010. Počet osob léčených antidiabetiky (ATC skupina A10) naopak narůstá; v roce 2017 byla zaznamenána antidiabetická léčba u téměř 750 tisíc obyvatel ČR.

Epidemiologie – diabetes mellitus (DM): srovnání krajů ČR

Zdroj: NRHZS 2010–2017

Počet osob s DM v přepočtu na 100 000 obyvatel daného kraje:



Podle dat NZIS je v ČR zaznamenán výskyt DM s četností 9 456 případů na 100 000 obyvatel (data za rok 2017). Nejvyšší výskyt vzhledem k počtu obyvatel je v Královéhradeckém, Moravskoslezském a Ústeckém kraji (> 10 % populace v kraji), naopak výrazně nižší počet zaznamenaných případů je v Hl. m. Praha, a to i po provedení věkové standardizace.

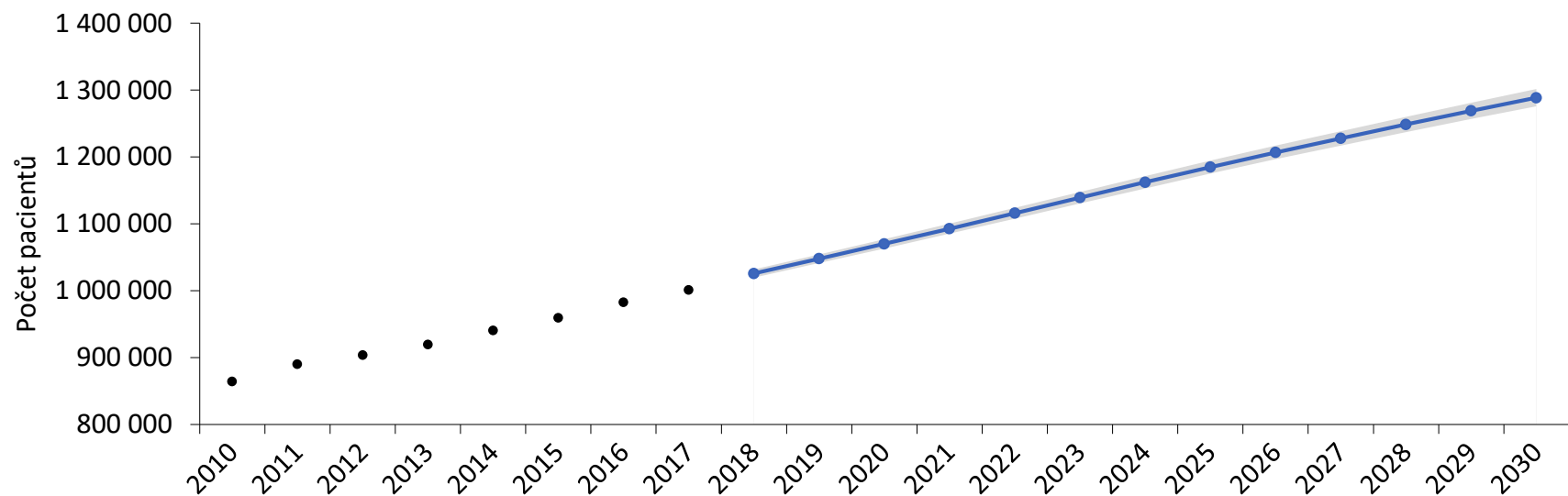
**Věkově standardizovaná hodnota zohledňuje rozdíly ve věkové struktuře obyvatel jednotlivých krajů, tj. udává teoretický počet případů na 100 000 obyvatel daného kraje v situaci, kdy je věková struktura obyvatel všech krajů shodná. Za referenční populaci je zde považována celá Česká republika.*

Statistická predikce prevalence diabetu v ČR do roku 2030

Zdroj dat: NRHZS 2010–2017, pacienti s DM; Český statistický úřad – Projekce obyvatelstva ČR

Metodika: Poissonův zobecněný lineární model, predikční báze 2010–2017

Pozorovaná prevalence	Predikce prevalence (včetně 95% intervalů spolehlivosti)		
Rok 2017	Rok 2020	Rok 2025	Rok 2030
1 001 301	1 070 075 (1 063 090 - 1 077 060)	1 184 812 (1 175 186 - 1 194 439)	1 288 600 (1 275 757 - 1 301 442)



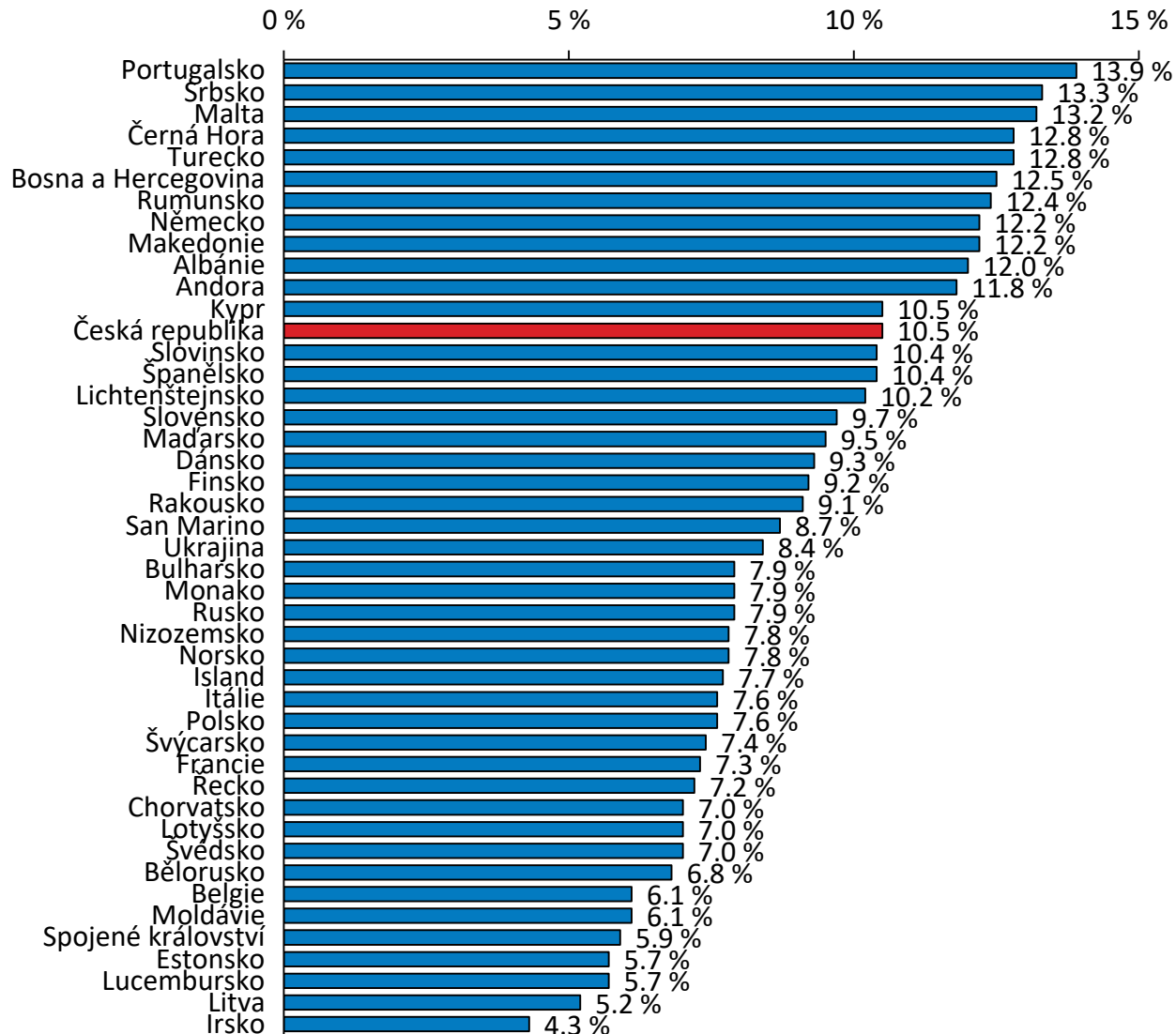
Zatímco v roce 2017 byl v ČR zaznamenán cca 1 milion nemocných s DM, **statistická predikce předpovídá pro rok 2030 již téměř 1,3 milionu nemocných.**

* 95% interval spolehlivosti, na grafu znázorněn šedou plochou, interval spolehlivosti je důsledkem statistické neurčitosti odhadu věkově-specifické prevalence

Mezinárodní srovnání odhadované prevalence DM v roce 2017

Zdroj: NRHZS 2017, IDF Diabetes Atlas 2017 (8. vydání)

Podíl osob s DM v dospělé populaci (20–79 let) ve státech Evropy v roce 2017:

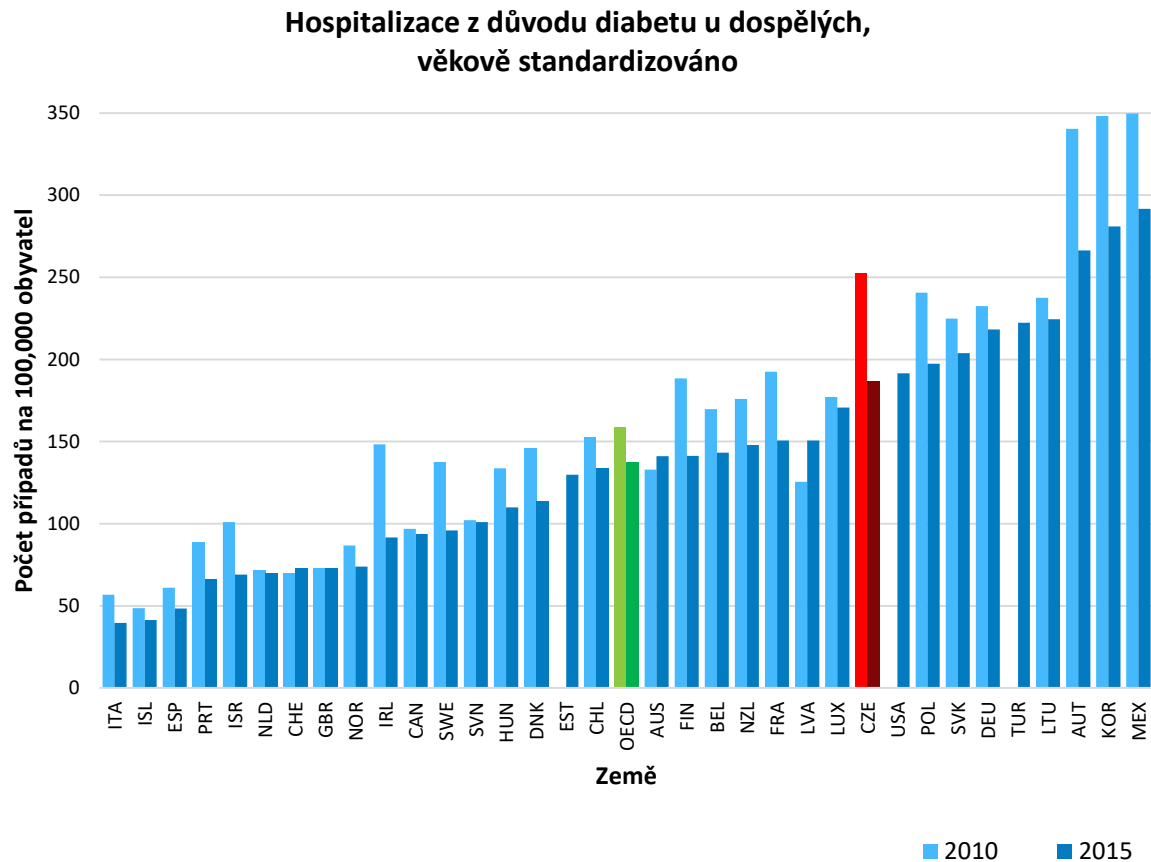


Česká republika se nachází v horní třetině žebříčku hodnotícího výskyt diabetu v populaci osob ve věku 20–79 v evropských státech.

Odhad prevalence v jednotlivých státech vychází z registrů, studií a publikací (dle dostupnosti dat v dané zemi); v případě České republiky je uvedena nejaktuálnější hodnota dle dat NRHZS za rok 2017.

Hospitalizace z důvodu diabetu: mezinárodní srovnání

Zdroj: OECD (2018), OECD Economic Surveys: Czech Republic 2018. OECD Publishing, Paris



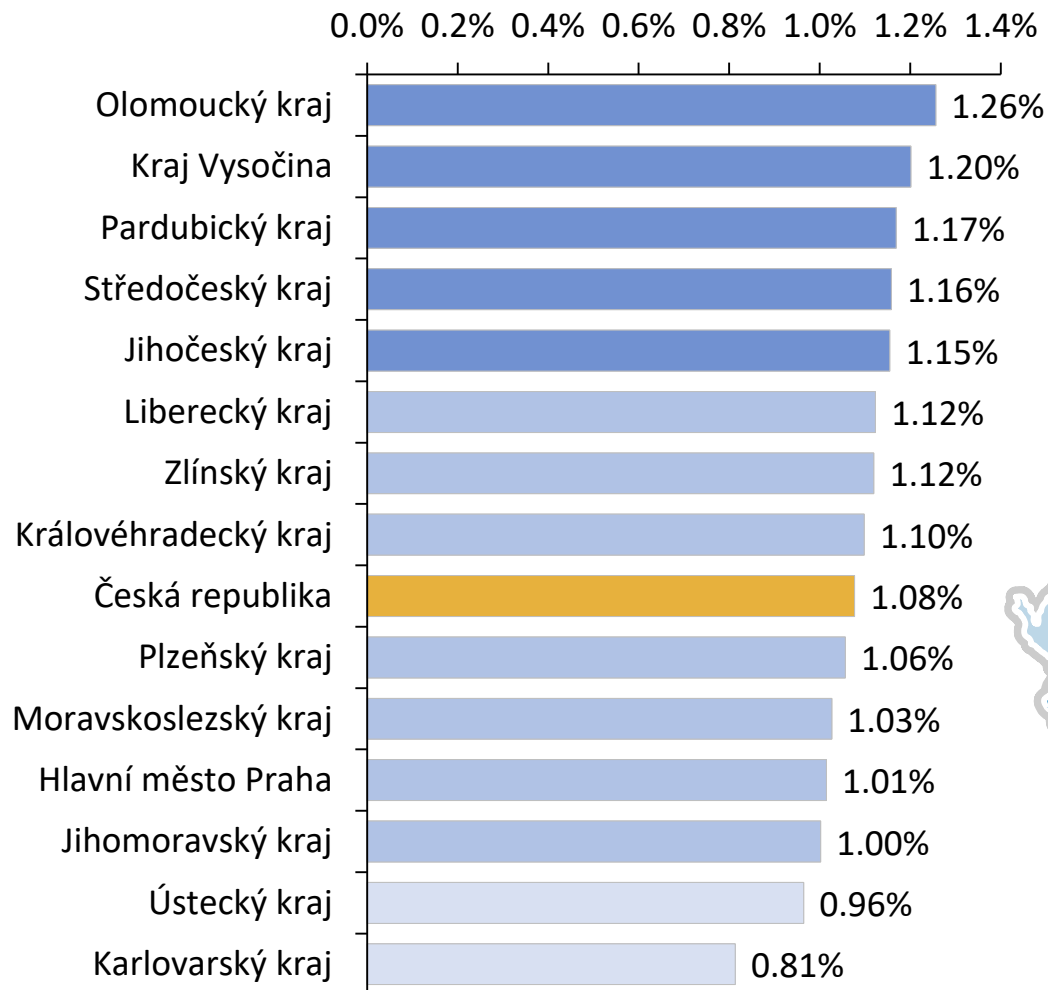
Počet hospitalizací z důvodu diabetu, jimž lze předejít, ukazuje, že Česká republika sice od roku 2010 dosáhla pokroku, ale stále je zde prostor ke zlepšení celkové léčby diabetu prostřednictvím vlastní péče, poradenství a osvěty a dále ošetření v rámci primární péče.

Hospitalizace z důvodu diabetu: srovnání regionů ČR

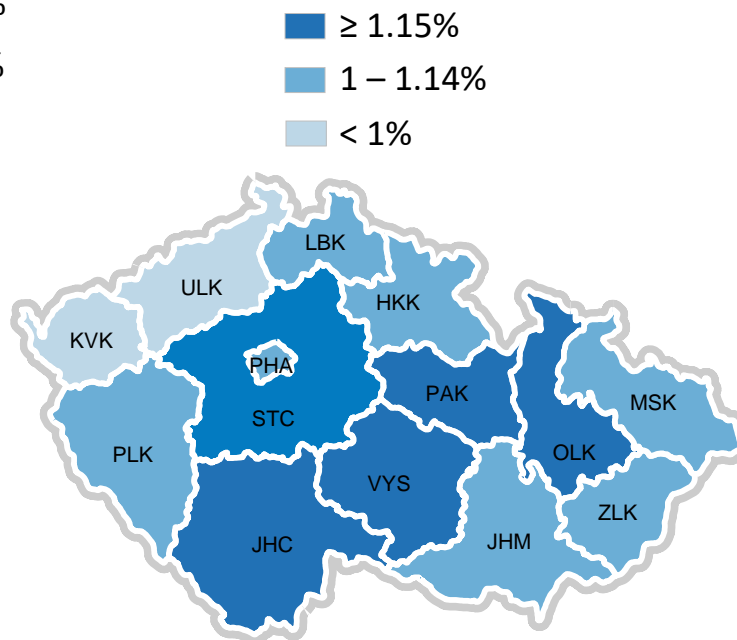
Zdroj: NRHOSP

E10-E14 na pozici hlavní hospitalizační diagnózy

Podíl DM jako hlavní příčiny akutních hospitalizací

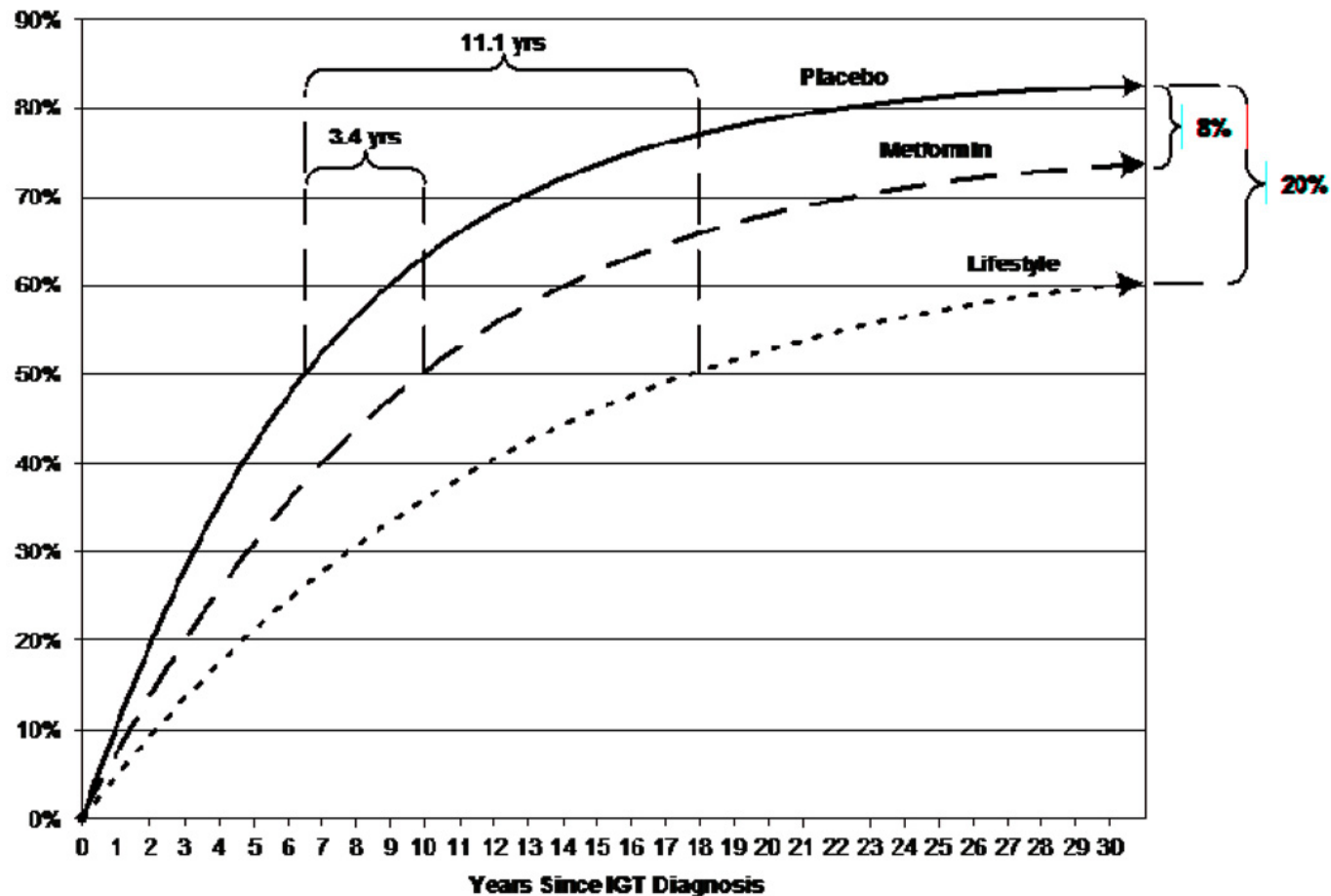


Hospitalizace z důvodu diabetu jako hlavní příčiny představují v ČR cca 1,1% všech hospitalizačních pobytů ročně. Je evidentní, že pacienti s diabetem jsou častěji hospitalizováni primárně z jiných příčin, souvisejících s komorbiditami a zdravotními problémy s diabetem souvisejícími.



Porovnání forem prevence diabetu

Zdroj: Herman WH et al. Ann Intern Med 2005;142:323–332.



Výsledek preventivních programů se hodnotí efektivitou nákladů investovaných do prevence. Náklady by neměly být vyšší než přínosy. Ze zahraničních zkušeností plyne, že investice do primární prevence, pokud preventivní program prokazatelně sníží výskyt nemoci, mají vysokou efektivitu a není neobvyklé, že poměr přínosů a nákladů je 10 : 1 i více.

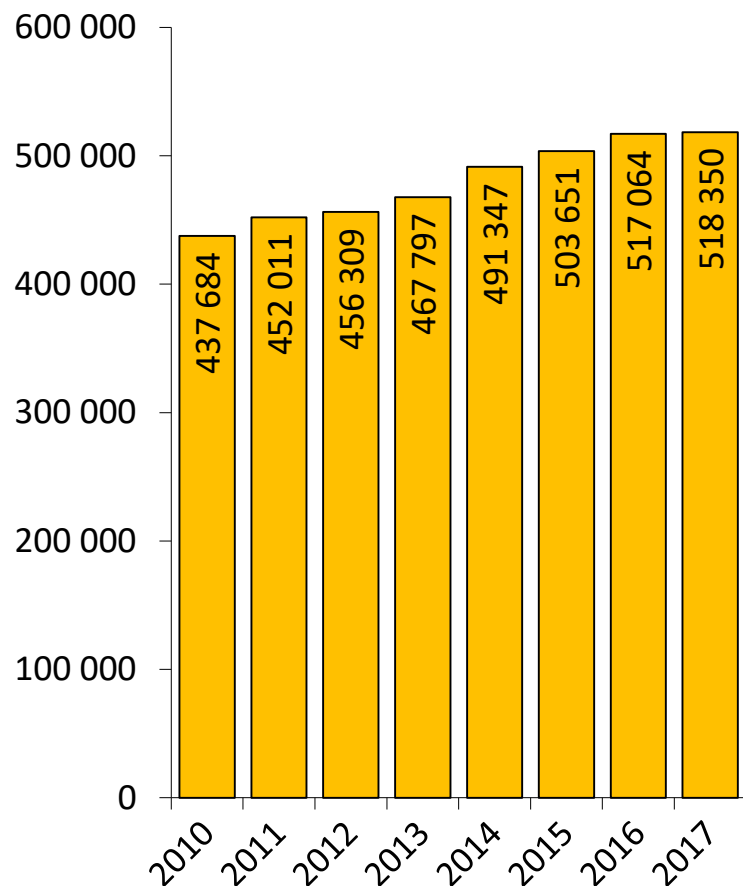
Pokud prevence neodvrátí nemoc, oddaluje její nástup. Prevence cukrovky prostřednictvím zdravého životního stylu zde oddaluje nástup choroby o 11 roků.

Astma

Zdroj: NRHZS 2010–2017

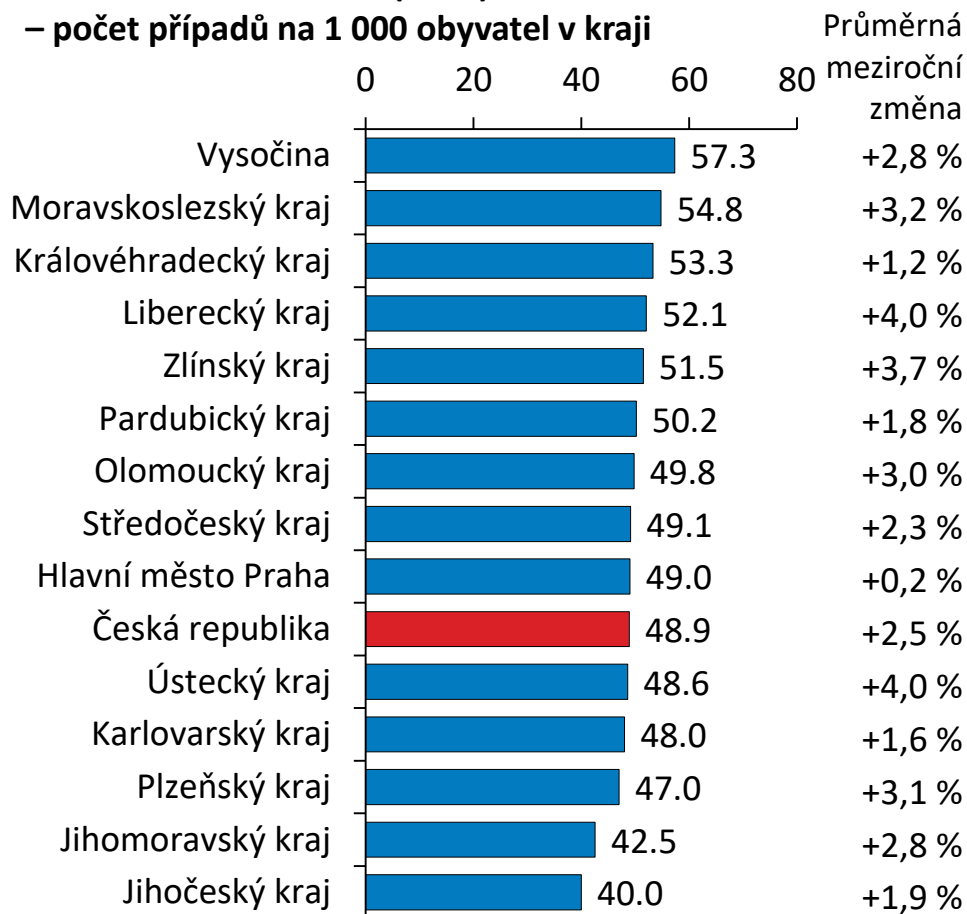
Definice: Osoby s vykázanou diagnózou J45 nebo J46.

**Celkový počet osob s astmatem
v ČR v letech 2010–2017:**



Počet osob s astmatem (2017)

– počet případů na 1 000 obyvatel v kraji



Astmatem trpí půl milionu obyvatel ČR (4,9 % populace v roce 2017). Počet nemocných se v jednotlivých krajích pohybuje od 40 do 57 případů na 1 000 obyvatel.

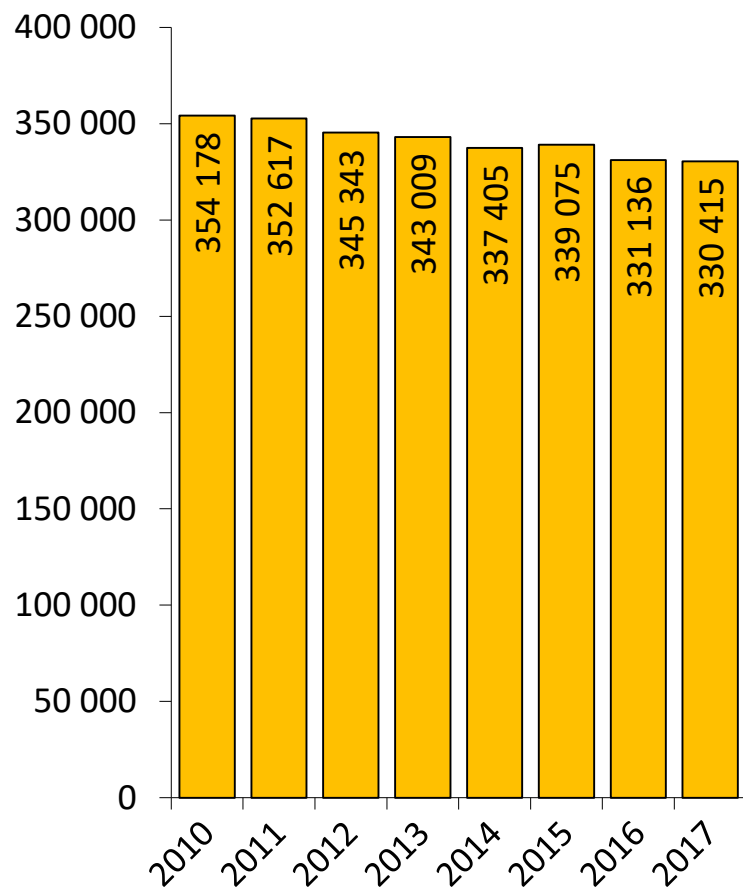
**Počet astmatiků se zvyšuje
meziročně v průměru o 2,5 %,
nejvýrazněji v Libereckém a
Ústeckém kraji (o +4,0 % za rok).**

Chronické nemoci dolních cest dýchacích

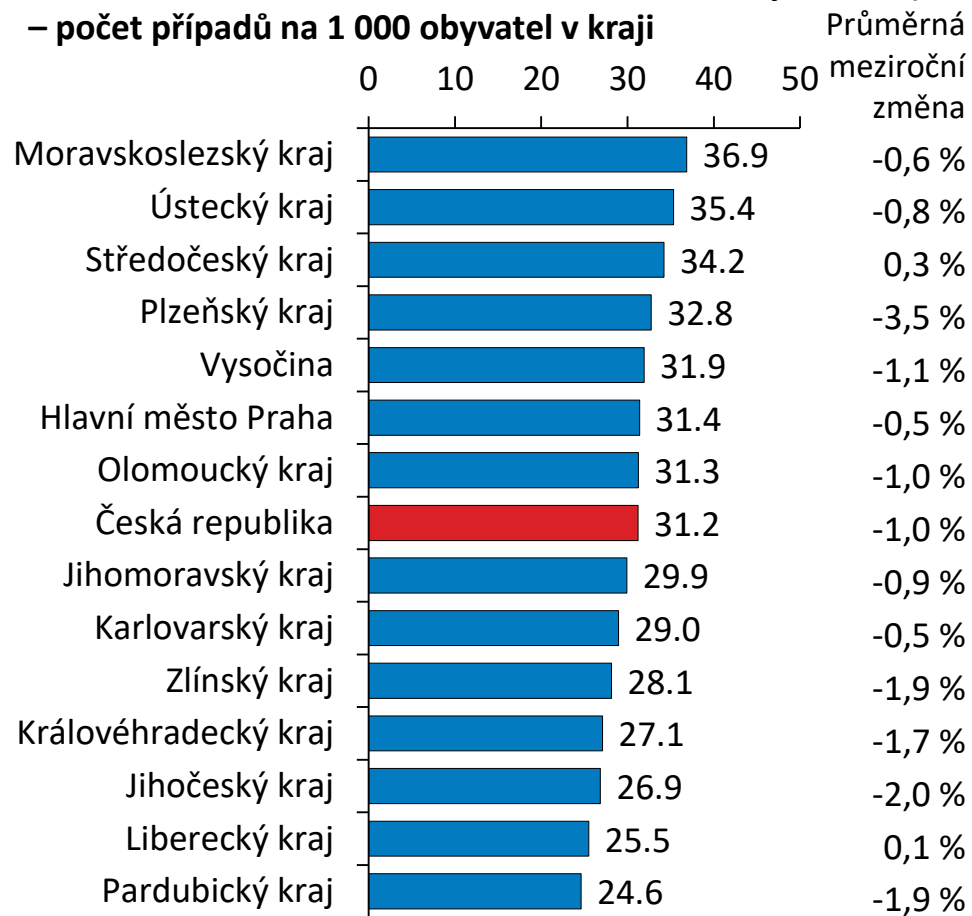
Zdroj: NRHZS 2010–2017

Definice: Osoby s vykázanou diagnózou J40–J44, J47.

**Celkový počet osob s chronickou nemocí
dolních cest dýchacích v ČR v letech 2010–2017:**



**Počet osob s s chronickou nemocí dolních cest dýchacích (2017)
– počet případů na 1 000 obyvatel v kraji**

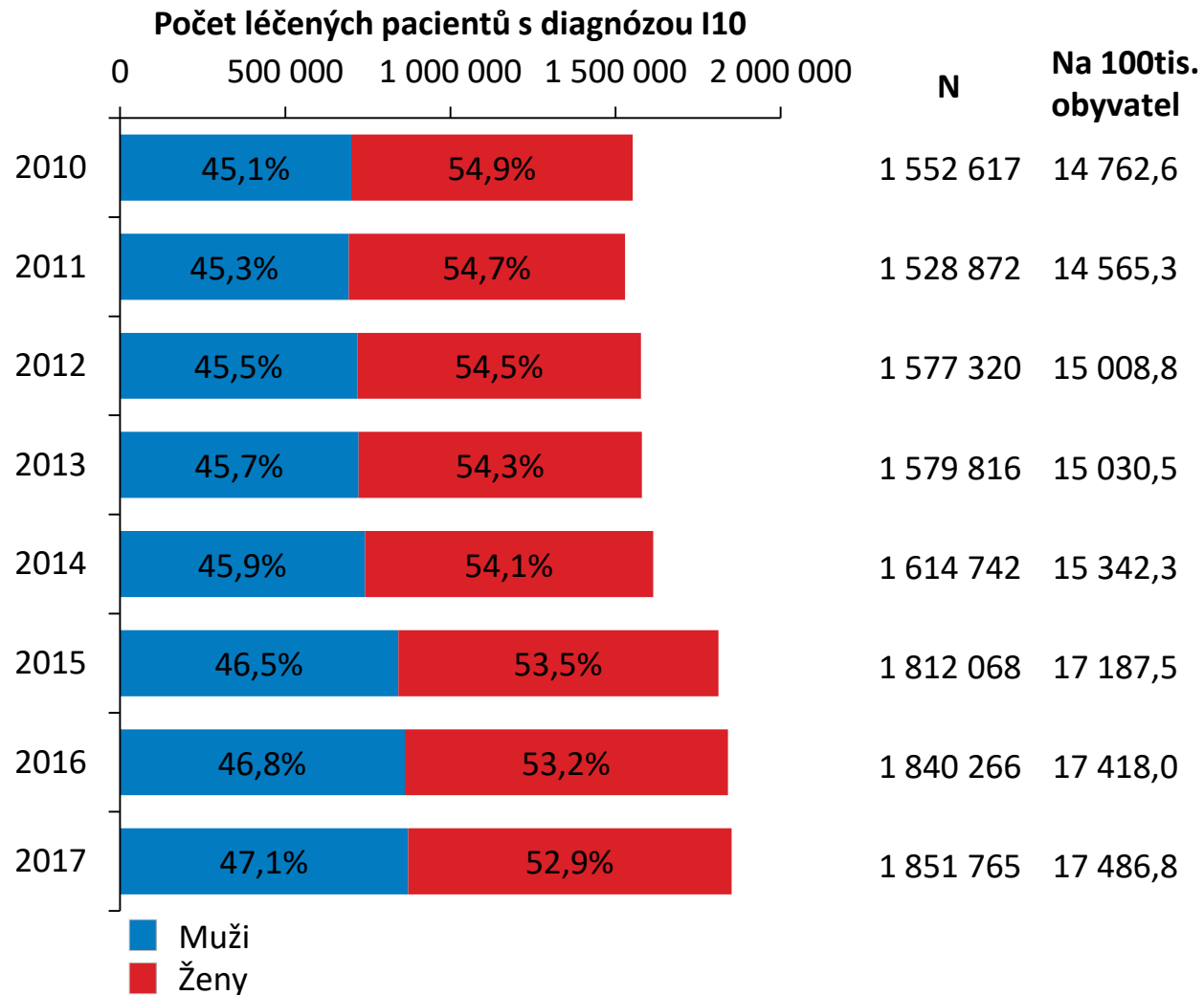


Chronická nemoc dolních cest dýchacích byla v roce 2017 zaznamenána u 330 tisíc obyvatel ČR (3,1 % populace). Počet nemocných se v jednotlivých krajích pohybuje od 25 do 37 případů na 1 000 obyvatel.

Hypertenze – počet léčených pacientů

Zdroj: NRHZS 2010 - 2017

Pacienti s vykázanou diagnózou I10 na pozici hlavní nebo vedlejší diagnózy dokladu v daném roce, kteří jsou v tomto roce zároveň léčeni některým z léků ze skupiny ATC kódů C02, C03, C07, C08, C09.



Počet pacientů léčených s hypertenzí v čase roste a představuje tak stále větší zátěž pro zdravotní systém. V roce 2017 mělo na dokladu vykázanou diagnózu I10 a zároveň bylo léčeno vybranými léky téměř dva miliony pacientů. Nárůst oproti roku 2016 je 11 499 osob. Proti roku 2010 je to však již o 299 148 pacientů více. Poměr pohlaví se v letech víceméně nemění, mírně převažují ženy nad muži (v roce 2017 47,1 % mužů a 52,9 % žen).

Hypertenze – počet léčených pacientů 2017

Zdroj: NRHZS 2017

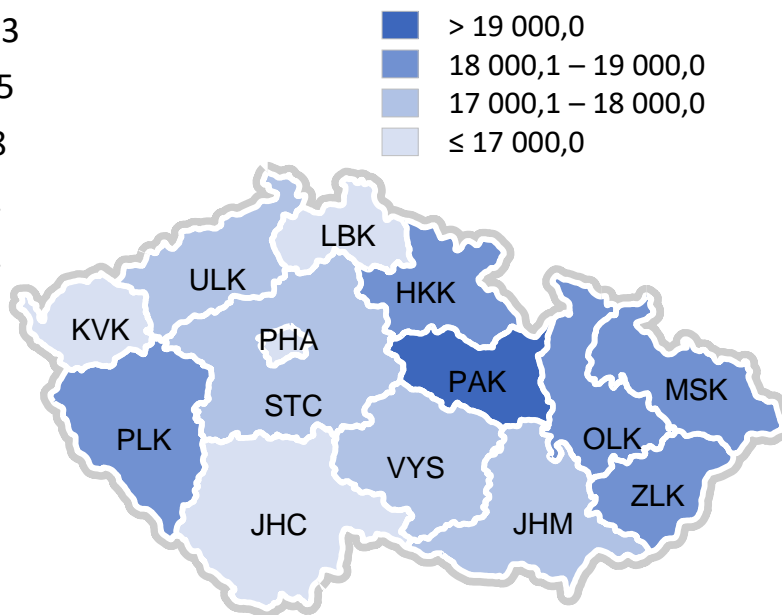
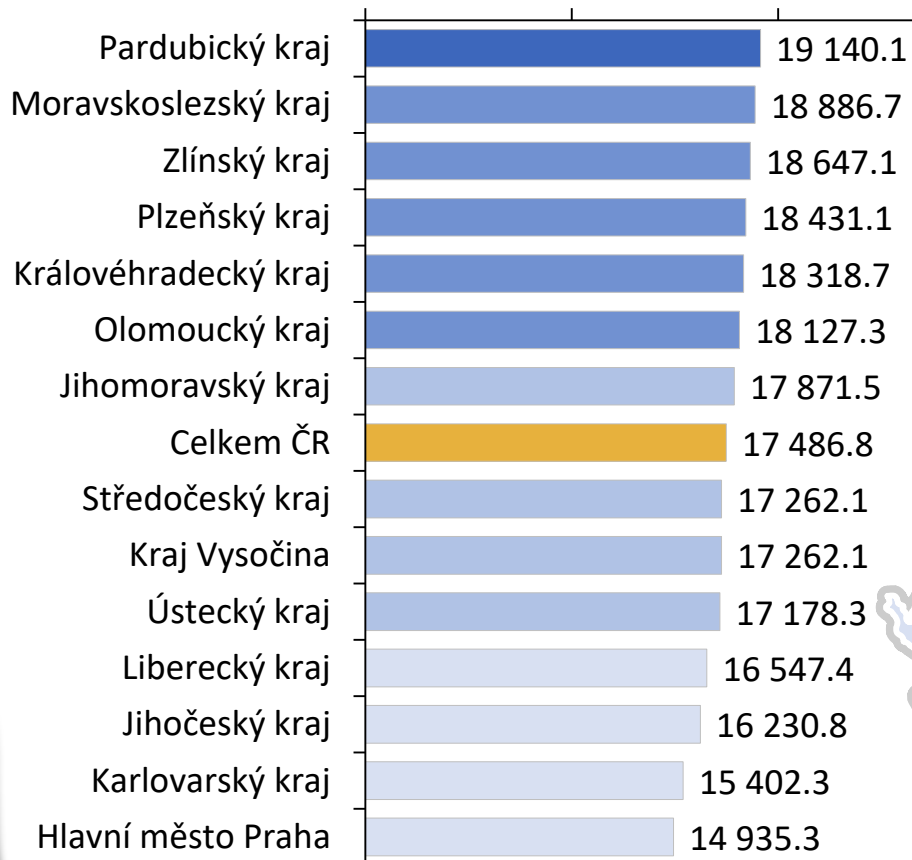
Pacienti s vykázanou diagnózou I10 na pozici hlavní nebo vedlejší diagnózy dokladu v daném roce, kteří jsou v tomto roce zároveň léčeni některým z léků ze skupiny ATC kódů C02, C03, C07, C08, C09. V roce 2017 N = 1 851 765 (827 366 mužů a 979 399 žen)

Počet léčených pacientů s diagnózou I10 v roce 2017

v přepočtu na 100tis. obyvatel

Bydliště

0 10 000 20 000 30 000



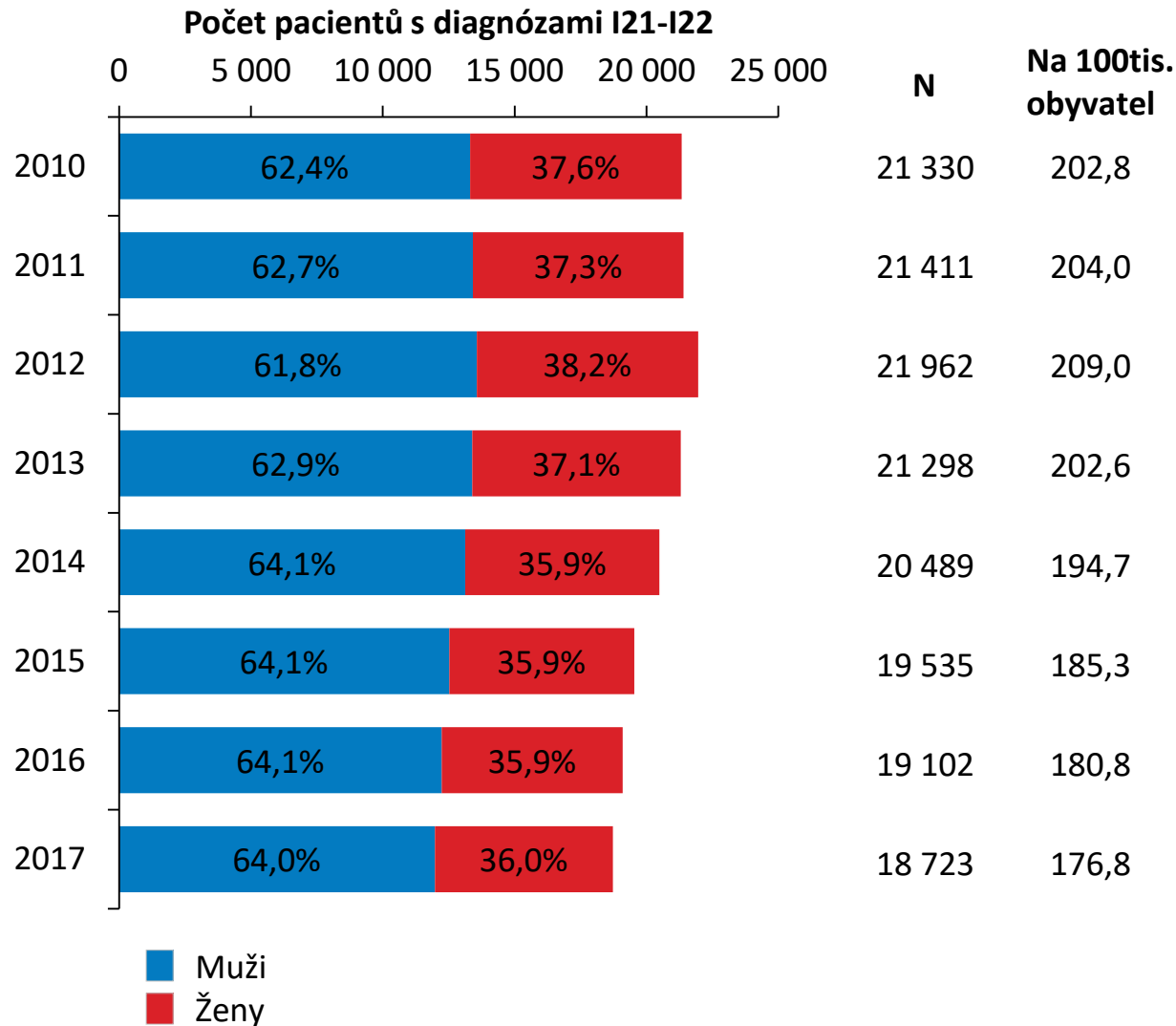
V roce 2017 mělo na dokladu vykázanou diagnózu I10 a zároveň bylo léčeno vybranými léky téměř dva miliony pacientů. Nárůst oproti roku 2016 je 11 499 osob. Proti roku 2010 je to však již o 299 148 pacientů více.

V přepočtu na 100 tisíc obyvatel bylo v roce 2017 nejvíce osob léčených s hypertenzí v Pardubickém kraji. Naopak nejméně osob trpících hypertenzí se nacházelo v Praze.

Akutní infarkt myokardu – počet pacientů

Zdroj: NRHOSP, LPZ 2010 - 2017

Počet pacientů s diagnózou I21-I22 při akutní hospitalizaci nebo úmrtí.



Počet pacientů s akutním infarktem myokardu vykazuje v čase klesající trend.

V roce 2017 prodělalo akutní infarkt myokardu 18 723 osob (176,8 v přepočtu na 100 tisíc obyvatel), což je o 379 osob méně, než v roce 2016.

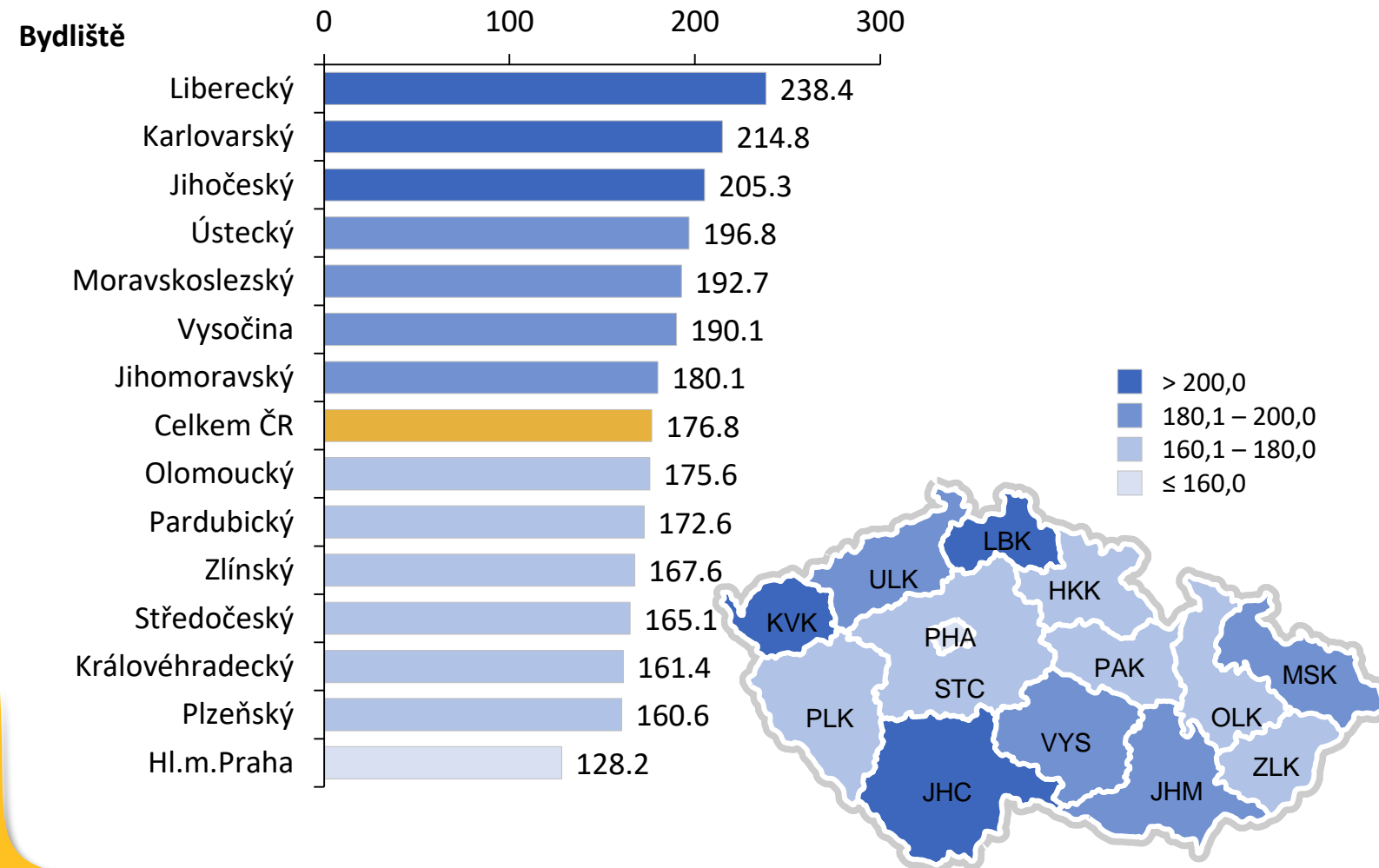
Zastoupení mužů a žen je v čase víceméně konstantní. Převažují muži nad ženami (v roce 2017 64,0 % mužů a 36,0 % žen).

Akutní infarkt myokardu – počet pacientů 2017

Zdroj: NRHOSP, LPZ 2017

Počet pacientů s diagnózou I21-I22 při akutní hospitalizaci nebo úmrtí. V roce 2017 N = 18 723 (12 944 mužů a 6 748 žen).

**Počet pacientů s diagnózami I21-I22 v roce 2017
v přepočtu na 100tis. obyvatel**

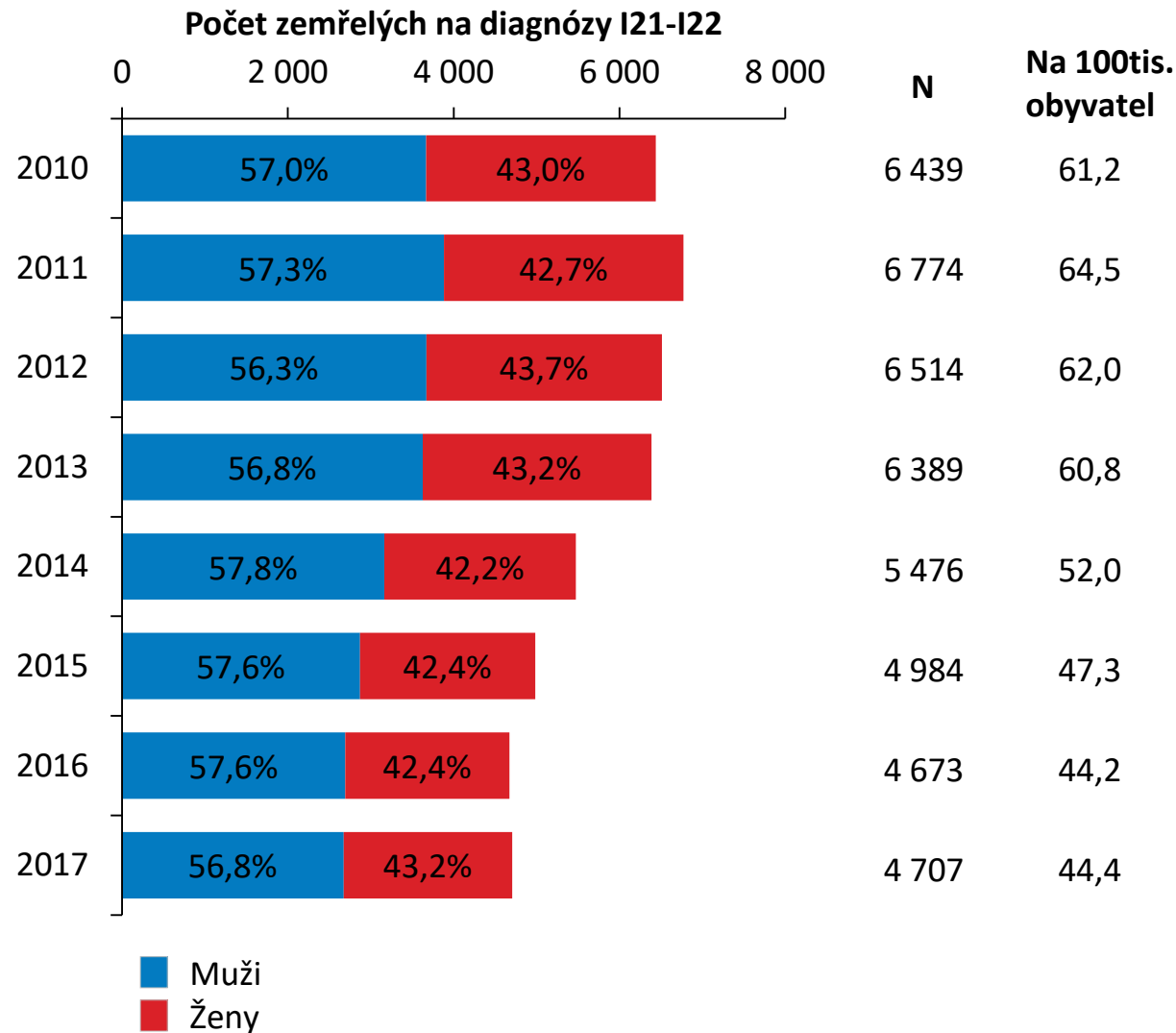


V roce 2017 prodělalo akutní infarkt myokardu 18 723 osob (176,8 v přepočtu na 100 tisíc obyvatel). Nejvyšší počet pacientů akutním infarktem myokardu bylo v roce 2017 v Libereckém kraji. Naopak krajem s nejnižším počtem pacientů byla Praha. Kraje vykazují poměrně velkou heterogenitu. Počet pacientů v nejvíce zastoupeném Libereckém kraji byl téměř dvojnásobný oproti Praze s nejmenším počtem pacientů.

Akutní infarkt myokardu jako hlavní příčina úmrtí

Zdroj: LPZ 2010 – 2017

Pacienti s diagnózou I21-I22 jako hlavní příčinou úmrtí.

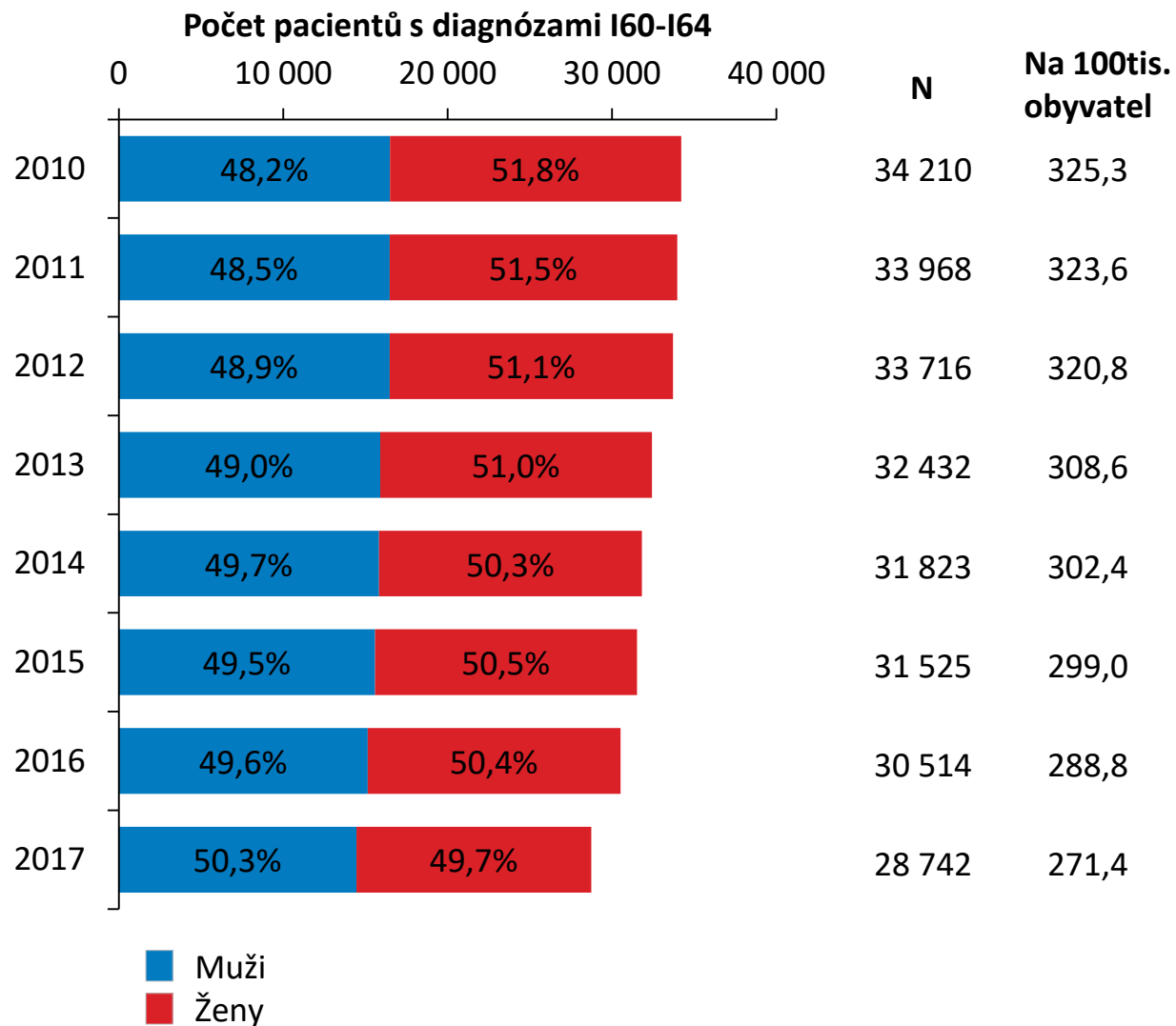


Počet pacientů s diagnózami I21-I22 jako hlavními příčinami úmrtí vykazuje v čase spíše klesající trend. V roce 2017 zemřelo pro akutní infarkt myokardu 4 707 osob (44,4 v přepočtu na 100 tisíc obyvatel). To je o více jak 2 tisíce méně než v roce 2012, kdy bylo za sledované období pozorováno nejvíce úmrtí s akutním infarktem myokardu jako hlavní příčinou. Poměr pohlaví je v čase víceméně konstantní, převažují muži nad ženami (v roce 2017 56,8 % mužů a 43,2 % žen).

Mozková mrtvice – počet pacientů

Zdroj: NRHOSP, LPZ 2010 - 2017

Počet pacientů s diagnózou I60-I64 při akutní hospitalizaci nebo úmrtí.



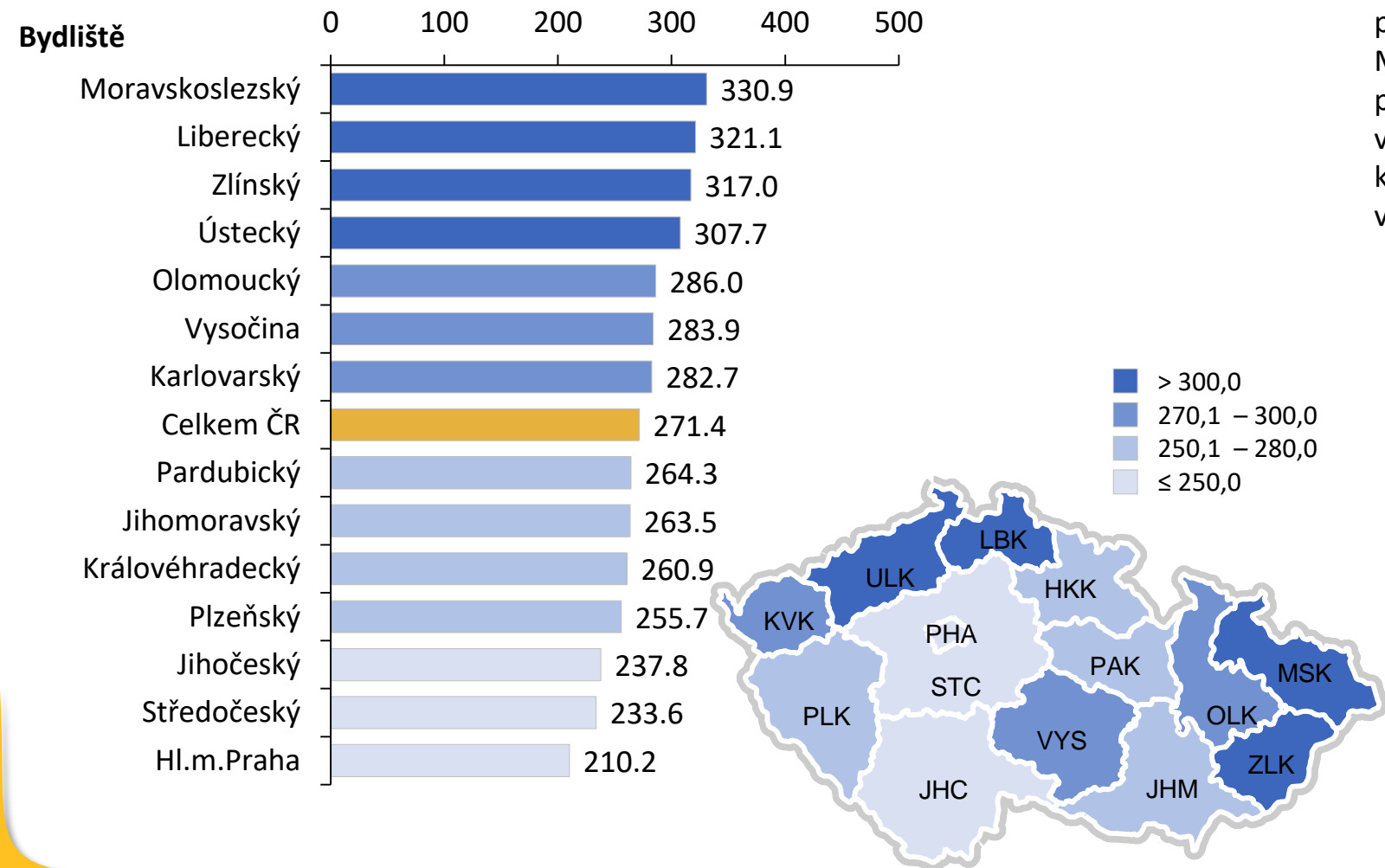
Počet pacientů s diagnózami I60-I64 vykazuje v čase klesající trend. V roce 2017 mělo mozkovou mrtvici 28 742 pacientů (271,4 v přepočtu na 100 tisíc obyvatel). To je o 1 722 osob méně než v roce 2016 a o 5 468 osob méně, než v roce 2010. Zastoupení pohlaví se v čase výrazně nemění a je víceméně v rovnováze (v roce 2017 50,3 % mužů a 49,7 % žen).

Mozková mrtvice – počet pacientů 2017

Zdroj: NRHOSP, LPZ 2017

Počet pacientů s diagnózou I60-I64 při akutní hospitalizaci nebo úmrtí. V roce 2017 N = 28 742 (14 449 mužů a 14 292 žen)

**Počet pacientů s diagnózami I60-I64 v roce 2017
v přepočtu na 100tis. obyvatel**

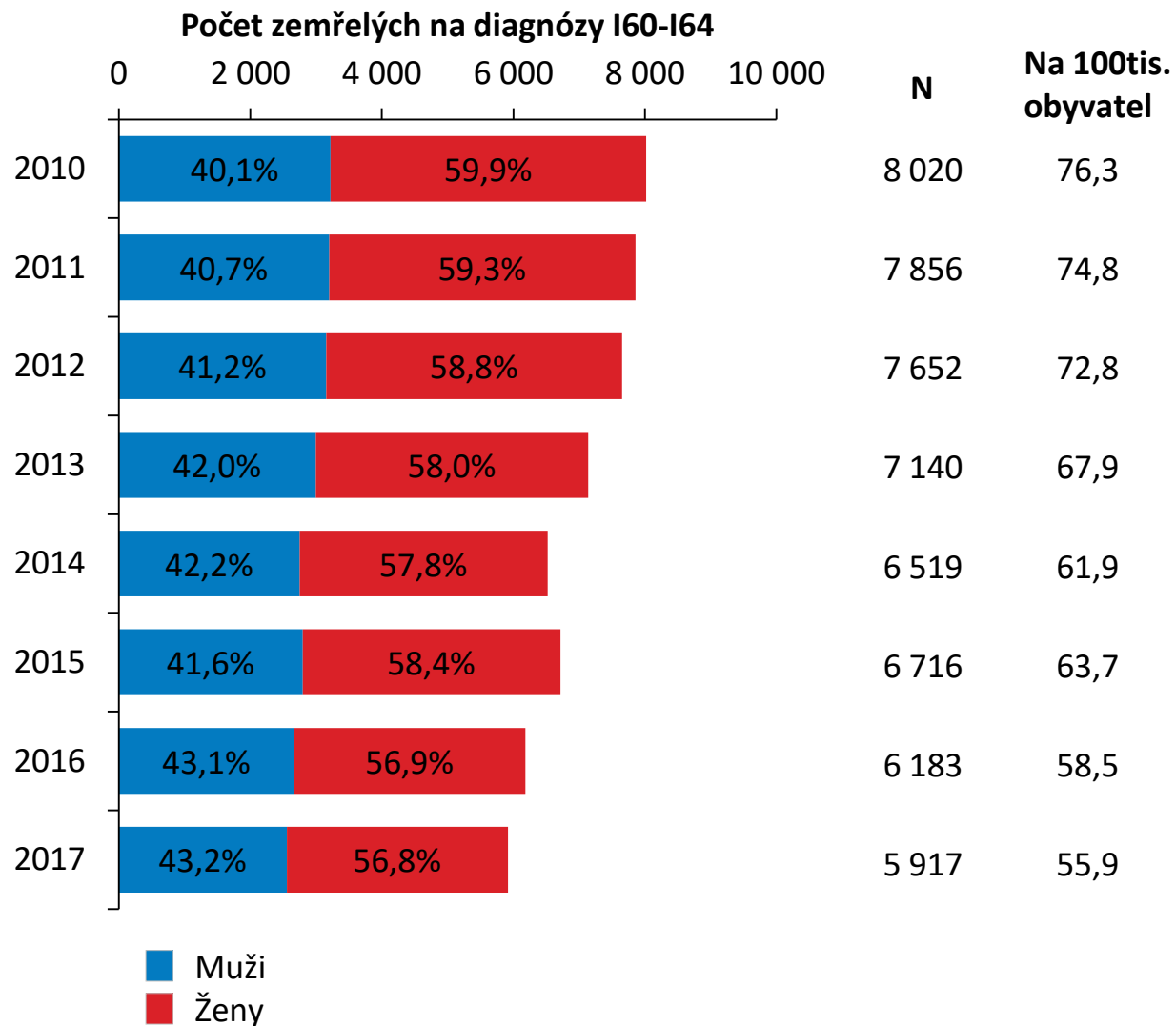


V roce 2017 mělo mozkovou mrtvici 28 742 pacientů (271,4 v přepočtu na 100 tisíc obyvatel). Nejvíce osob s mozkovou mrtvicí v roce 2017 v přepočtu na 100 tisíc obyvatel bylo v kraji Moravskoslezském. Naopak nejnižším počtem pacientů se vyznačovala Praha. Existuje poměrně výrazná heterogenita mezi kraji. Rozdíl mezi krajem s nejvyšším a nejnižším počtem pacientů v přepočtu na 100 tisíc obyvatel je 120,7 osob.

Mozková mrtvice jako hlavní příčina úmrtí

Zdroj: LPZ 2010 - 2017

Pacienti s diagnózou I60-I64 jako hlavní příčinou úmrtí.



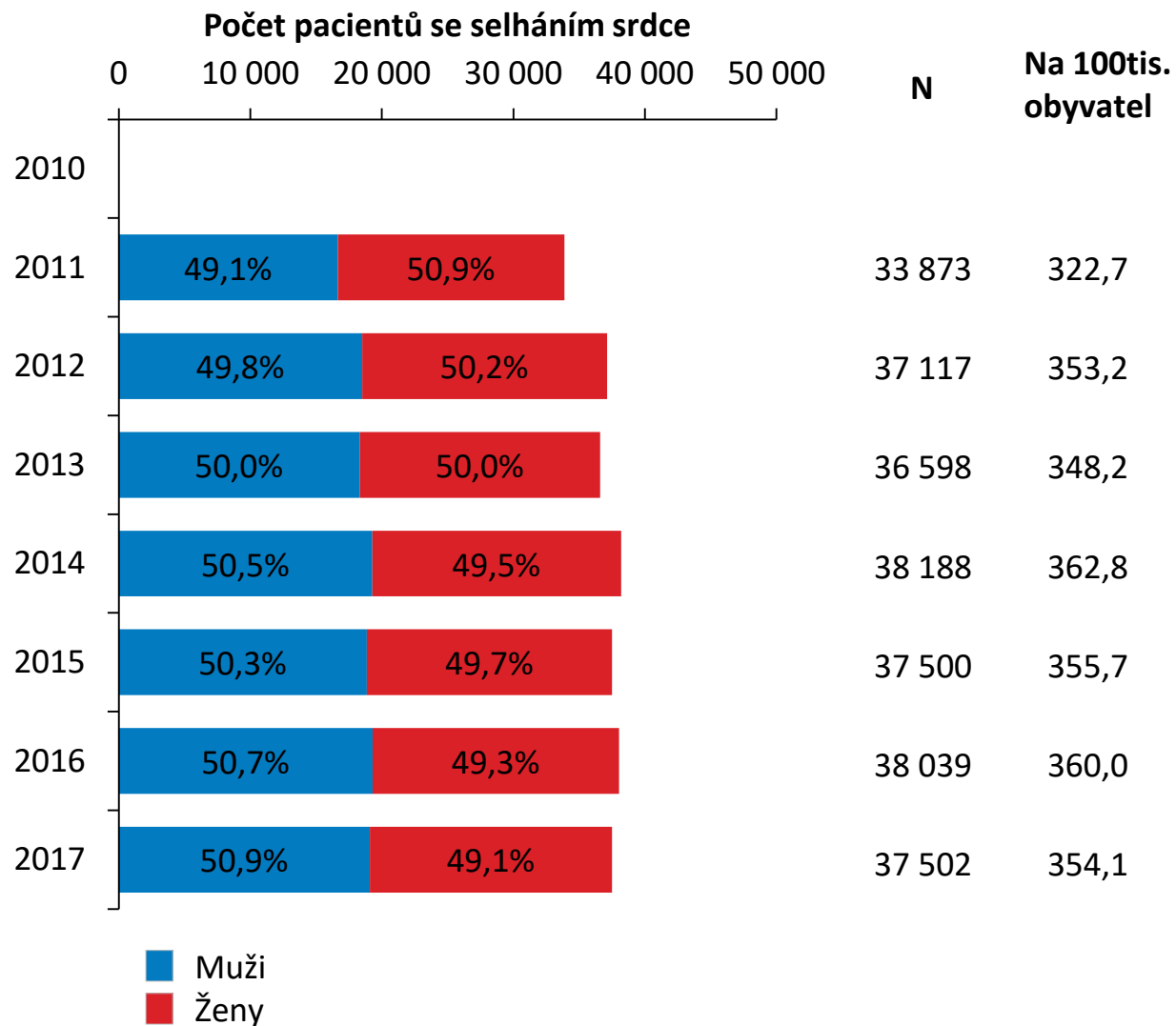
Počet pacientů s diagnózami I60-I64 jako hlavními příčinami úmrtí vykazuje v čase klesající trend (výjimku tvoří rok 2015, kdy oproti předchozímu roku zemřelo o 197 osob více).

V roce 2017 zemřelo pro cévní mozkovou příhodu 6 223 osob (55,9 v přepočtu na 100 tisíc obyvatel). Zastoupení pohlaví se v čase výrazně nemění a mírně převažují ženy (v roce 2017 43,2 % mužů a 56,8 % žen).

Selhání srdce – počet pacientů

Zdroj: NRHOSP, LPZ 2010 - 2017

Počet pacientů s diagnózou I50, I11.0, I13.0 nebo I13.2 při akutní hospitalizaci nebo úmrtí.



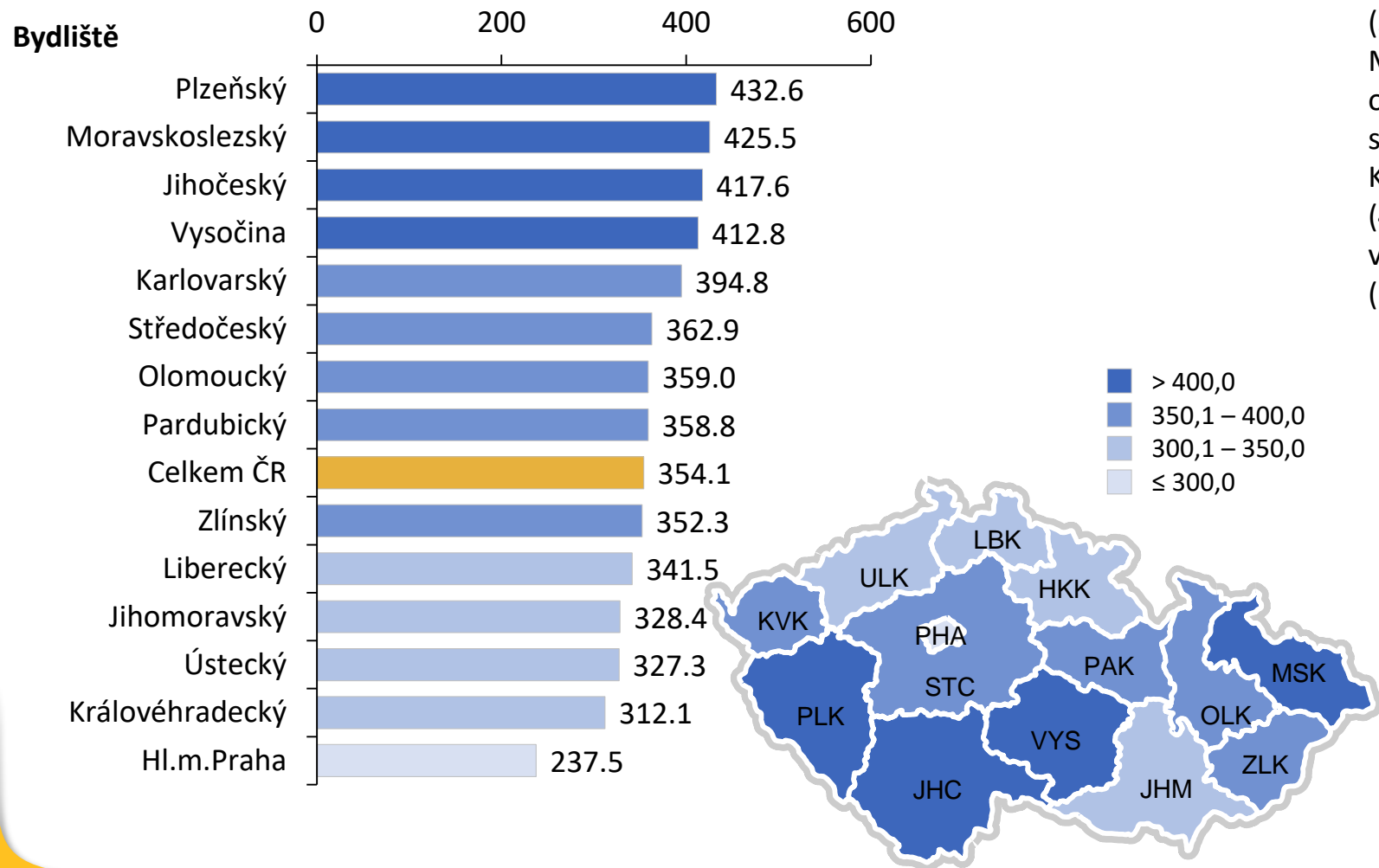
Počet pacientů se selháním srdce od roku 2012 spíše osciluje mezi cca 37 a 38 tisíci pacientů. V roce 2017 mělo srdeční selhání 37 502 pacientů (354,1 v přepočtu na 100 tisíc obyvatel). Poměr pohlaví se v čase výrazně nemění a je poměrně vyrovnaný (v roce 2017 50,9 % mužů a 49,1 % žen).

Selhání srdce – počet pacientů 2017

Zdroj: NRHOSP, LPZ 2017

Počet pacientů s diagnózou I50, I11.0, I13.0 nebo I13.2 při akutní hospitalizaci nebo úmrtí. V roce 2017 N = 37 502 (19 089 mužů a 18 413 žen).

**Počet pacientů se srdečním selháním v roce 2017
v přepočtu na 100tis. obyvatel**

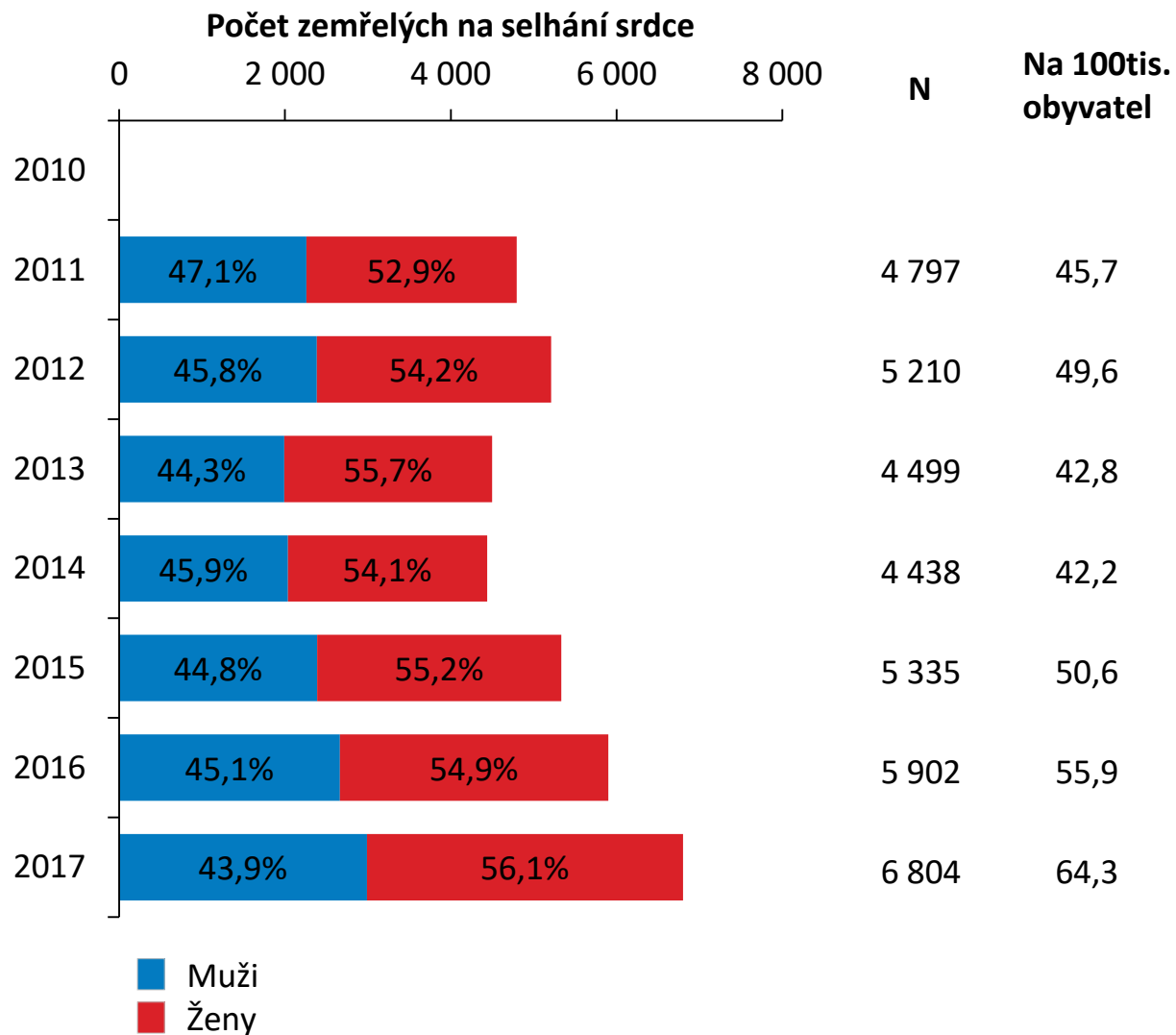


Počet pacientů se selháním srdce od roku 2012 spíše osciluje mezi cca 37 a 38 tisíci pacientů. V roce 2017 mělo srdeční selhání 37 502 pacientů (354,1 v přepočtu na 100 tisíc obyvatel). Mezi kraji existuje velká heterogenita (rozdíl 195,1 osob v přepočtu na 100 tisíc obyvatel mezi kraji s nejvyšším a nejnižším počtem pacientů). Kraj s nejvyšším počtem pacientů je Plzeňský (432,6), naopak nejméně pacientů v přepočtu na 100 tisíc obyvatel bylo v Hl.m. Praha (237,5).

Selhání srdce jako hlavní příčina úmrtí

Zdroj: LPZ 2010 – 2017

Pacienti s diagnózou I50, I11.0, I13.0 nebo I13.2 jako hlavní příčinou úmrtí.



Počet pacientů s diagnózami I50, I11.0, I13.0 nebo I13.2 jako hlavními příčinami úmrtí od roku 2014 roste. V roce 2017 zemřelo na selhání srdce 6 804 osob (64,3 v přepočtu na 100 tisíc obyvatel), to je o 902 pacientů více než v roce 2016 a o 2 366 pacientů více než v roce 2014.

Poměr pohlaví se v čase výrazně nemění, mírně převažují ženy nad muži (v roce 2017 43,9 % mužů a 56,1 % žen).

Celková zátěž zhoubnými novotvary (C00–C97) v ČR

Zdroj: ¹Národní onkologický registr, ²Český statistický úřad

Absolutní počet	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Incidence ¹	74 997	78 217	78 443	80 287	82 899	84 306	86 584	87 290
Mortalita ²	27 680	27 834	27 171	27 334	27 084	27 050	26 852	27 261
Prevalence ¹	428 423	447 701	465 834	484 251	503 275	523 127	542 862	562 329

průměrná roční
změna
2012–2016

+2,3 %

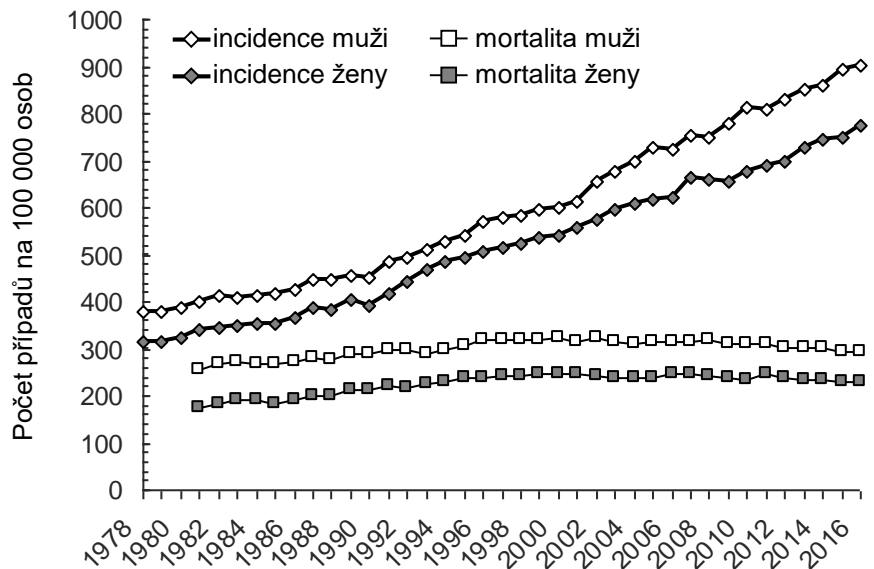
-0,1 %

+3,8 %

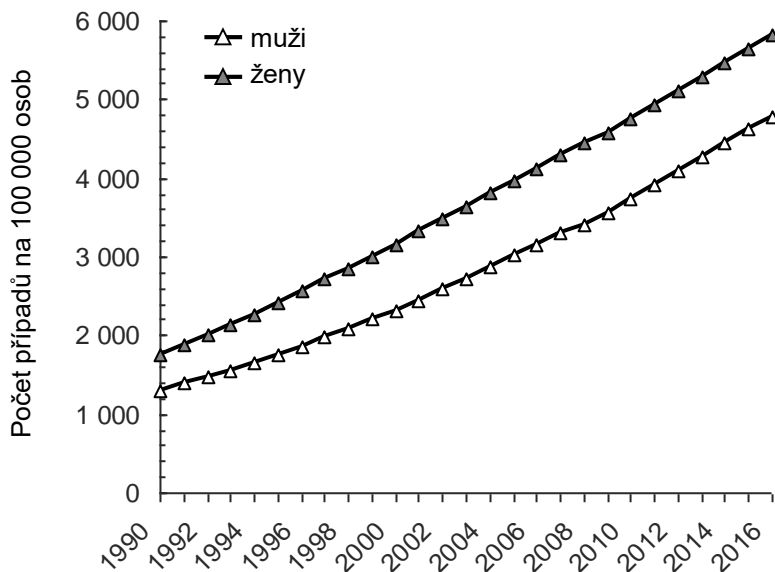
V roce 2016 bylo v České republice nově diagnostikováno 87 290 pacientů se zhoubným novotvarem, což je 826,2 na 100 000 osob. V roce 2016 zemřelo v České republice 27 261 osob v souvislosti se zhoubným novotvarem, což je 258,0 na 100 000 osob.

Celkem k 31. 12. 2016 v České republice žilo 562 329 osob se zhoubným novotvarem nebo s minulostí tohoto onemocnění, což je 5 322 na 100 000 osob.

Incidence a mortalita



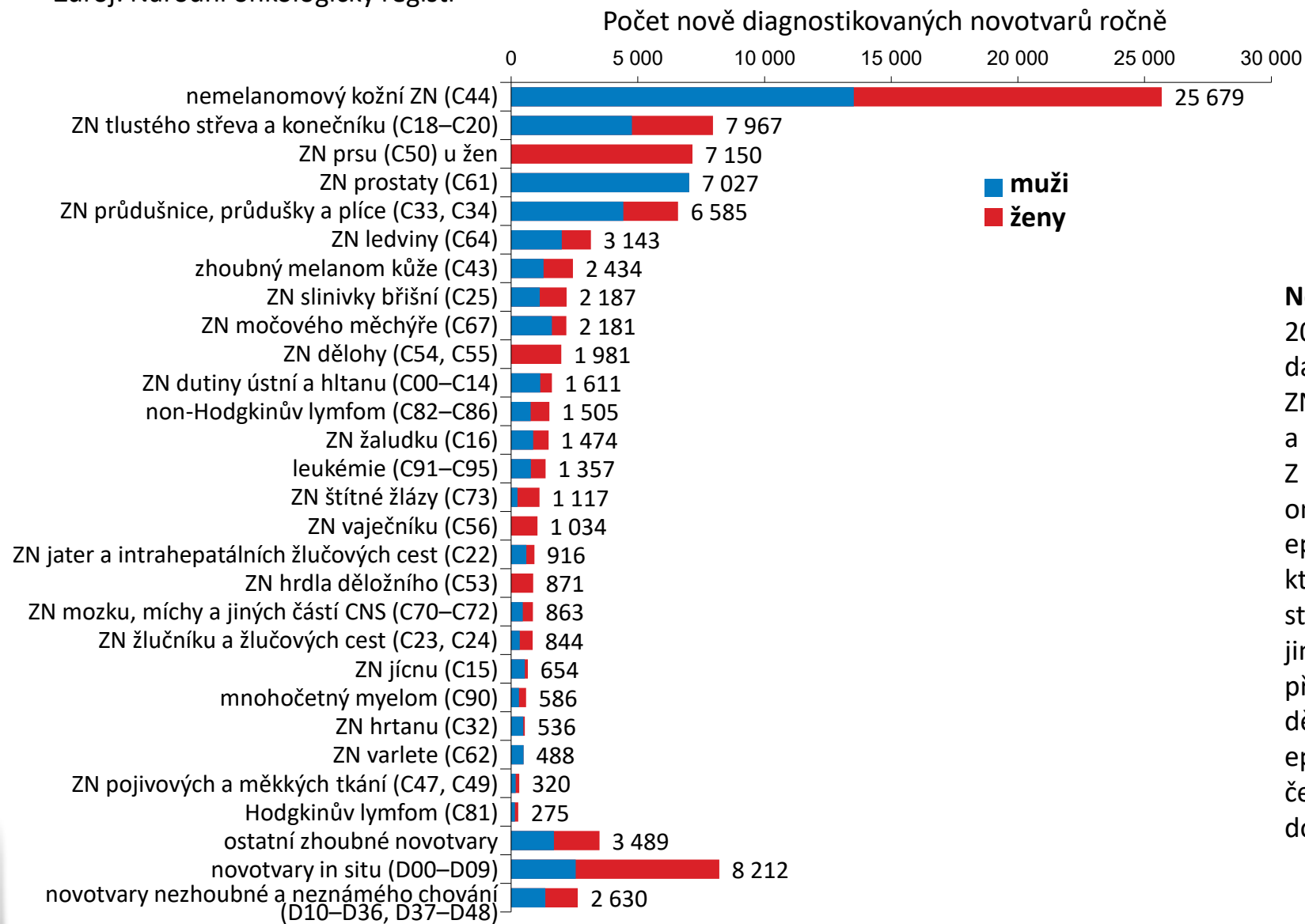
Prevalence



Zátěž české populace zhoubnými nádory je velmi vysoká i z mezinárodního hlediska a v čase setrvale narůstá (roční nárůst v prevalenci + 3 až 4%). I relativně konzervativní prediktivní modely ukazují, že do roku 2030 by se roční počet nově diagnostikovaných nádorových onemocnění mohl zvýšit až na 110 000 a v prevalenci lze očekávat až 790 000 osob.

Incidence novotvarů v ČR v letech 2012–2016

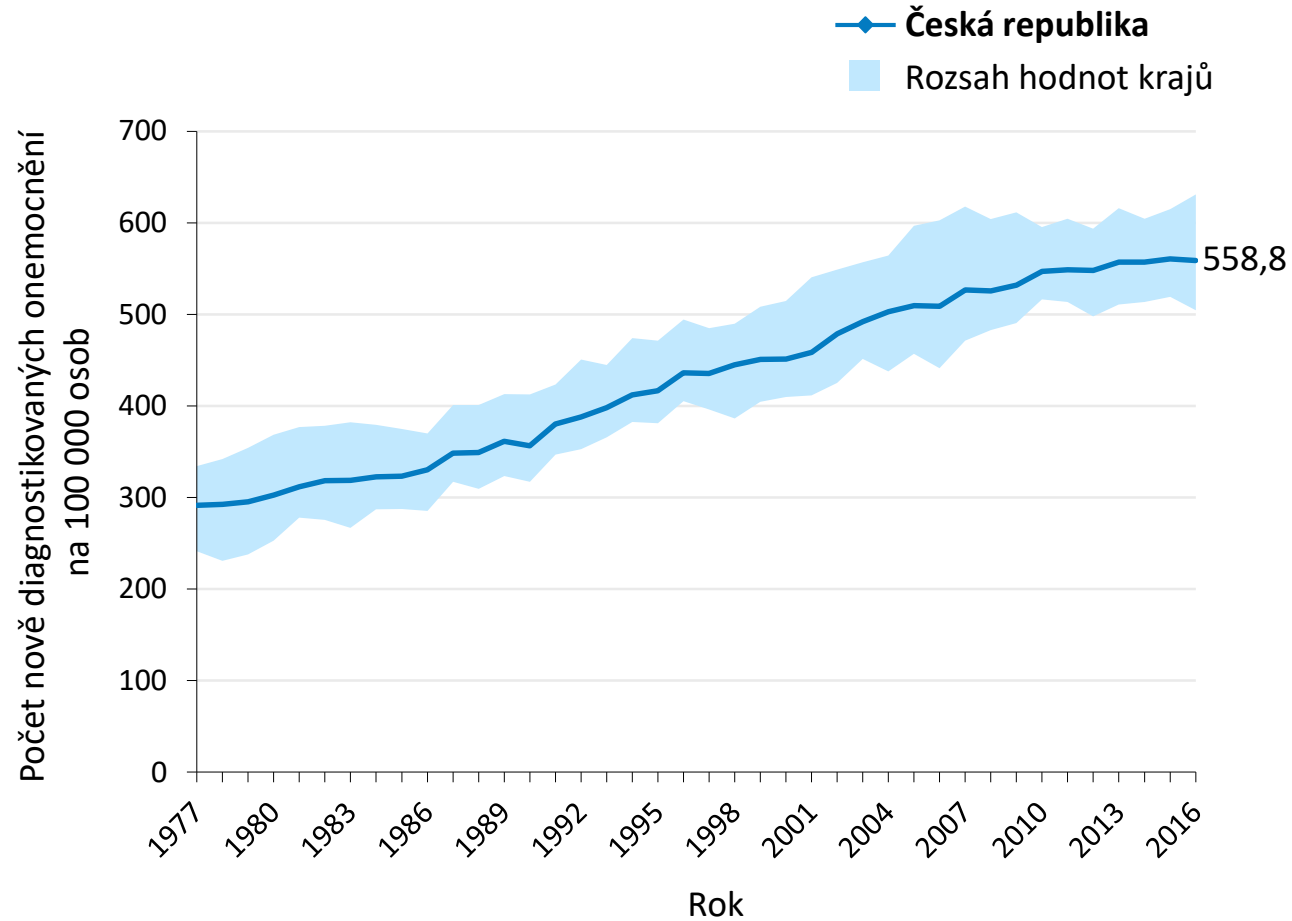
Zdroj: Národní onkologický registr



Nejčastějšími novotvary v České republice v letech 2012–2016 byly nemelanomové kožní ZN (C44), dále ZN tlustého střeva a konečníku (C18–C20), ZN prsu (C50) u žen, ZN prostaty (C61) a ZN průdušnice, průdušky a plicí (C33, C34). Z hlediska vývoje epidemiologie nádorových onemocnění je podstatný fakt, že velké množství epidemiologicky četných diagnóz patří mezi nádory, které lze efektivně zachytávat v nižších klinických stádiích (ZN prostaty, ZN prsu u žen, ZN ledviny) nebo jim dokonce screeningovým programem zcela předcházet (ZN tlustého střeva a konečníku, ZN hrdla děložního). I přes značnou a neustále rostoucí epidemiologickou zátěž zhoubnými nádory tak má české zdravotnictví velký prostor snižovat negativní dopad těchto onemocnění na populaci.

Vývoj incidence ZN kromě nemelanom. kožních (C00–C97 bez C44)

Zdroj: Národní onkologický registr

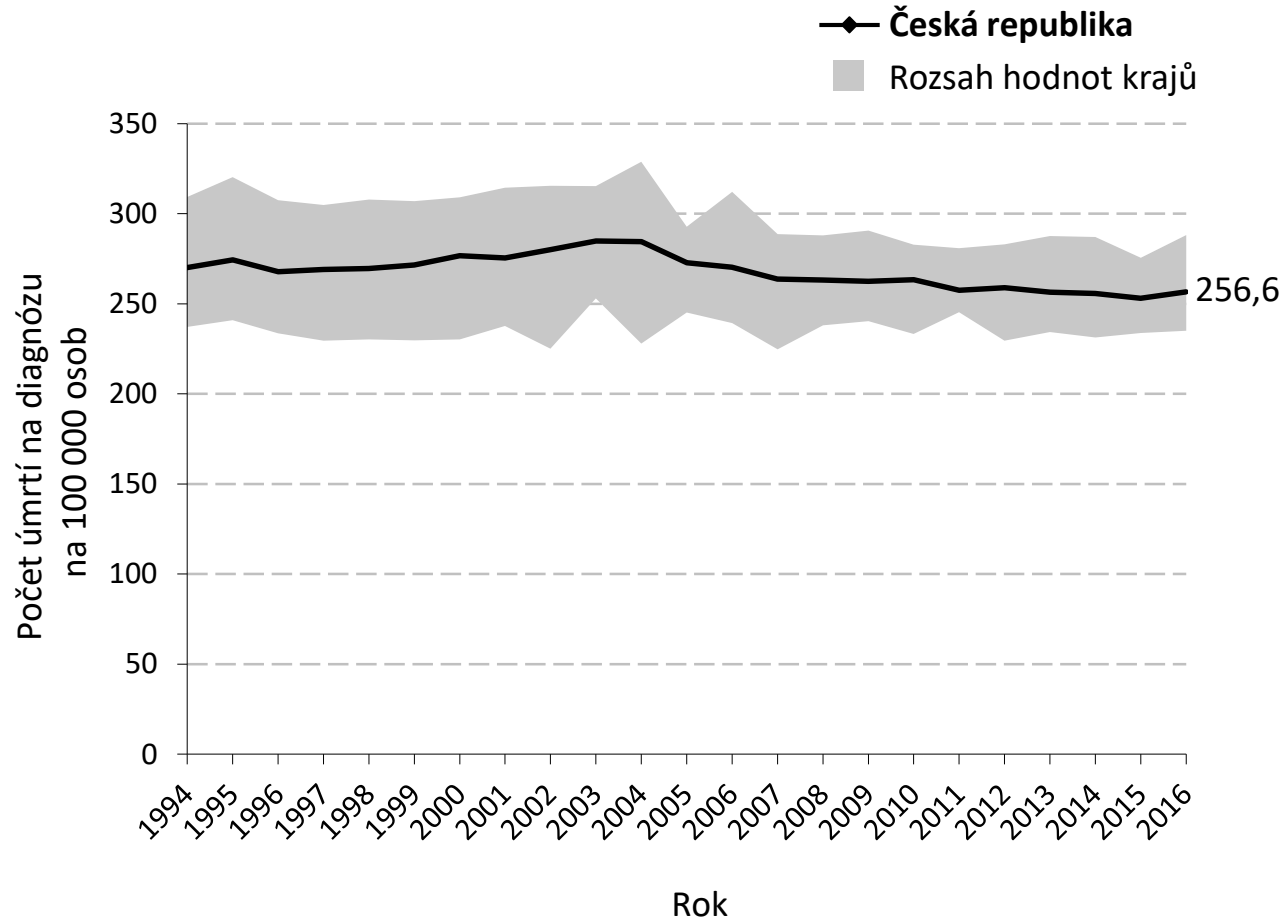


Incidence (tedy počet nově zjištěných onemocnění) zhoubných novotvarů kromě nemelanomových kožních (C00–C97 bez C44) setrvale roste, v posledních letech však pozorujeme zpomalení růstu a náznak stagnace v České republice.

V roce 2016 bylo v České republice nově diagnostikováno **59 039 onemocnění**, což je **558,8 na 100 000 osob**.

Vývoj mortality na ZN kromě nemelanom. kožních (C00–C97 bez C44)

Zdroj: Český statistický úřad

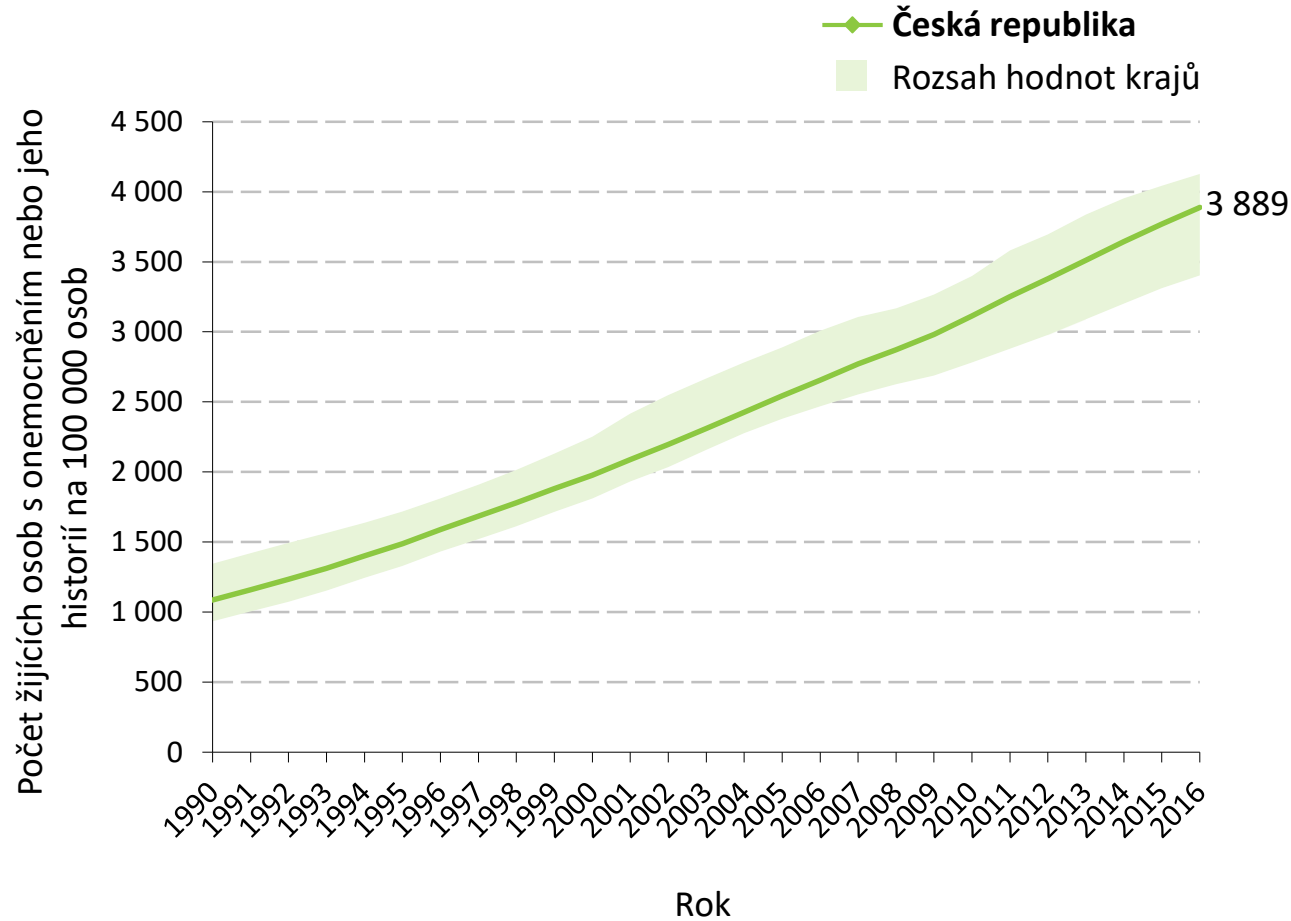


Mortalita na zhoubné novotvary kromě nemelanomových kožních (C00–C97 bez C44) (tedy počet zemřelých na diagnózy C00–C97 kromě C44) do roku 2003 mírně rostla, poté pozorujeme setrvalý pokles mortality v České republice.

V roce 2016 v České republice zemřelo na zhoubné novotvary kromě nemelanomových kožních **27 109 osob**, což je **256,6 na 100 000 osob**.

Vývoj prevalence ZN kromě nemelanom. kožních (C00–C97 bez C44)

Zdroj: Národní onkologický registr



Prevalence (tedy počet žijících osob s onemocněním nebo jeho historií k 31. 12. daného roku) zhoubných novotvarů kromě nemelanomových kožních (C00–C97 bez C44) setrvale roste.

K 31. 12. 2016 žilo v České republice **410 919 osob** s tímto onemocněním, což je **3 889 na 100 000 osob**.

Celková zátěž novotvary mízní a krvetvorné tkáně v ČR

Zdroj: Národní onkologický registr

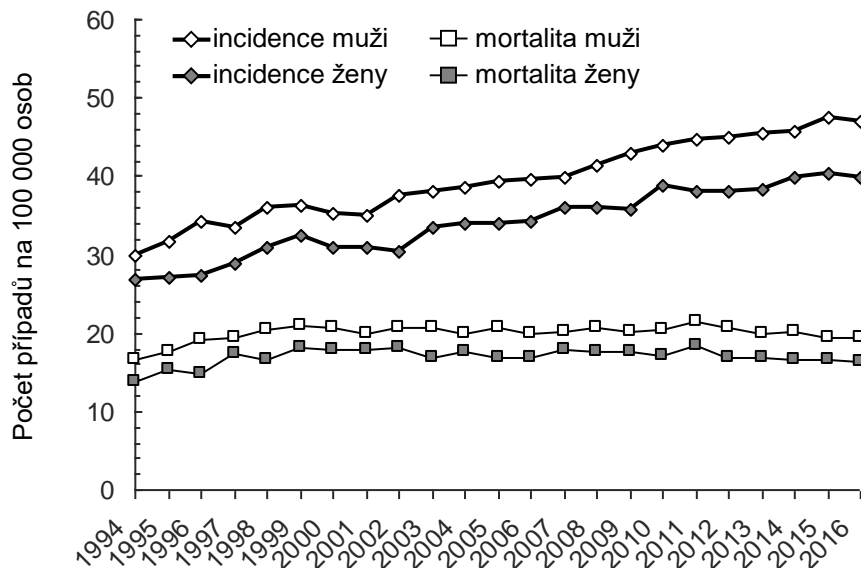
Absolutní počet	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	průměrná roční změna 2012–2016
Incidence	4 118	4 342	4 346	4 375	4 410	4 514	4 662	4 422	+1,2 %
Mortalita	1 985	1 969	2 084	1 974	1 931	1 938	1 901	2 079	-1,0 %
Prevalence	25 052	26 407	27 600	28 851	30 060	31 360	32 753	33 805	+4,1 %

V roce 2016 bylo v ČR nově diagnostikováno **4 422 pacientů** s novotvarem mízní nebo krvetvorné tkáně.

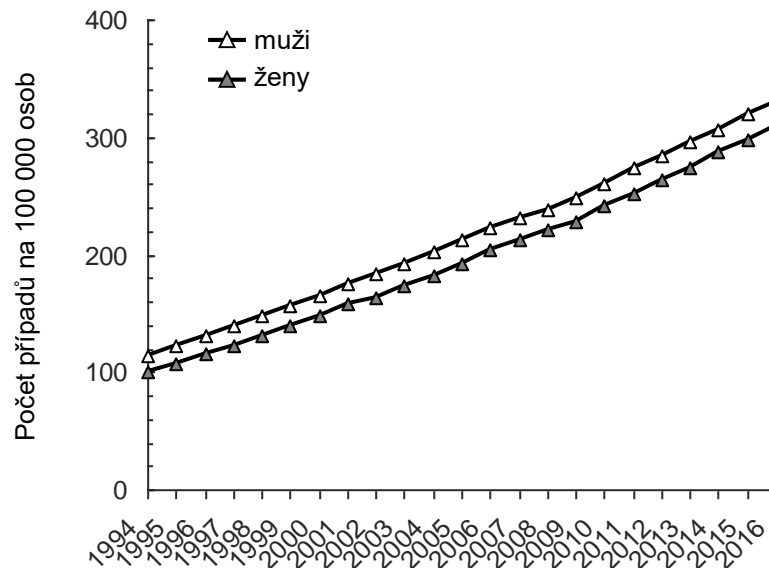
V roce 2016 **zemřelo** v ČR **2 079 osob** v souvislosti s novotvarem mízní nebo krvetvorné tkáně.

Celkem **k 31. 12. 2016** v ČR žilo **33 805 osob** s novotvarem mízní nebo krvetvorné tkáně nebo s minulostí tohoto onemocnění.

Incidence a mortalita

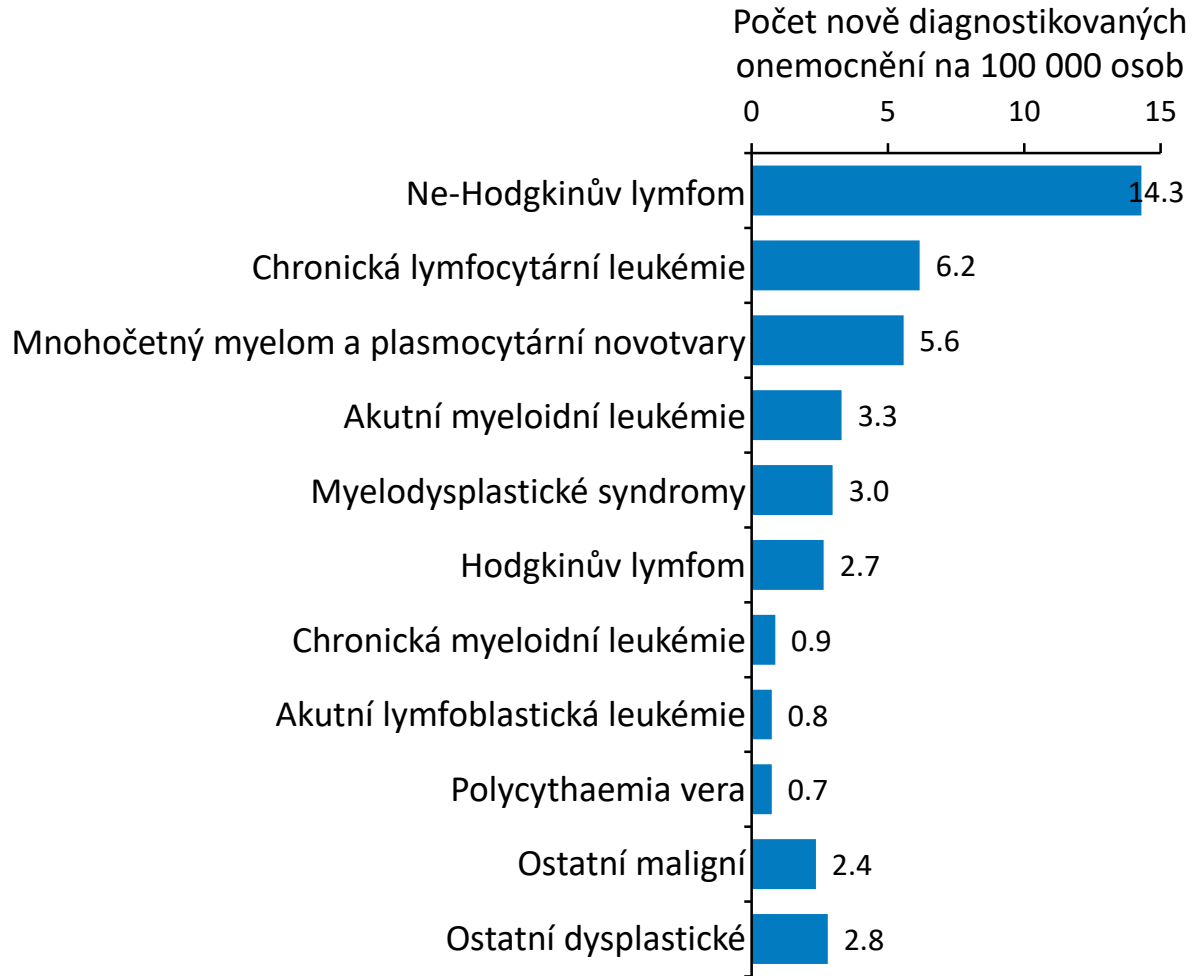


Prevalence



Incidence novotvarů mízní a krvetvorné tkáně v ČR (2012–2016)

Zdroj: Národní onkologický registr

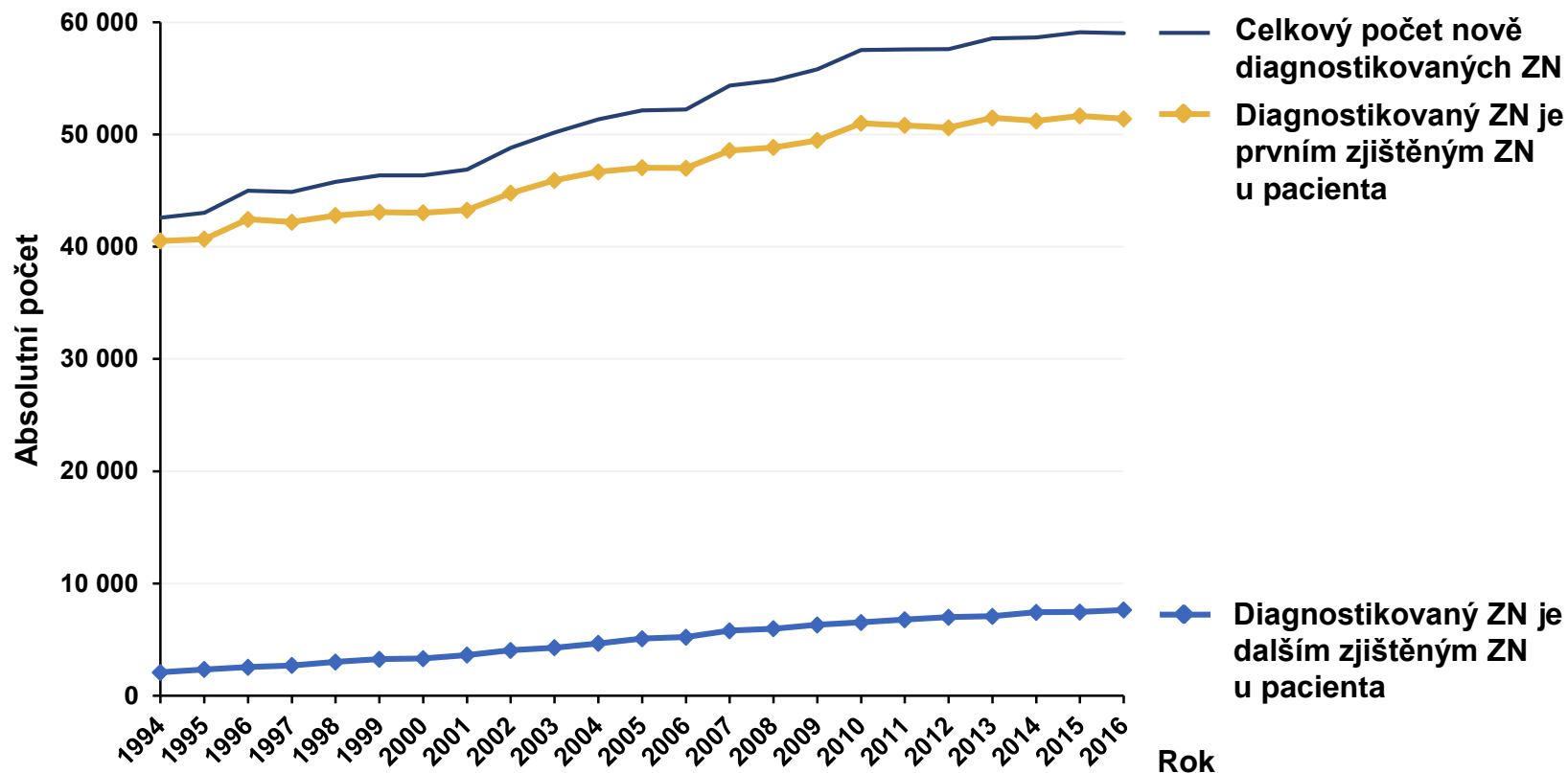


Nejčastějšími novotvary mízní a krvetvorné tkáně byly v letech 2012–2016 v České republice Ne-Hodgkinův lymfom, chronická lymfocytární leukémie a mnohočetný myelom a plasmocytární novotvary.

Pořadí novotvarů u pacientů

Zdroj: Národní onkologický registr

Zhoubné novotvary bez nemelanomových kožních (C00 – C97, bez C44)

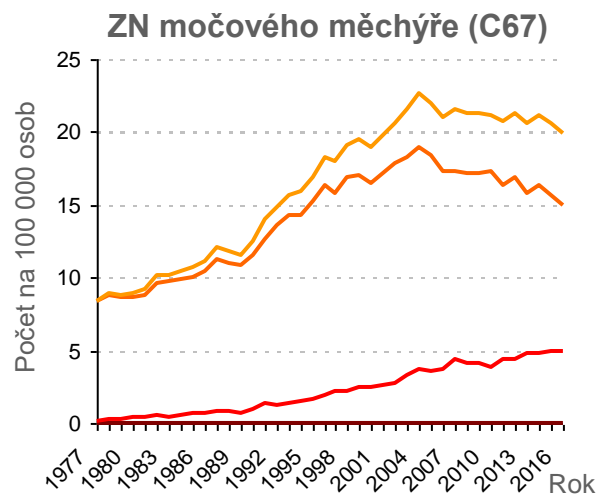
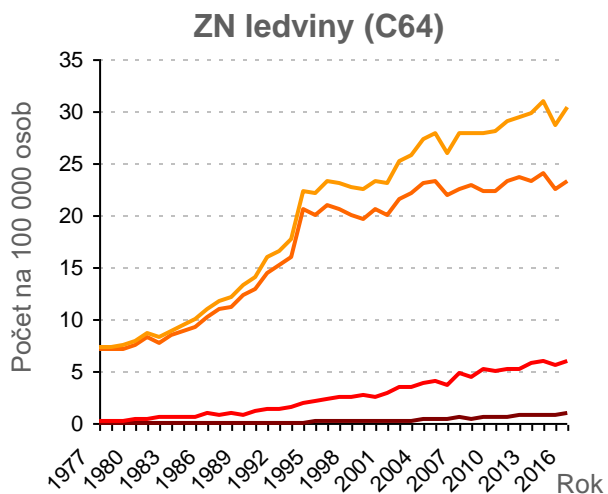
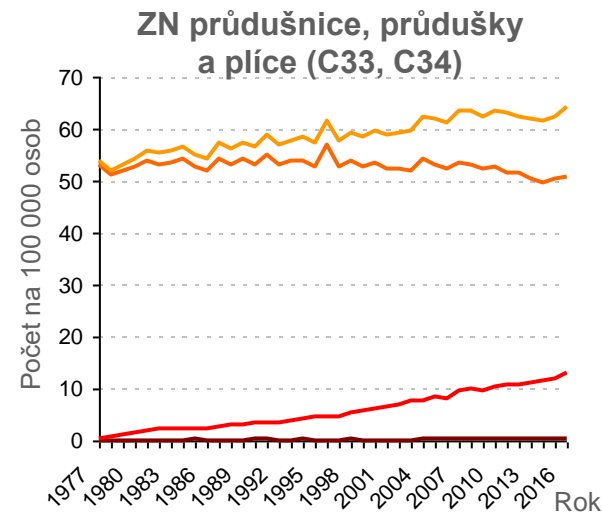
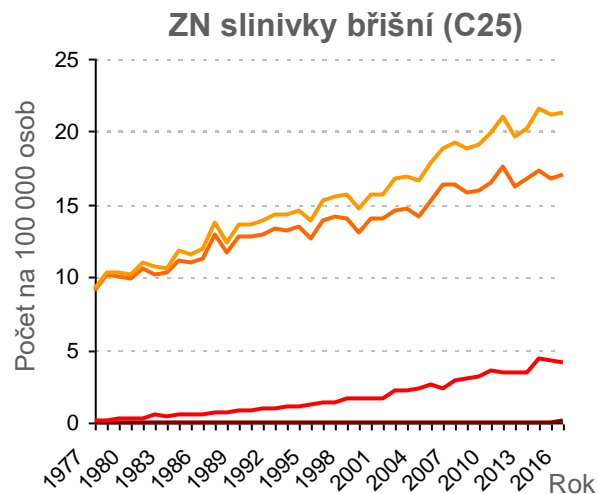
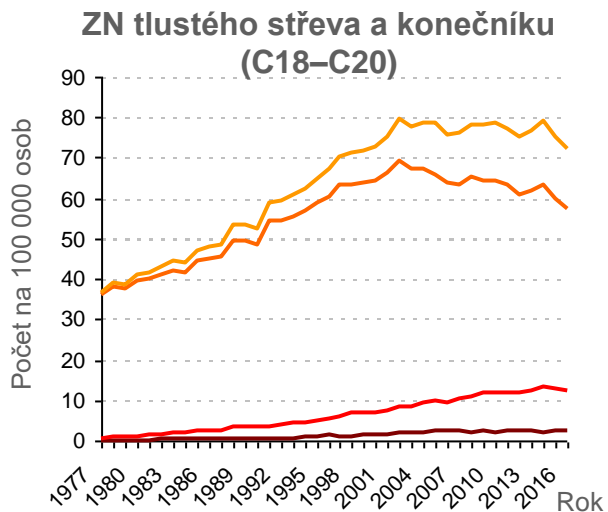


Velmi významným a novým epidemiologickým trendem, který bude v budoucnosti podstatně zvyšovat onkologickou zátěž populace je výskyt vícečetných malignit u onkologických pacientů. Významně se zlepšující výsledky protinádorové léčby vedou k signifikantně delšímu přežití onkologických pacientů a tito tak s rostoucí pravděpodobností onemocní dalšími primárními nádory. Tato „sekundární“ incidence nádorů již v současnosti tvoří téměř 18% celkové incidence zhoubných novotvarů.

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Celkový počet nově diagnostikovaných ZN	42 592	43 024	44 986	44 881	45 788	46 344	46 343	46 879	48 825	50 189	51 344	52 139	52 235	54 359	54 812	55 796	57 532	57 591	57 607	58 567	58 646	59 113	59 039
Diagnostikovaný ZN je prvním zjištěným ZN u pacienta	40 515 (95 %)	40 689 (95 %)	42 444 (94 %)	42 192 (94 %)	42 782 (93 %)	43 090 (93 %)	43 036 (93 %)	43 264 (92 %)	44 777 (92 %)	45 916 (91 %)	46 679 (91 %)	47 053 (90 %)	47 011 (90 %)	48 571 (89 %)	48 846 (89 %)	49 481 (89 %)	51 009 (89 %)	50 813 (88 %)	50 617 (88 %)	51 490 (88 %)	51 209 (87 %)	51 660 (87 %)	51 400 (87 %)
Diagnostikovaný ZN je dalším zjištěným ZN u pacienta	2 077 (5 %)	2 335 (5 %)	2 542 (6 %)	2 689 (6 %)	3 006 (7 %)	3 254 (7 %)	3 307 (7 %)	3 615 (8 %)	4 048 (8 %)	4 273 (9 %)	4 665 (9 %)	5 086 (10 %)	5 224 (10 %)	5 788 (11 %)	5 966 (11 %)	6 315 (11 %)	6 523 (11 %)	6 778 (12 %)	6 990 (12 %)	7 077 (12 %)	7 437 (13 %)	7 453 (13 %)	7 639 (13 %)

Pořadí novotvarů u pacientů – příklady vybraných diagnóz

Zdroj: Národní onkologický registr

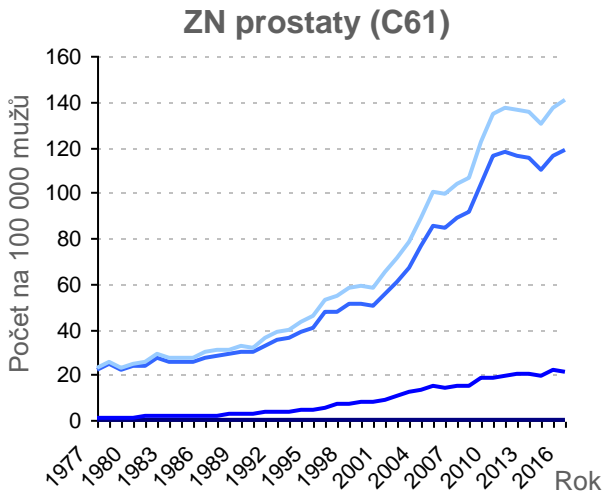
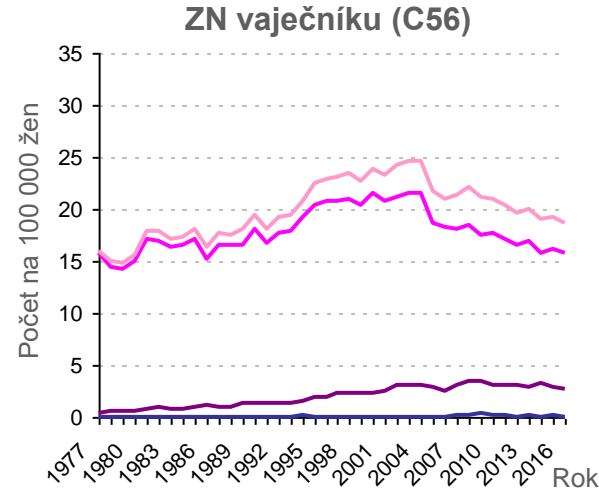
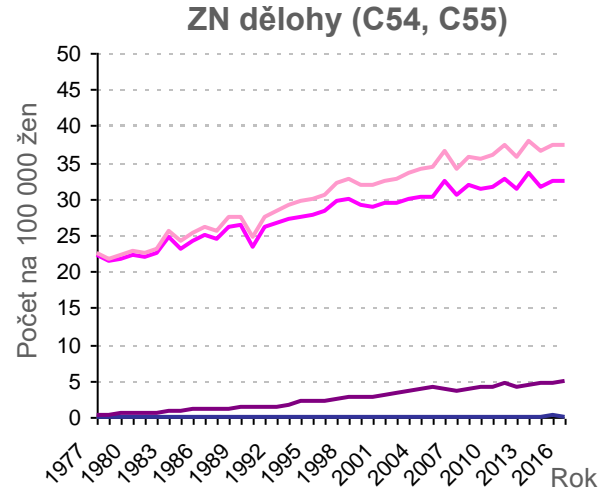
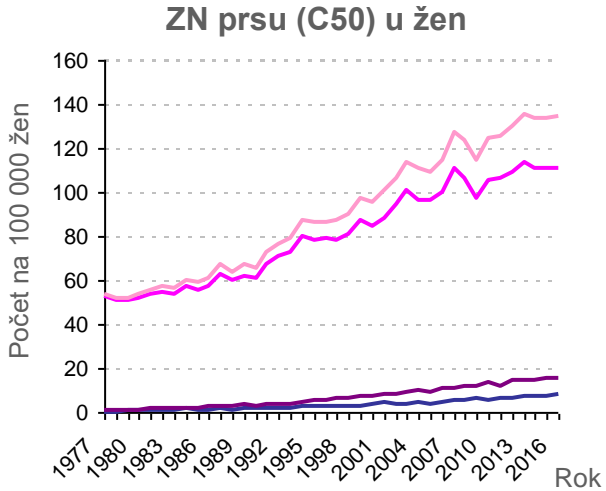


- Celkem
- První novotvar u pacienta
- Další primární novotvar u pacienta v jiné lokalizaci než první novotvar
- Další primární novotvar u pacienta ve stejné lokalizaci než první novotvar

Rostoucí incidence následných zhoubných novotvarů u pacientů již léčených pro nádorové onemocnění se týká všech nádorových skupin. Velmi podstatné zjištění je, že významně vysoký podíl následných malignit u onkologických pacientů je stále zjišťován v pokročilých stadiích a to při dostatečném čase na jejich včasný záchyt. Tato situace je výzvou ke změnám v organizaci onkologické péče a k posílení screeningů u onkologických pacientů.

Pořadí novotvarů u pacientů – příklady vybraných diagnóz

Zdroj: Národní onkologický registr

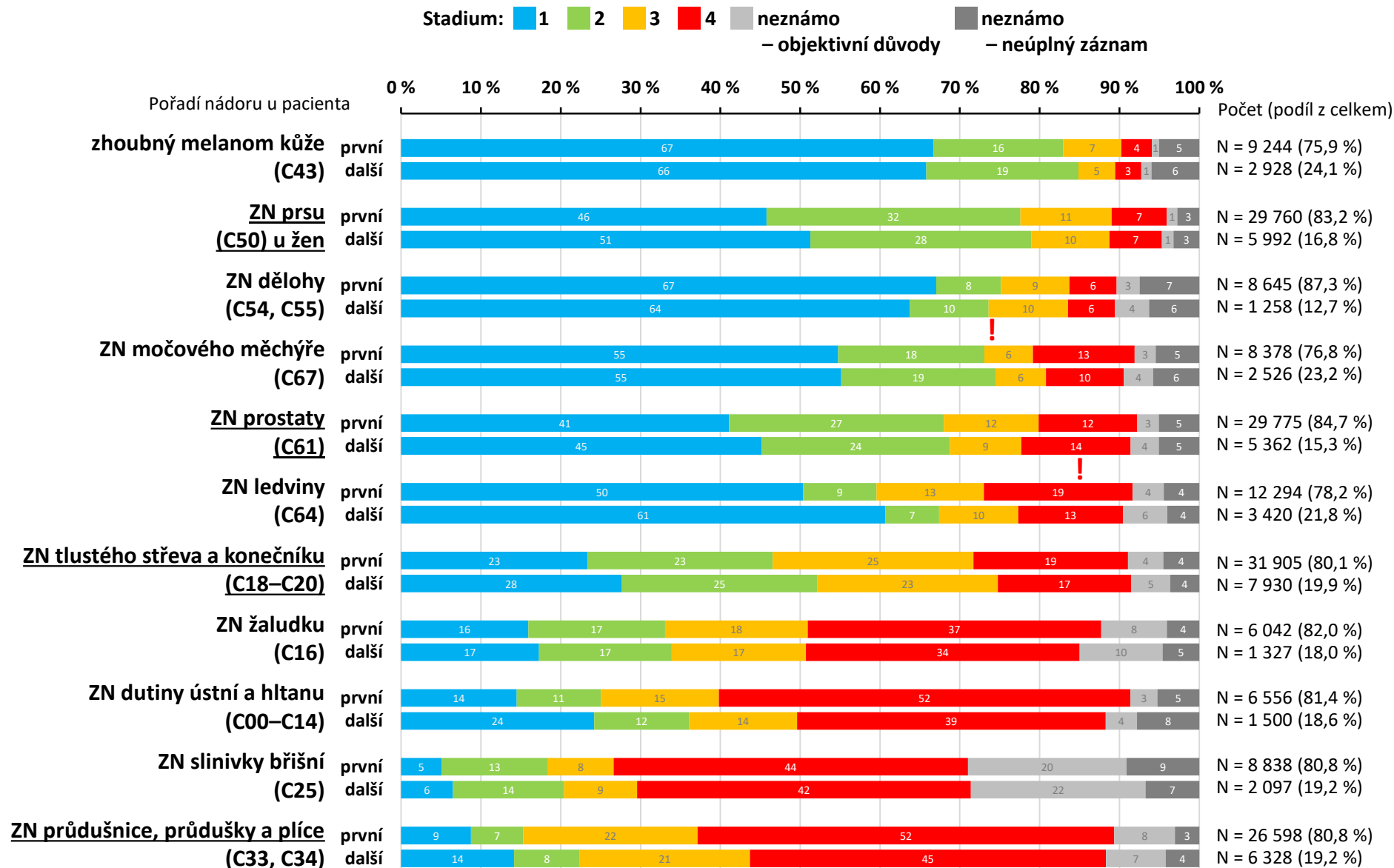


- Celkem
- První novotvar u pacienta
- Další primární novotvar u pacienta v jiné lokalizaci než první novotvar
- Další primární novotvar u pacienta ve stejné lokalizaci než první novotvar

Rostoucí incidence následných zhoubných novotvarů u pacientů již léčených pro nádorové onemocnění se týká všech nádorových skupin. Velmi podstatné zjištění je, že významně vysoký podíl následných malignit u onkologických pacientů je stále zjišťován v pokročilých stadiích a to při dostatečném čase na jejich včasný záchyt. Tato situace je výzvou ke změnám v organizaci onkologické péče a k posílení screeningů u onkologických pacientů.

Záchyt onkologických onemocnění v ČR dle klinického stadia

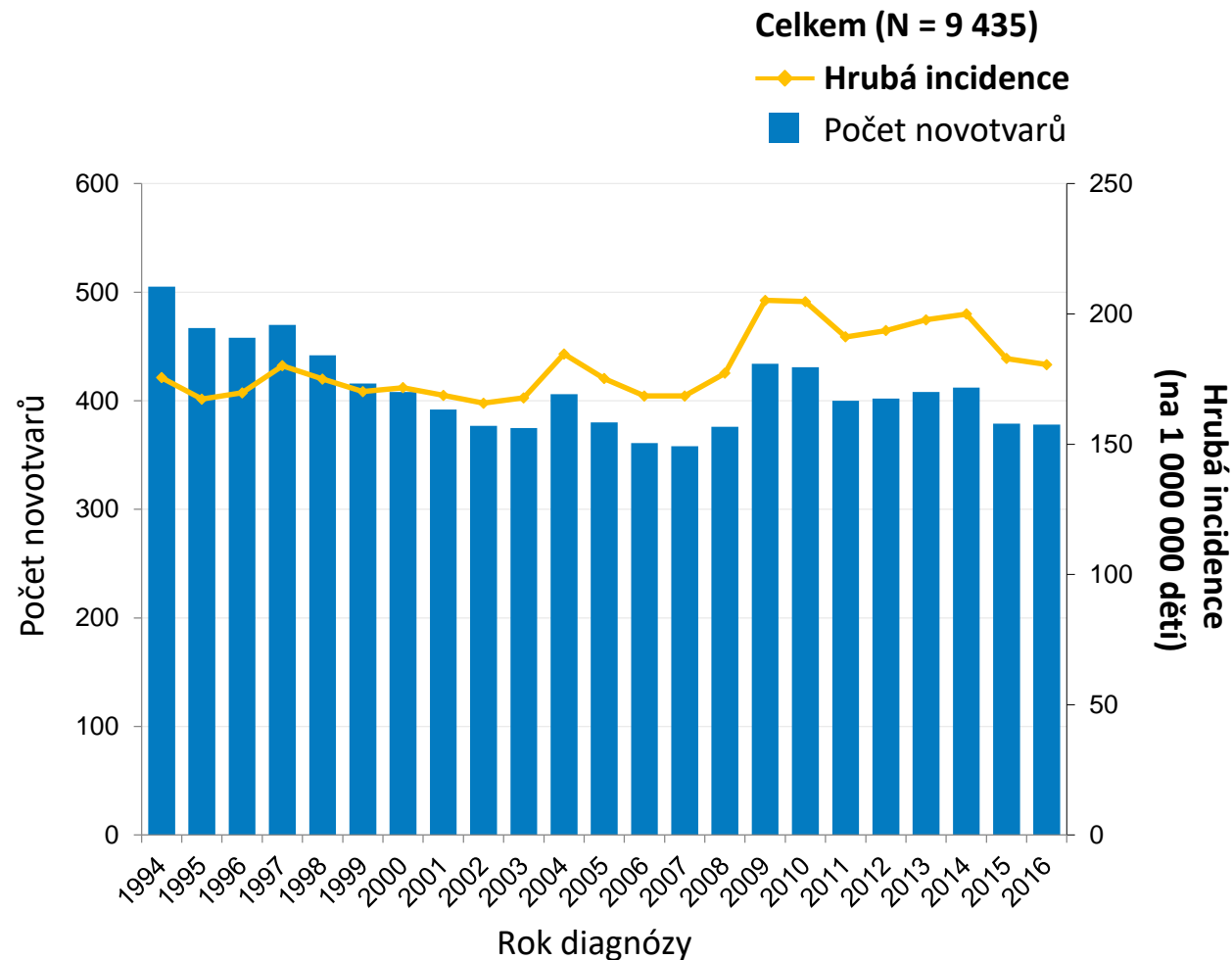
Zdroj: Národní onkologický registr



Dostupná data dokládají, že vedle rostoucí celkové epidemiologické zátěže populace zhoubnými nádory je v ČR dalším problémem pozdní záchyt těchto onemocnění. Stále je vysoké procento nádorů (a to i u diagnóz s organizovaným screeningem) zachytáváno v pokročilém stavu, kdy je léčba velmi nákladná a pravděpodobnost vyléčení významně snižena. Tento fakt je velkou výzvou k re-organizaci komplexních preventivních programů zaměřených na rizikové skupiny obyvatel. Pro celkové snížení onkologického rizika v české populaci bude nezbytné posílit všechny aspekty primární prevence.

Vývoj incidence zhoubných nádorů u dětí (0–19 let), 1994–2016

Zdroj: Národní onkologický registr



Incidence (tedy počet nově zjištěných onemocnění) ZN u dětí ve věku 0–19 let v absolutním počtu do roku 2007 i přes drobné výkyvy setrvale klesala a ve zbytku období, tj. do roku 2016, je možné uvažovat o stagnaci trendu.

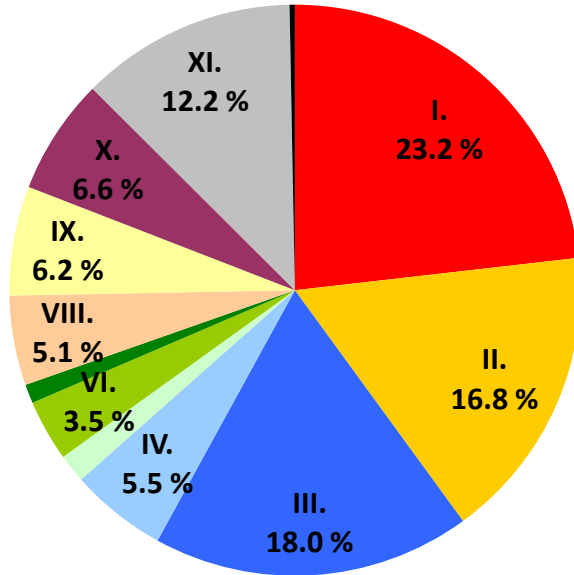
Při pohledu na **přepočet incidence** na 1 000 000 dětí je však trend mírně rostoucí v celém období, kromě posledních let, kdy lze pozorovat stagnaci.

V roce 2016 bylo v České republice nově diagnostikováno **378 onemocnění**, což je **181 případů na 1 000 000 dětí**.

Nádorová onemocnění u dětí: spektrum ICCC diagnóz, 1994–2016

Zdroj: Národní onkologický registr

Celkem (N = 9 435)



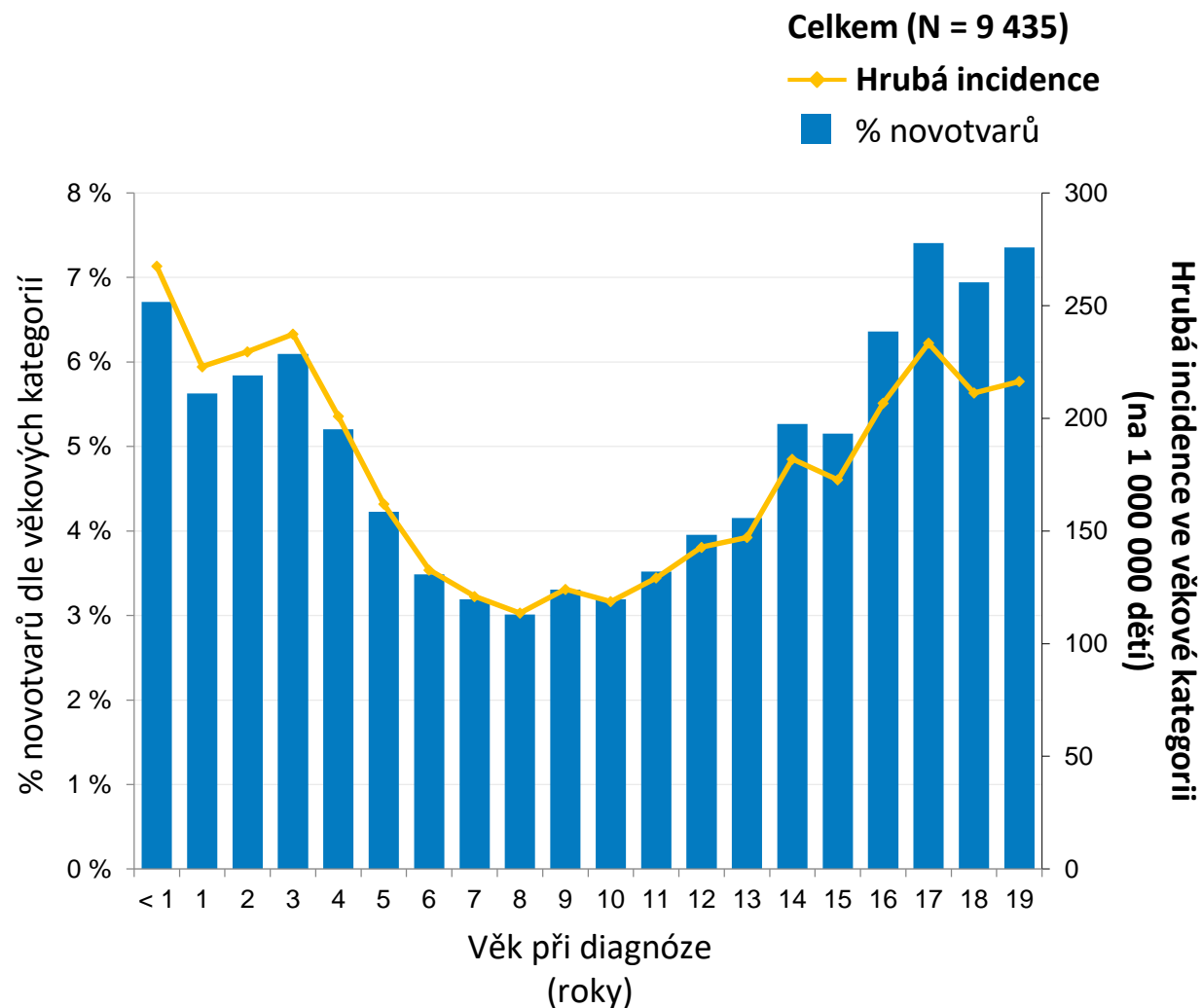
Mezi **nejčastější diagnózy** postihující děti ve věku 0–19 let v ČR za období 1994–2016 patří leukémie a příbuzné choroby, které tvoří téměř čtvrtinu všech onemocnění, dále onemocnění postihující CNS, lymfomy a retikuloendotelióza. Vysoký podíl na incidenci zhoubných onemocnění má rovněž diagnostická skupina jiných maligních epiteliálních novotvarů a maligních melanomů.

I. II. III. IV. V. VI. VII. VIII. IX. X. XI. XII.

I. leukémie; II. lymfomy; III. CNS a ostatní intrakraniální a intraspinální neoplazmata; IV. neuroblastom a jiné tumory buněk periferních nervů; V. retinoblastom; VI. tumory ledvin; VII. tumory jater; VIII. maligní nádory kosti; IX. sarkomy měkkých tkání a jiné extraoseální sarkomy; X. nádory ze zárodečných buněk, nádory trofoblastu a novotvary pohlavních orgánů; XI. jiné maligní epiteliální novotvary a maligní melanomy; XII. jiné a nespecifikované maligní novotvary

Věkově specifická incidence zhoubných nádorů dětí (1994–2016)

Zdroj: Národní onkologický registr



V období 1994–2016 byl střední věk u nově nemocných dětí v České republice 11 let, přičemž 50 % pacientů je v ČR ve věku 4–16 let.

Dle zastoupení věkových skupin u nově nemocných je nejvíce pacientů mezi nejmladšími dětmi (zejména < 4 rok) a u adolescentů ve věku 16–19 let.

Nejvyšší incidence na 1 000 000 dětí s těmito onemocněními je zaznamenána ve věkové skupině < 1 rok (267,5 případů na 1 000 000 dětí).

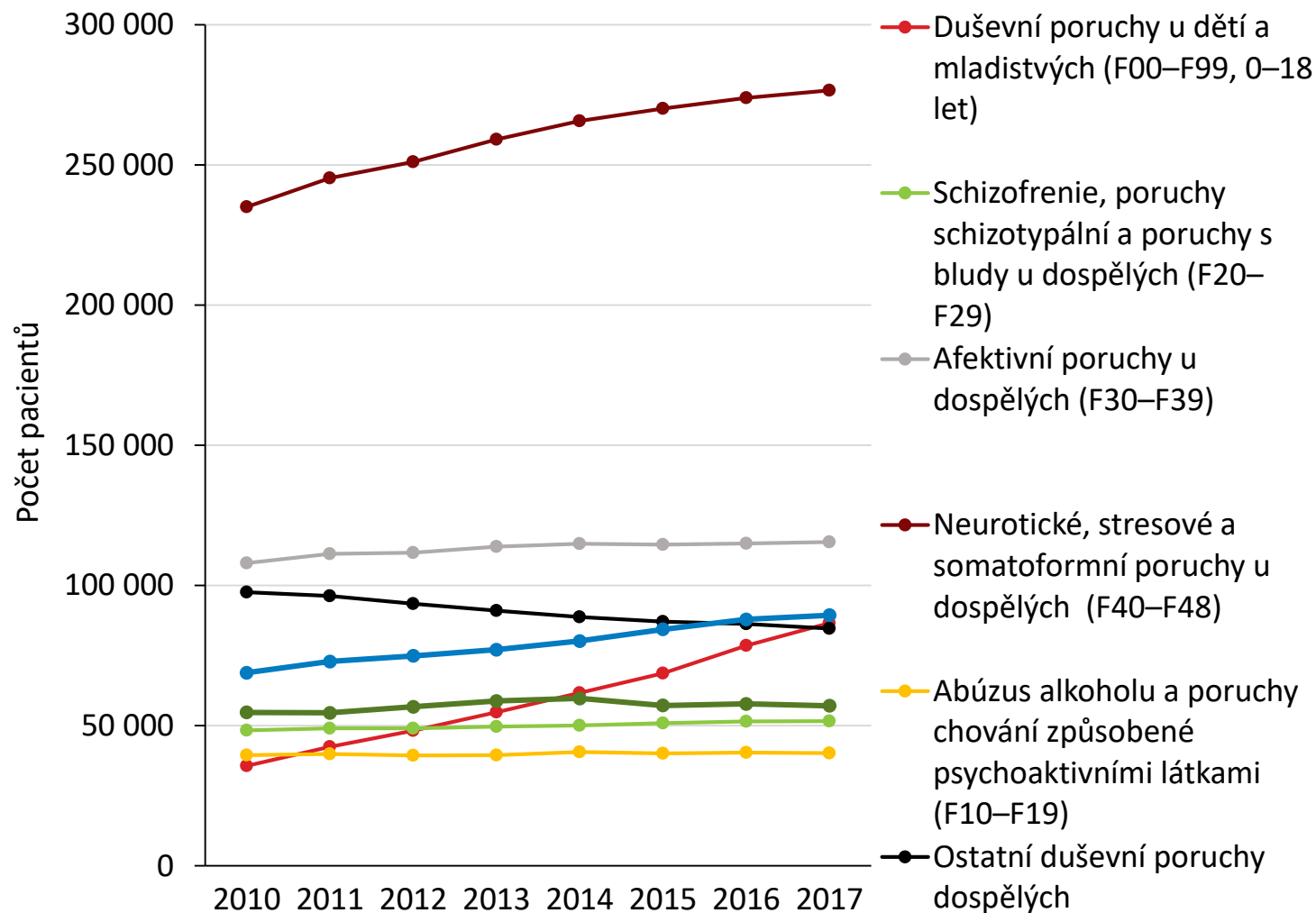
„ZDRAVÍ 2030“ – analytická studie



Zdravotní stav obyvatelstva
- Duševní onemocnění, závislosti, sebevraždy

Pacienti ve zdravotnických zařízeních psychiatrické péče

Zdroj: NRHZS 2010–2017



Pozn. Pacient může být zařazen do více skupin

Psychiatrická péče a počty duševně nemocných pacientů představují objemem velký segment českého zdravotnictví.

V posledních letech roste počet pacientů v ambulantních a lůžkových zdravotnických zařízeních psychiatrické péče (analyzována byla pouze péče vykázaná zdravotním pojišťovnám). Přibývá především duševních poruch dětí a mladistvých a neurogeneatívních poruch ve stáří.

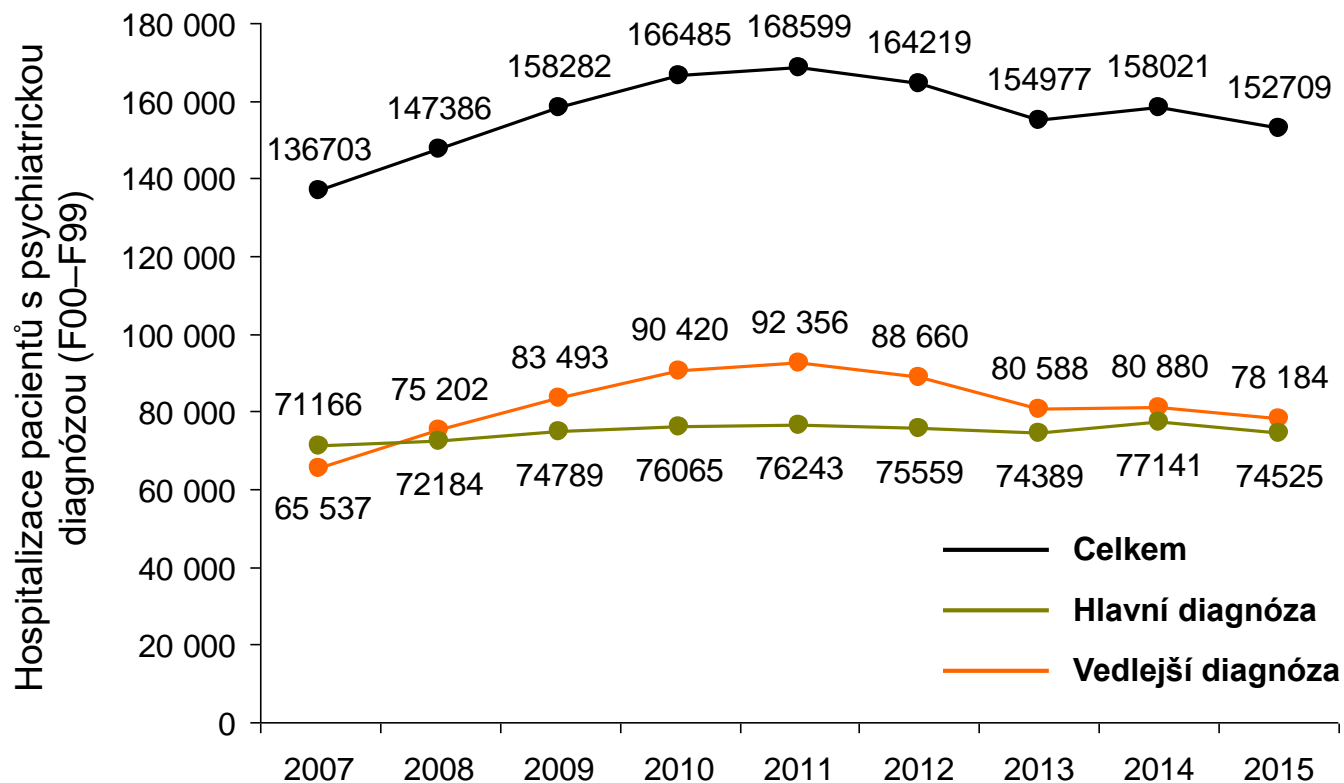
Velký nárůst pacientů je zaznamenán i u neurotických, stresových a somatoformních poruch u dospělých. Tato skupina tvoří i největší podíl všech pacientů (téměř 40 %). Nejčastěji se jedná o jiné anxiózní poruchy (F41, především smíšená úzkostná a depresivní porucha, panická porucha a generalizovaná úzkostná porucha) a reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení (F43).

Současné epidemiologické trendy indikují výrazný nárůst potřeb zdravotně sociálních služeb v péči o duševně nemocné a zároveň jsou zdůvodněním velmi významné reformy psychiatrické péče a budování základny pro multioborovou komunitní péči v psychiatrii.

Hospitalizace z důvodu psychiatrické diagnózy – vývoj v čase

Zdroj dat: NRHOSP 2007-2015

(hospitalizace z důvodu F00–F99 N=1 407 381)



Hospitalizační zátěž diagnózami F00 – F99 je v ČR velmi vysoká, i když celkový počet hospitalizací u duševně nemocných recentně mírně klesá. Ročně avšak v ČR proběhne více než 78 000 hospitalizací, u kterých je psychiatrická diagnóza uvedena jako hlavní příčina. Často jde o hospitalizace daným pacientem vícekrát ročně opakované, celkový index ročního počtu hospitalizací na pacienta činí 1,33. Psychiatrické diagnózy tvoří přibližně 3,4% všech hospitalizačních pobytů, avšak u věkové skupiny 11 – 20 let je to 7,2% a u osob ve věku 21 – 50 let jde o 5 – 6% všech hospitalizačních pobytů. Tato enormní zátěž zatěžuje systém zdravotních služeb a zejména segment akutní lůžkové péče. Z tohoto důvodu má probíhající reforma psychiatrické péče jako jeden ze svých principiálních cílů snížit konzumaci hospitalizačních služeb duševně nemocnými a těmto poskytovat účinnou pomoc v komunitních službách.

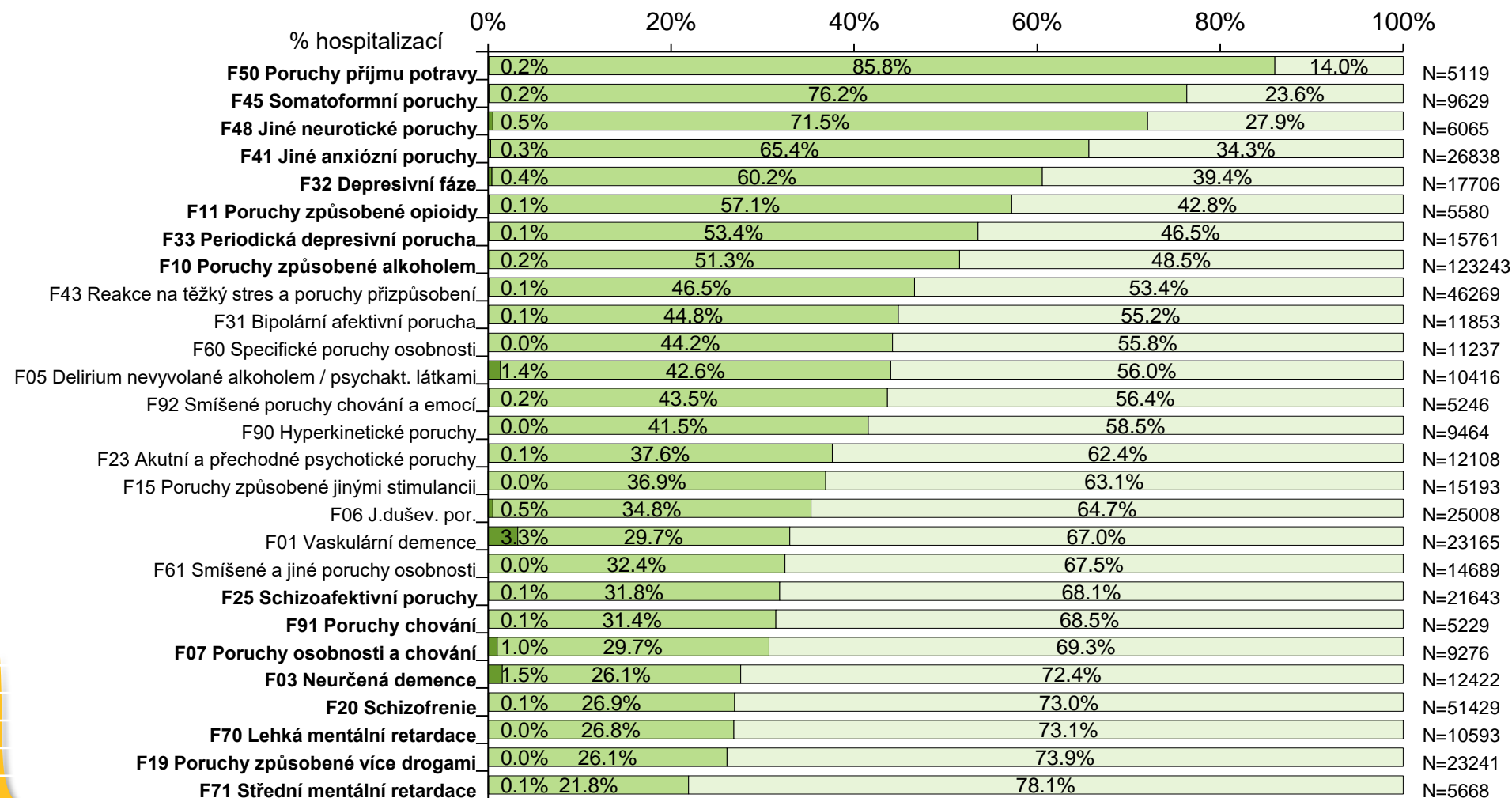
Hospitalizace z důvodu psychiatrické diagnózy – typ lůžka

Zdroj dat: NRHOSP 2007-2015, hospitalizace z důvodu F00–F99 na místě hlavní diagnózy (N=672 061)

■ Hospitalizace s pobytem na akutním i neakutním lůžku

■ Hospitalizace s pobytem pouze na akutním lůžku

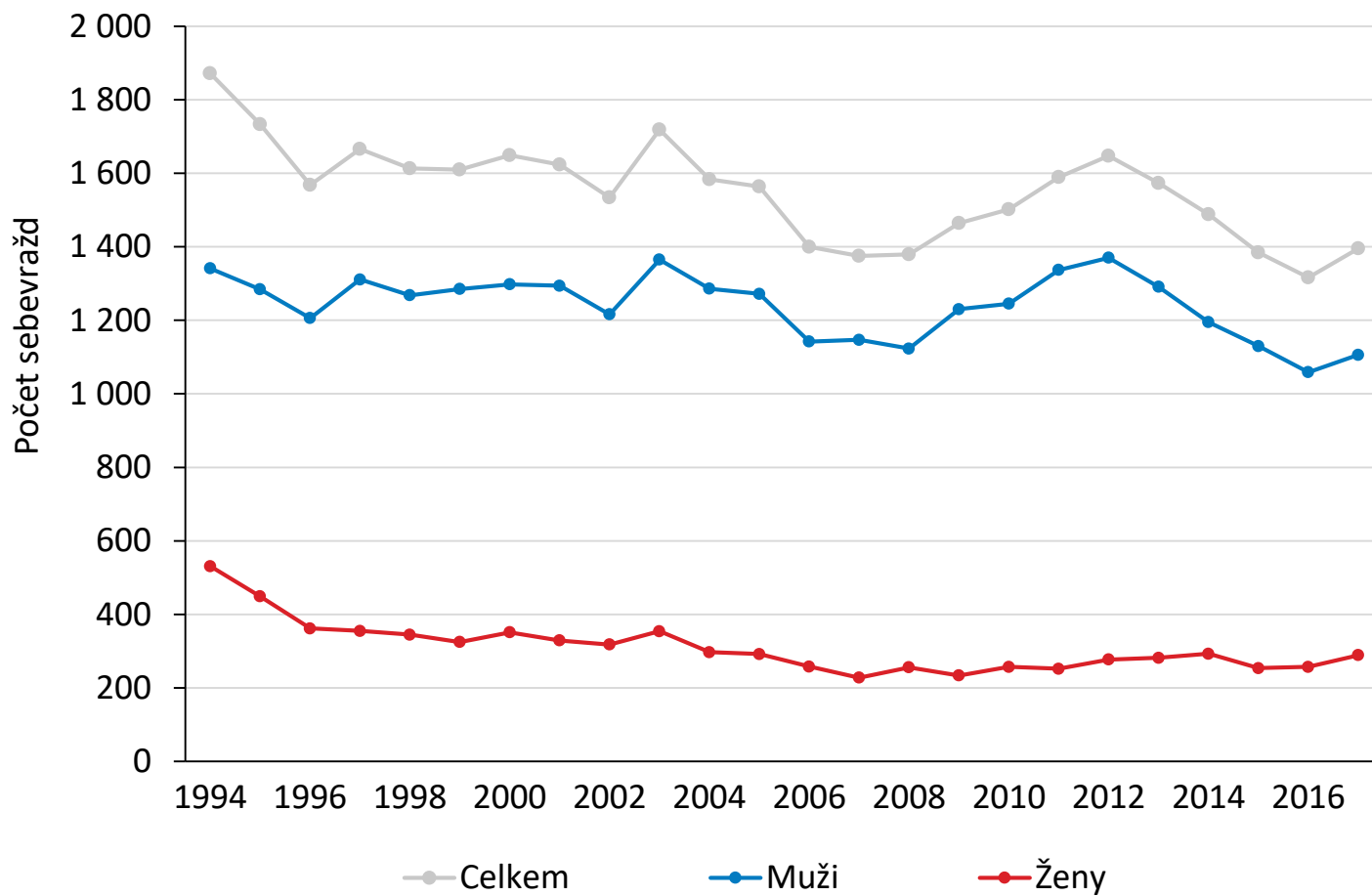
■ Hospitalizace s pobytem pouze na neakutním lůžku



Rozbor reprezentativního souboru všech hospitalizačních případů z důvodu psychiatrické diagnózy prokázal, že v ČR velký podíl těchto hospitalizačních pobytů probíhá na akutních lůžkách, a to i u diagnóz, kde akutní lůžková péče není většinou nezbytně třeba. Tato skutečnost je důsledkem nevyvážené kapacity lůžkového fondu pro akutní a dlouhodobou / následnou péči. Využívání akutních lůžek pro psychiatrické pacienty se významně liší mezi jednotlivými kraji, což opět indikuje nedostatečnou standardizaci tohoto segmentu péče.

Počet případů sebevražd v letech 1994–2017

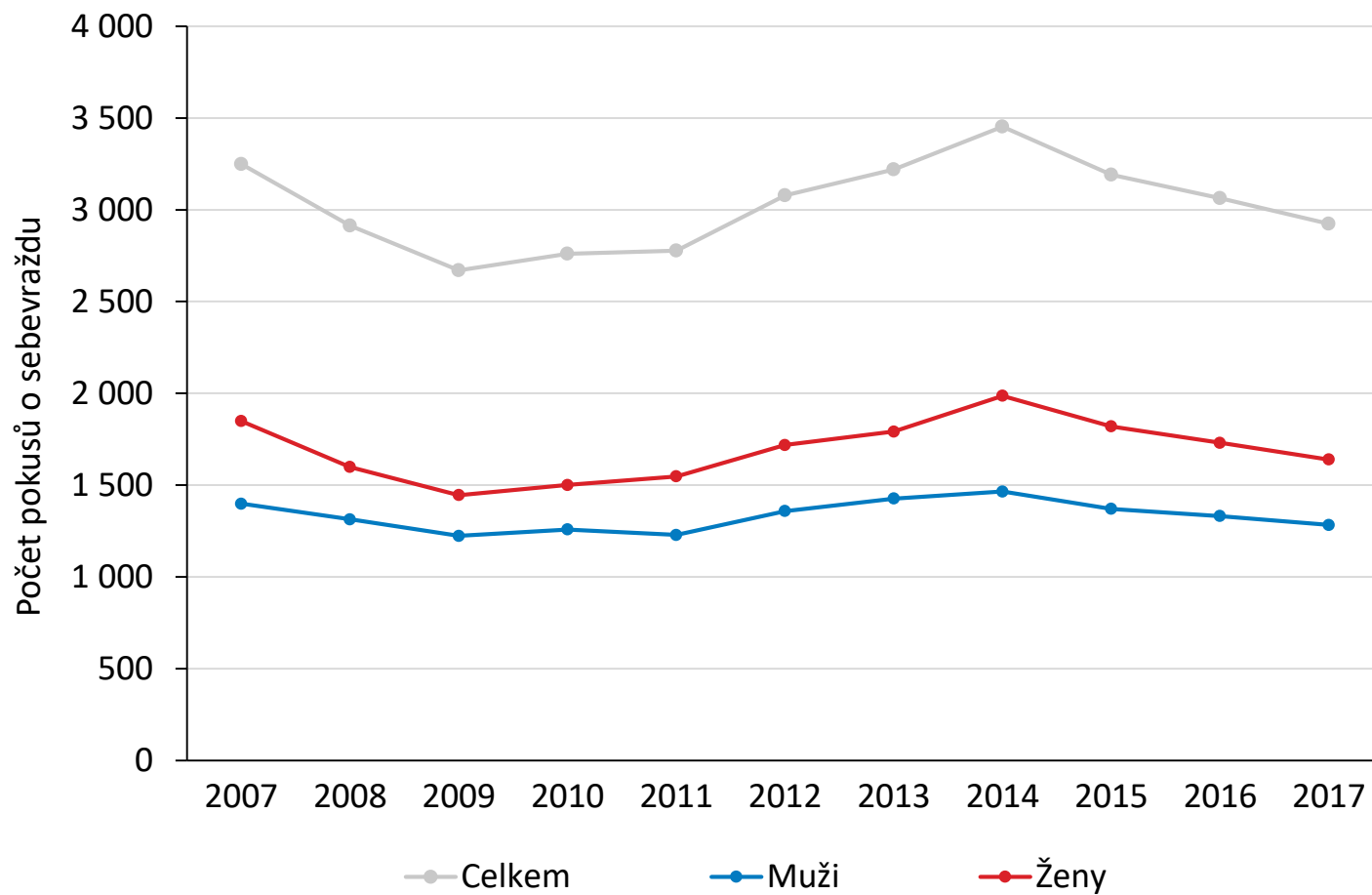
Zdroj: LPZ 1994–2017



Úmrtí z příčiny úmyslného sebepoškození (dg. X60–X84) je 4x častější u mužů než u žen. Nejčastěji se jedná o úmyslné sebepoškození oběšením, (u)škrcením a (za)dušením (muži 64%, ženy 43% v roce 2017) a o úmyslné sebepoškození skokem z výše (muži 6%, ženy 17%).

Počet případů hospitalizace v důsledku pokusu o sebevraždu

Zdroj: NRHOSP 2007–2017, LPZ 2007–2017

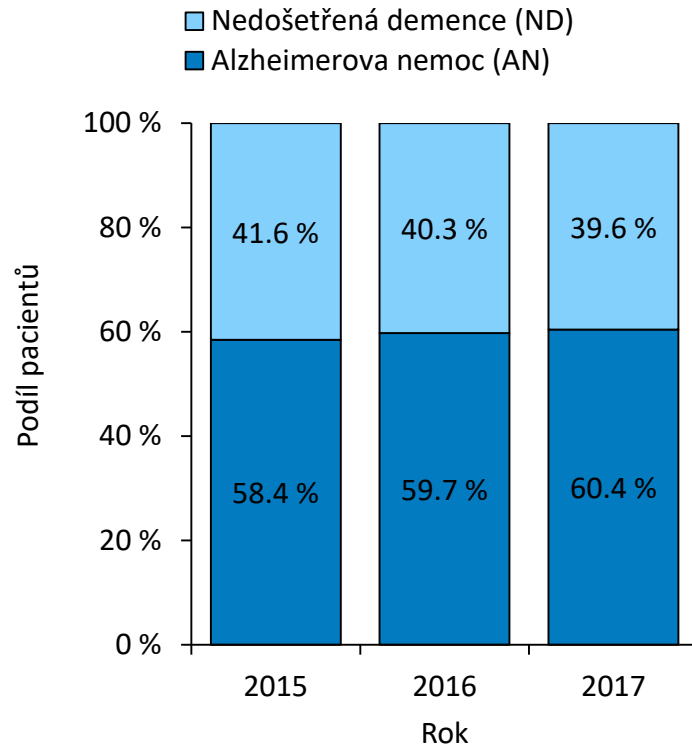
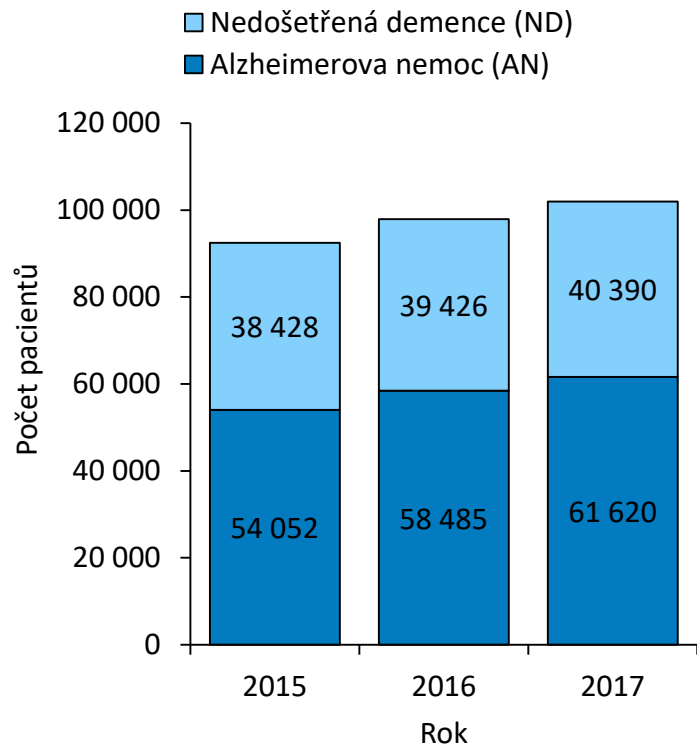


Počet ukončených případů hospitalizace v důsledku nedokonaného pokusu o sebevraždu (dg. X60-X84, jedná se pouze o případy, které neskončily úmrtím) se v letech 2007–2017 pohybuje mezi 2 500 a 3 500. Častěji jsou hospitalizovány ženy (56 %). Jedná se především o hospitalizace po úmyslném sebeotrávení, u mužů dále o úmyslné sebepoškození ostrým předmětem.

Počet pacientů s Alzheimerovou nemocí a nedošetřenou demencí

Zdroj: NRHZS 2015-2017

Počet a podíl pacientů léčených s demencí v letech 2015–2017:



Počet osob v populaci ČR s vykázanou dg. demence ve sledovaném období 2015–2017 narůstá meziročně o 5 %. V roce 2017 bylo v datech NRZHS identifikováno 102 tisíc osob s demencí, z čehož 60 % tvoří pacienti s Alzheimerovou nemocí a 40 % pacienti s nedošetřenou demencí, u kterých existuje předpoklad, že není dořešen typ neurodegenerativní poruchy, a není tak vyloučena přítomnost Alzheimerovy nemoci a rozvoj Alzheimerovy demence v budoucnu.

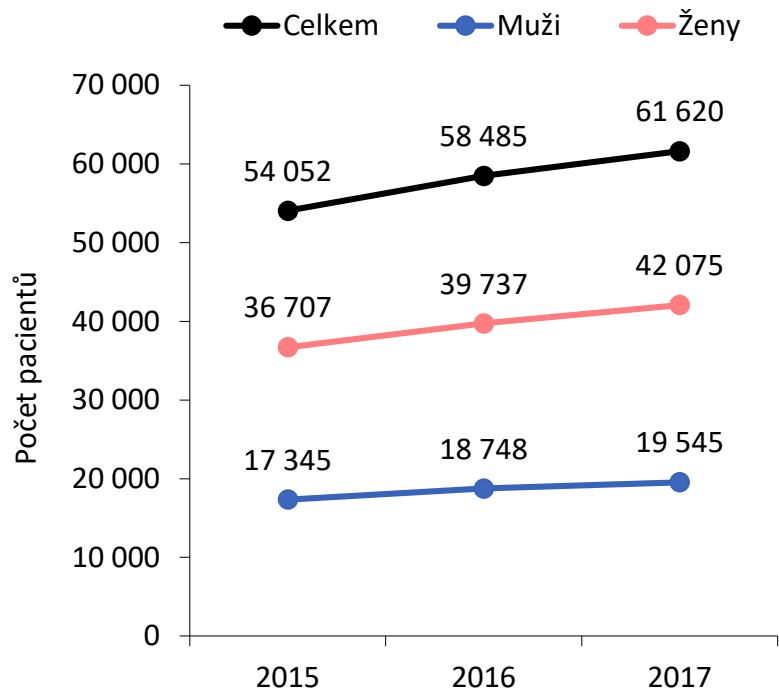
Vzhledem k celosvětově známé poddiagnostikovanosti pacientů s neurodegenerativními onemocněními (třetina jedinců s Alzheimerovou nemocí není diagnostikována) lze předpokládat, že z dostupných dat je odhalena pouze špička ledovce.

Dle Alzheimer Disease International (2016 – <https://www.alz.co.uk/info/diagnosis>) je v zemích s nízkým a středním příjmem, diagnostikováno pouze 10 % postižených. V zemích s vyššími příjmy je diagnostikována přibližně polovina jedinců, ale ve všech zemích přetrvává po diagnostice problém s léčbou a překážky zhoršující kvalitu života pacientů.

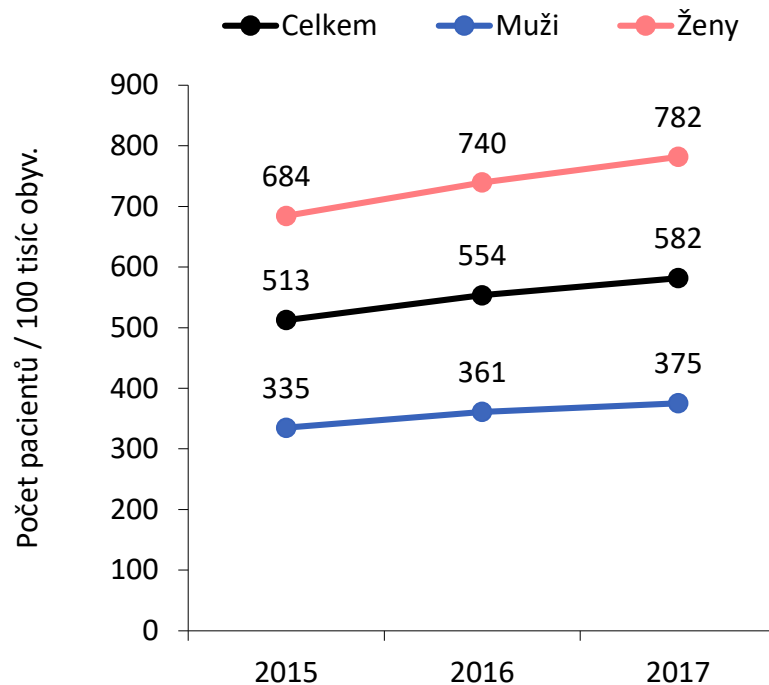
Celková prevalence Alzheimerovy nemoci

Zdroj: NRHZS 2015-2017; pacienti s Alzheimerovou nemocí

**Počet pacientů s Alzheimerovou nemocí
v letech 2015–2017:**



**Počet pacientů s Alzheimerovou nemocí
v letech 2015–2017 na 100 000 obyvatel ČR:**

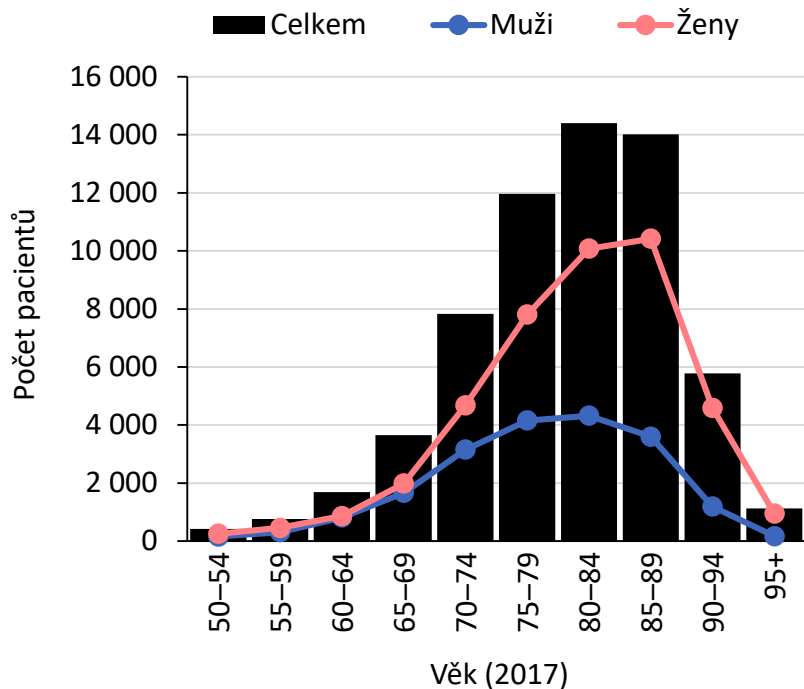


V letech 2015–2017 byl zaznamenán 14% nárůst počtu pacientů s Alzheimerovou nemocí. U mužů vzrostl počet o 12,7 % z 17 345 na 19 545, u žen vzrostl počet o 14,6 % z 36 707 na 42 075. V roce 2017 připadlo 582 osob s Alzheimerovou nemocí na 100 000 obyvatel ČR (tj. 0,6 % populace).

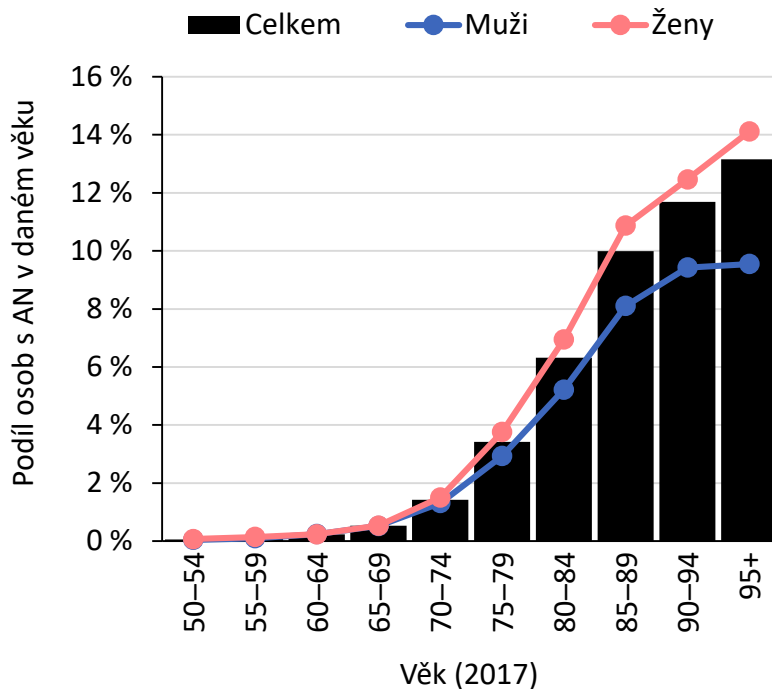
Věkově specifická prevalence Alzheimerovy nemoci

Zdroj: NRHZS 2017; pacienti s Alzheimerovou nemocí (N = 61 620)

Počet pacientů léčených s Alzheimerovou nemocí v daném věku (2017):



Podíl pacientů léčených s Alzheimerovou nemocí v jednotlivých věkových skupinách (2017):

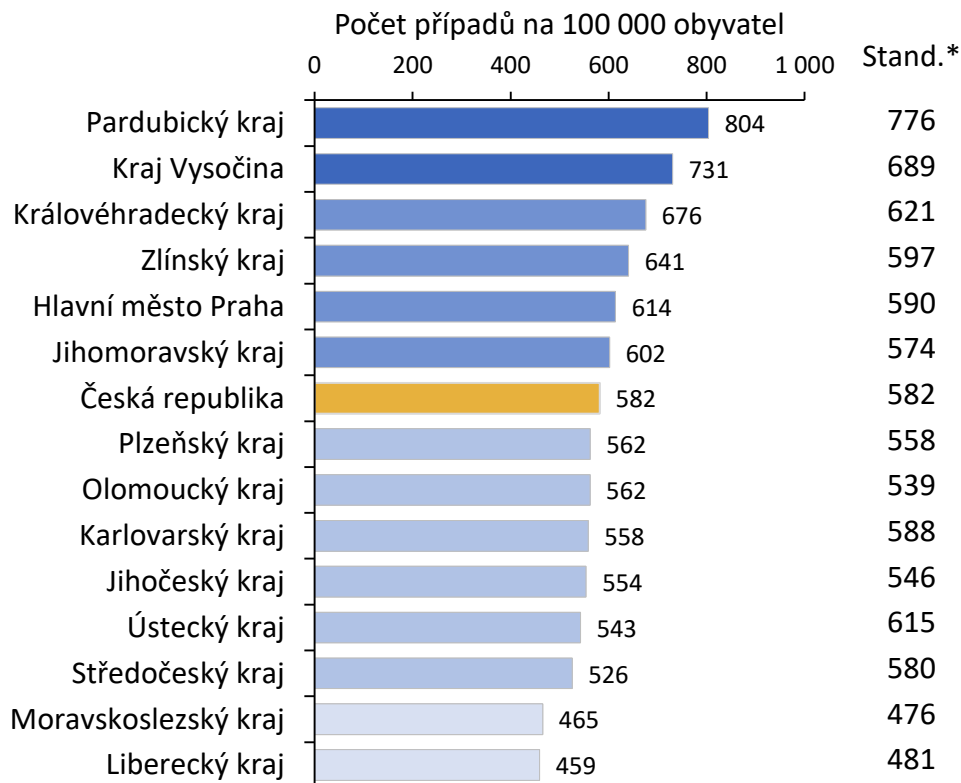


Většina pacientů s vykázanou Alzheimerovou nemocí je ve věku 75–89 let. S věkem výrazně narůstá podíl případů v populaci – ve věku nad 85 let je vykázána Alzheimerova nemoc u více než 10 % populace.

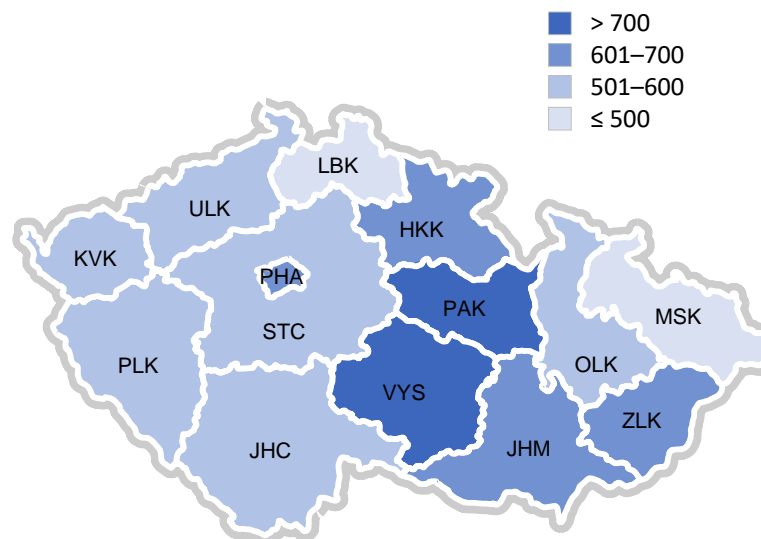
Počet osob s Alzheimerovou nemocí dle bydliště (2017)

Zdroj: NRHZS 2017; pacienti s Alzheimerovou nemocí (N = 61 620)

Počet osob s vykázanou Alzheimerovou nemocí v přepočtu na 100 000 obyvatel daného kraje:



Podle dat NRHZS je v ČR zaznamenána Alzheimerova nemoc s četností 582 případů na 100 000 obyvatel (data za rok 2017). Nejvyšší výskyt vzhledem k počtu obyvatel je v Pardubickém kraji a kraji Vysočina, naopak nejnižší počet zaznamenaných případů je v Libereckém a Moravskoslezském kraji. Mezi kraji jsou výrazné rozdíly, a to i po provedení věkové standardizace. Tyto rozdíly mohou být i důsledkem nedostatečné diagnostiky nebo její nedostupnosti pro seniorní pacienty v určitých oblastech.



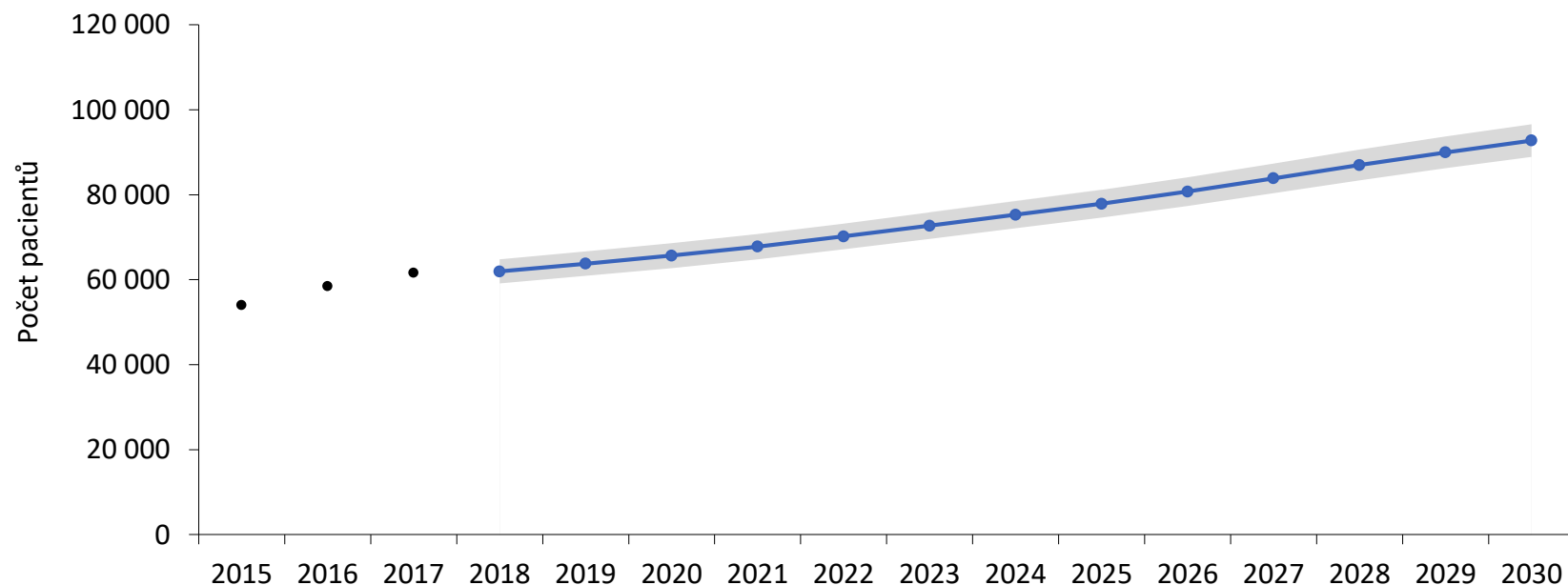
**Věkově standardizovaná hodnota zohledňuje rozdíly ve věkové struktuře obyvatel jednotlivých krajů, tj. udává teoretický počet případů na 100 000 obyvatel daného kraje v situaci, kdy je věková struktura obyvatel všech krajů shodná. Za referenční populaci je zde považována celá České republika.*

Statistická predikce prevalence Alzheimerovy nemoci v ČR do roku 2030

Zdroj dat: NRHZS 2015–2017, pacienti s Alzheimerovou nemocí; Český statistický úřad - Projekce obyvatelstva ČR

Metodika: Poissonův zobecněný lineární model, predikční báze 2015-2017

Pozorovaná prevalence	Predikce prevalence (včetně 95% intervalů spolehlivosti)		
Rok 2017	Rok 2020	Rok 2025	Rok 2030
61 620	65 669 (62 728 - 68 610)*	77 892 (74 620 - 81 164)*	92 773 (88 914 - 96 633)*



Zatímco v roce 2017 bylo zaznamenáno přibližně 60 tisíc nemocných s Alzheimerovou nemocí, statistická predikce předpovídá pro rok 2030 již více než 90 tisíc nemocných.

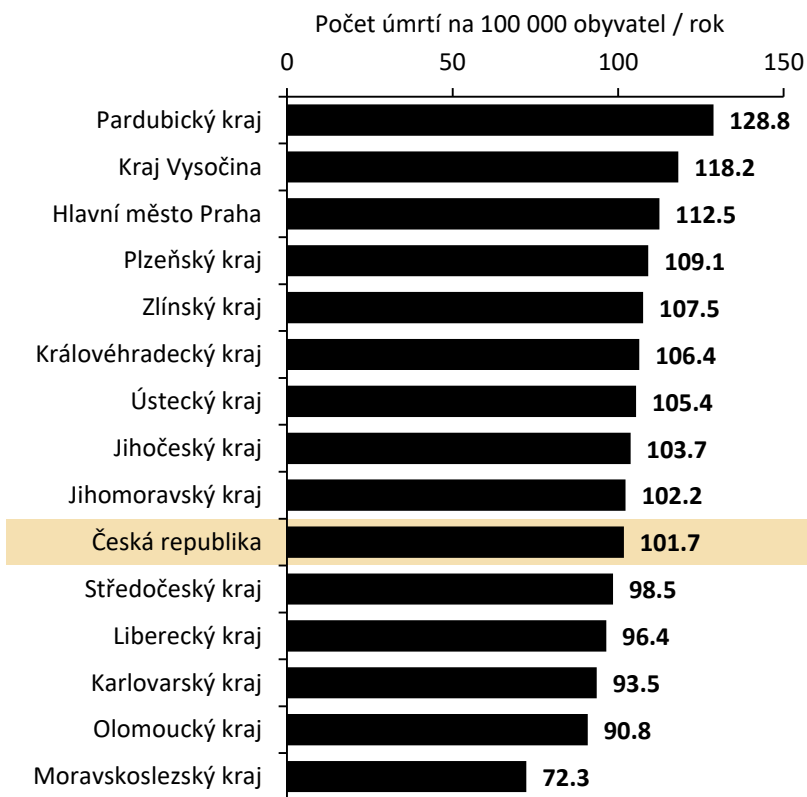
* 95% interval spolehlivosti, na grafu znázorněn šedou plochou, interval spolehlivosti je důsledkem statistické neurčitosti odhadu věkově-specifické prevalence

Počet zemřelých s vykázanou Alzheimerovou nemocí v krajích ČR

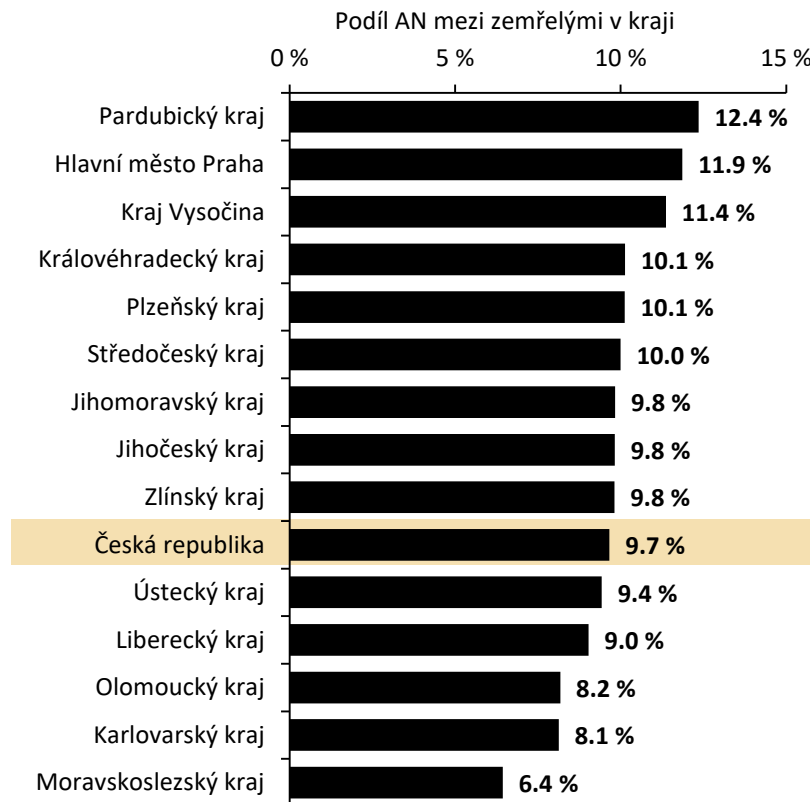
Zdroj dat: LPZ 2017 + NRHZS 2015–2017;

osoby zemřelé z libovolné příčiny v roce 2017 s potvrzenou Alzheimerovou nemocí z let 2015–2017 dle NRHZS (N = 10 769)

Počet zemřelých osob s vykázanou Alzheimerovou nemocí na 100 000 obyvatel daného kraje (2017):



% zastoupení osob s vykázanou Alzheimerovou nemocí mezi zemřelými obyvateli daného kraje (2017):



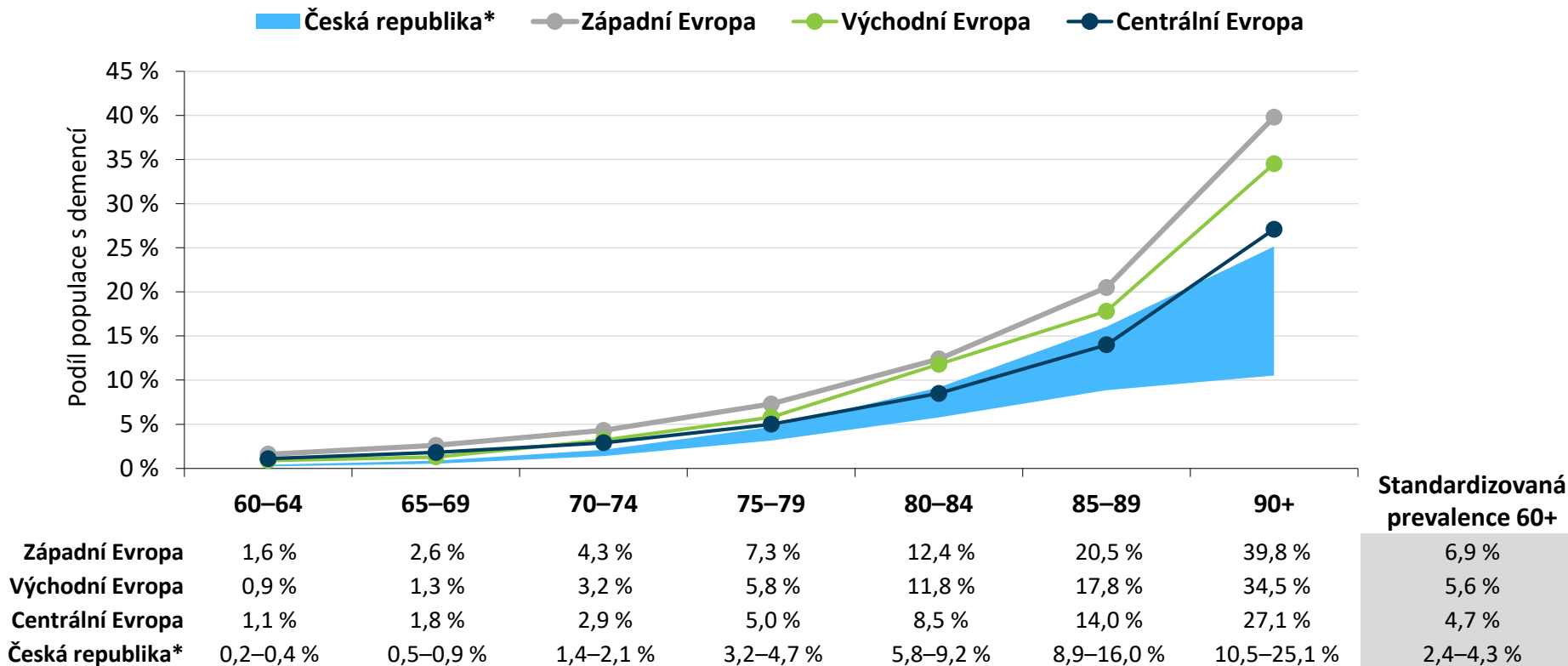
Nejvyšší standardizovaná úmrtnost obyvatel s vykázanou úmrtnostní diagnózou Alzheimerovy nemoci je v Pardubickém kraji – téměř dvojnásobná oproti Moravskoslezskému kraji (128,8 vs. 72,3 případů na 100 000 obyvatel). Zatímco v Pardubickém kraji, Hl. m. Praha a kraji Vysočina tvoří osoby s vykázanou AN více než 10 % zemřelých, v Moravskoslezském kraji je to pouze 6,4 %. Celkově byla v ČR v roce 2017 u 9,7 % zemřelých osob vykázána Alzheimerova nemoc.

Mezinárodní srovnání prevalence demence za rok 2015

Zdroj dat: NRHZS 2015

Zdroj dat pro srovnání: World Alzheimer Report 2015, Alzheimer's Disease International

Dostupné na: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>



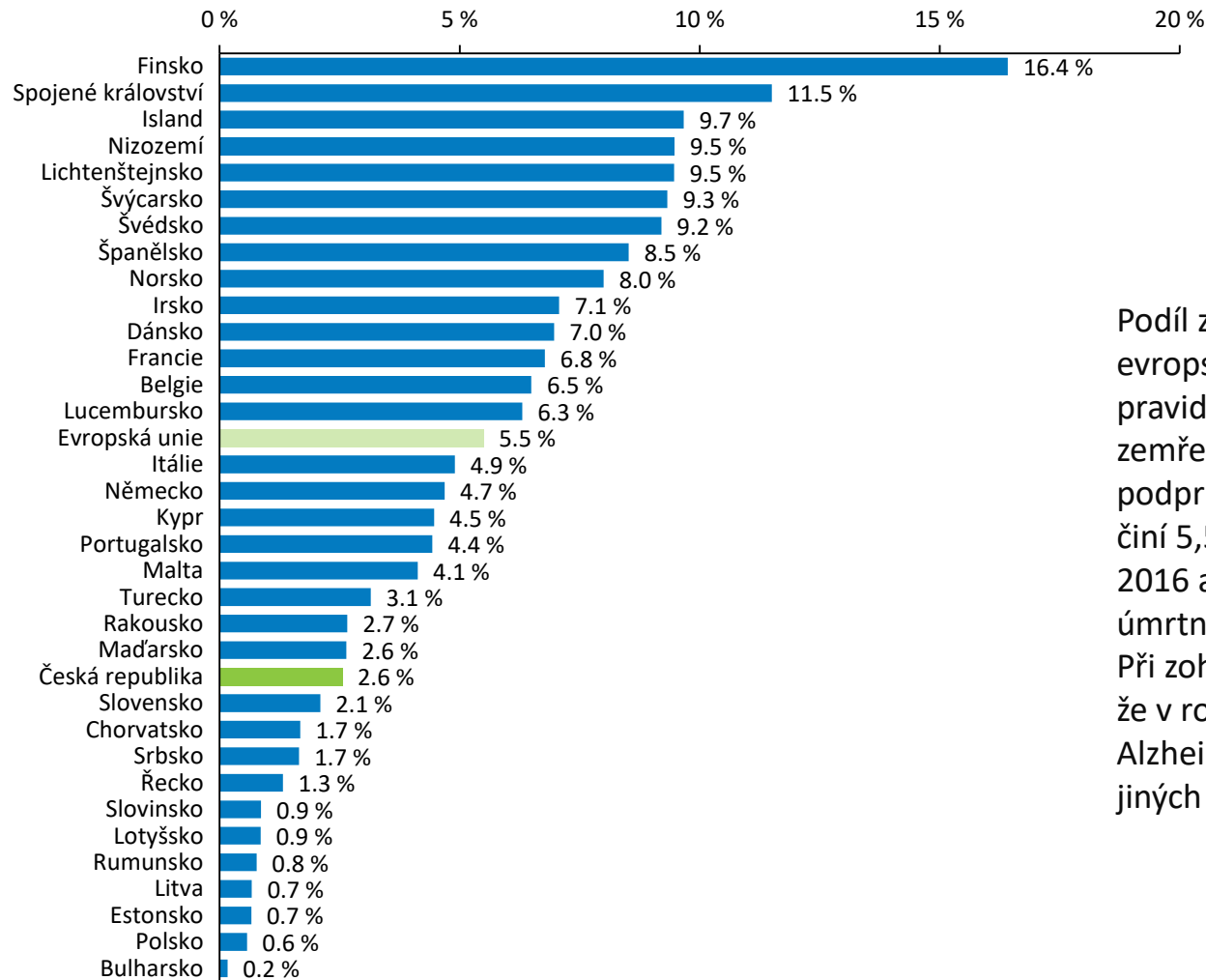
*Dolní hranice intervalu udává podíl osob s Alzheimerovou nemocí, horní hranice intervalu udává podíl osob včetně nedošetřených demencí.

Prevalence vykázané demence dle dat NZIS je v ČR nižší, než v jiných státech centrální Evropy. Zejména u osob mladších 75 let je patrné výrazné poddiagnostikování demence, ke kterému avšak nejspíše dochází i ve starších věkových kategoriích. Srovnání s daty NRHZS bylo provedeno pro rok 2015, ze kterého jsou zároveň k dispozici nejaktuálnější celoevropská data.

Mezinárodní srovnání počtu zemřelých s demencí za rok 2015

Zdroj dat: LPZ, Eurostat 2018 (data za rok 2015)

Podíl zemřelých s úmrtnostní diagnózou demence (včetně Alzheimerovy nemoci) v roce 2015:



Podíl zemřelých s úmrtnostní diagnózou demence se napříč evropskými státy výrazně odlišuje, patrně v závislosti na různých pravidlech vykazování v jednotlivých státech. V ČR činí podíl zemřelých s vykázanou úmrtnostní diagnózou demence podprůměrných 2,6 %, v rámci států Evropské unie tento podíl činí 5,5 % (2015). Z dat LPZ analyzovaných v následujících letech 2016 a 2017 je patrná vzrůstající tendence vykazování úmrtnostní diagnózy demence v České republice. Při zohlednění diagnóz vykázaných v datech NRHZS se ukazuje, že v roce 2017 tvořily v České republice osoby s vykázanou Alzheimerovou nemocí 9,7 % zemřelých (bez zahrnutí výskytu jiných demencí).

„ZDRAVÍ 2030“ – analytická studie

**Zdravotní stav obyvatelstva
- Úrazy, otravy**

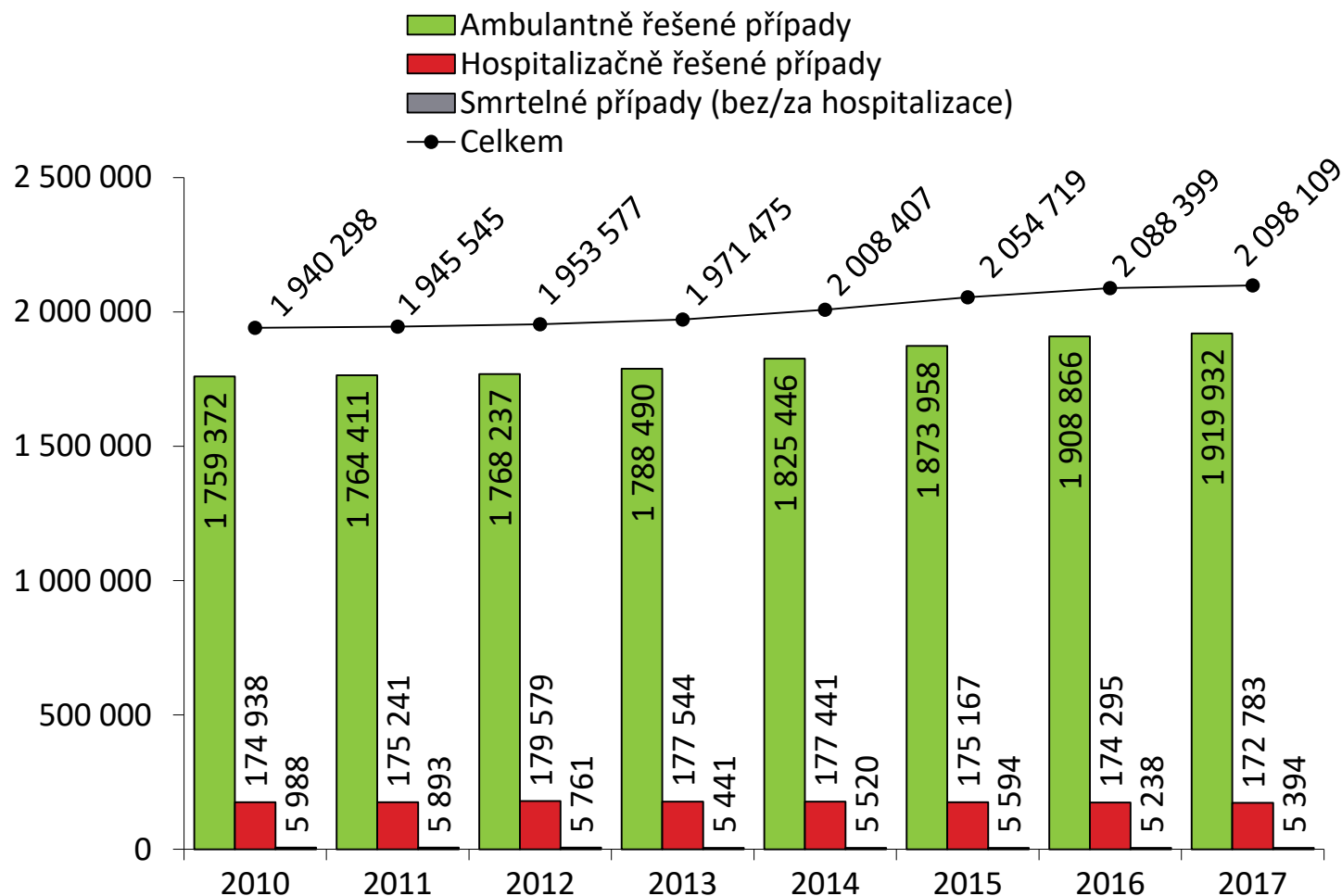


Výskyt úrazů v ČR dle závažnosti

Zdroj: NRHZS 2010–2017, LPZ 2010–2017

Definice: Osoby s vykázanou diagnózou S00–T79, V00–Y34.

Počet osob s poraněním, otravou a jinými následky vnějších příčin:



Každoročně nastane úraz, otrava či jiné poranění přibližně u 2 milionů osob; 91 % úrazů je řešeno pouze ambulantně, 8 % úrazů je řešeno za hospitalizace a 0,3 % úrazů je smrtelných.

Počet případů každoročně narůstá o 1,1 %, ale zvyšuje se především počet nezávažných úrazů řešených ambulantně. Počet hospitalizačně řešených úrazů je stabilní (okolo 175 tisíc případů ročně) a počet smrtelných úrazů v čase klesá.

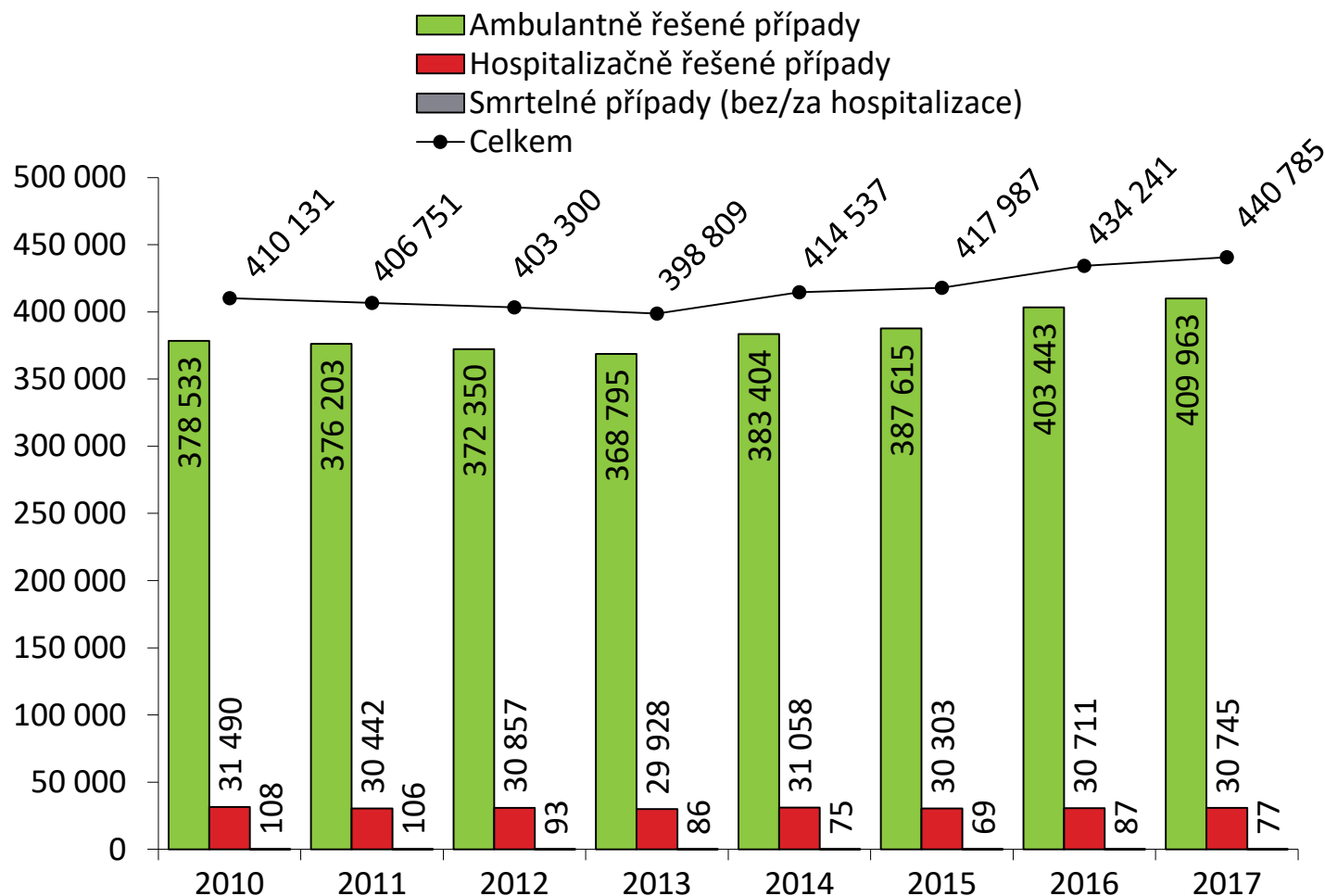
V jednotlivých krajích se pohybuje četnost úrazů od 184 do 222 případů na 1 000 obyvatel.

Výskyt úrazů dle závažnosti – děti (< 18 let)

Zdroj: NRHZS 2010–2017, LPZ 2010–2017

Definice: Osoby s vykázanou diagnózou S00–T79, V00–Y34.

Počet dětí s poraněním, otravou a jinými následky vnějších příčin:



Každoročně nastane úraz, otrava či jiné poranění přibližně u 400 tisíc dětí; 93 % úrazů je řešeno pouze ambulantně, 7 % úrazů je řešeno za hospitalizace. Smrtelných je 0,02 % úrazů.

Počet případů každoročně narůstá o 1,1 %, ale zvyšuje se především počet nezávažných úrazů řešených ambulantně. Počet hospitalizačně řešených úrazů je stabilní (okolo 30 tisíc případů ročně) a počet smrtelných úrazů v čase klesá.

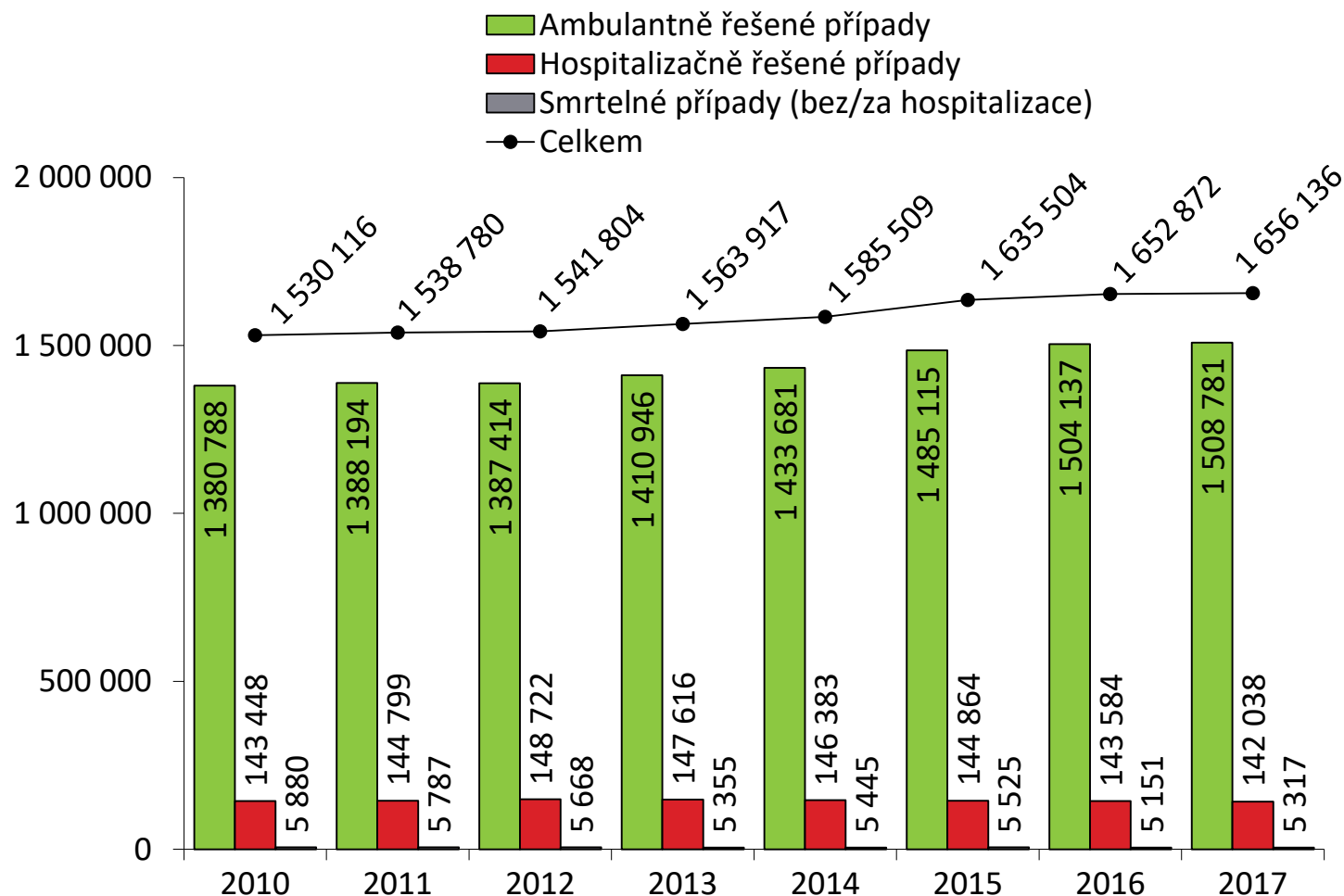
Lze konstatovat, že v četnosti závažných úrazů u dětí se projevuje kladný efekt národního preventivního programu, nicméně stále zde existuje výrazný prostor pro zlepšení situace.

Výskyt úrazů dle závažnosti – dospělí (18 a více let)

Zdroj: NRHZS 2010–2017, LPZ 2010–2017

Definice: Osoby s vykázanou diagnózou S00–T79, V00–Y34.

Počet dospělých osob s poraněním, otravou a jinými následky vnějších příčin:



Každoročně nastane úraz, otrava či jiné poranění přibližně u 1,6 milionu dospělých osob; 91 % úrazů je řešeno pouze ambulantně, 9 % úrazů je řešeno za hospitalizace. Smrtelných úrazů je 0,3 %.

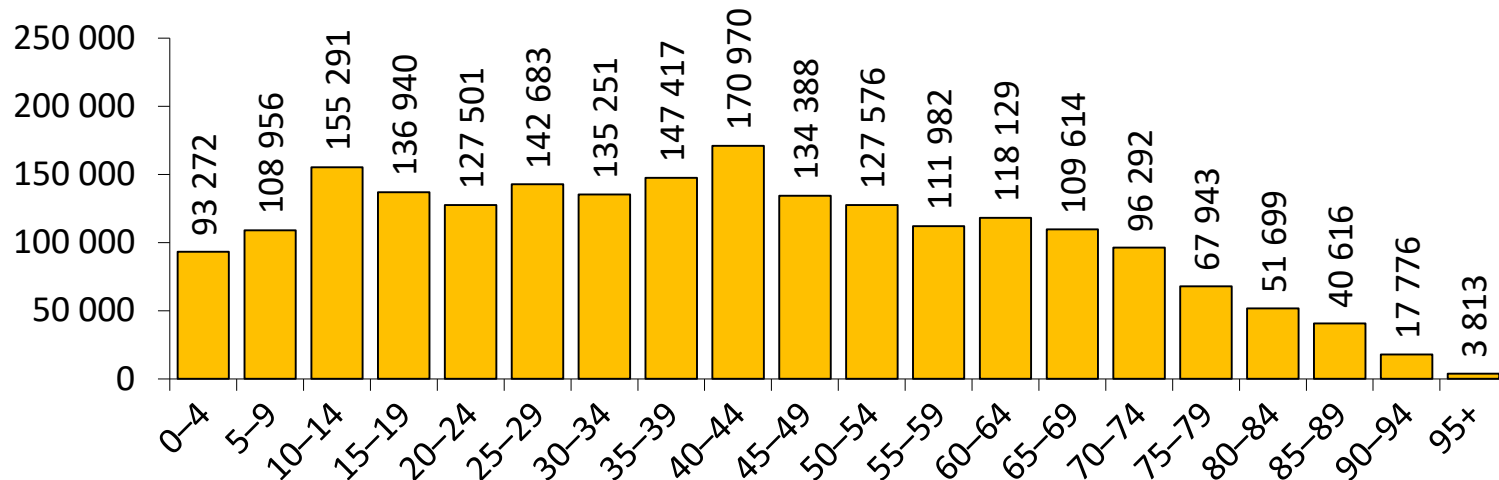
Počet případů každoročně narůstá o 1,1 %, ale zvyšuje se především počet nezávažných úrazů řešených ambulantně. Počet hospitalizačně řešených úrazů je stabilní (okolo 145 tisíc případů ročně) a počet smrtelných úrazů v čase klesá.

Výskyt úrazů dle věku v roce 2017

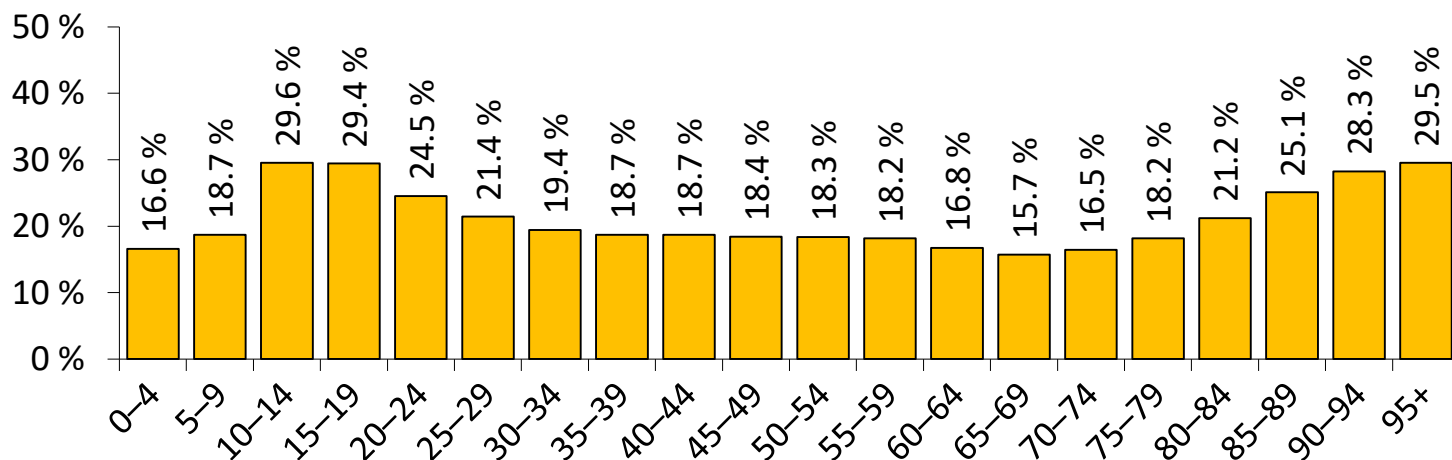
Zdroj: NRHZS 2017, LPZ 2017

Definice: Osoby s vykázanou diagnózou S00–T79, V00–Y34.

Počet osob s poraněním, otravou a jinými následky vnějších příčin v dané věkové skupině:



Podíl osob s poraněním, otravou a jinými následky vnějších příčin v dané věkové skupině:

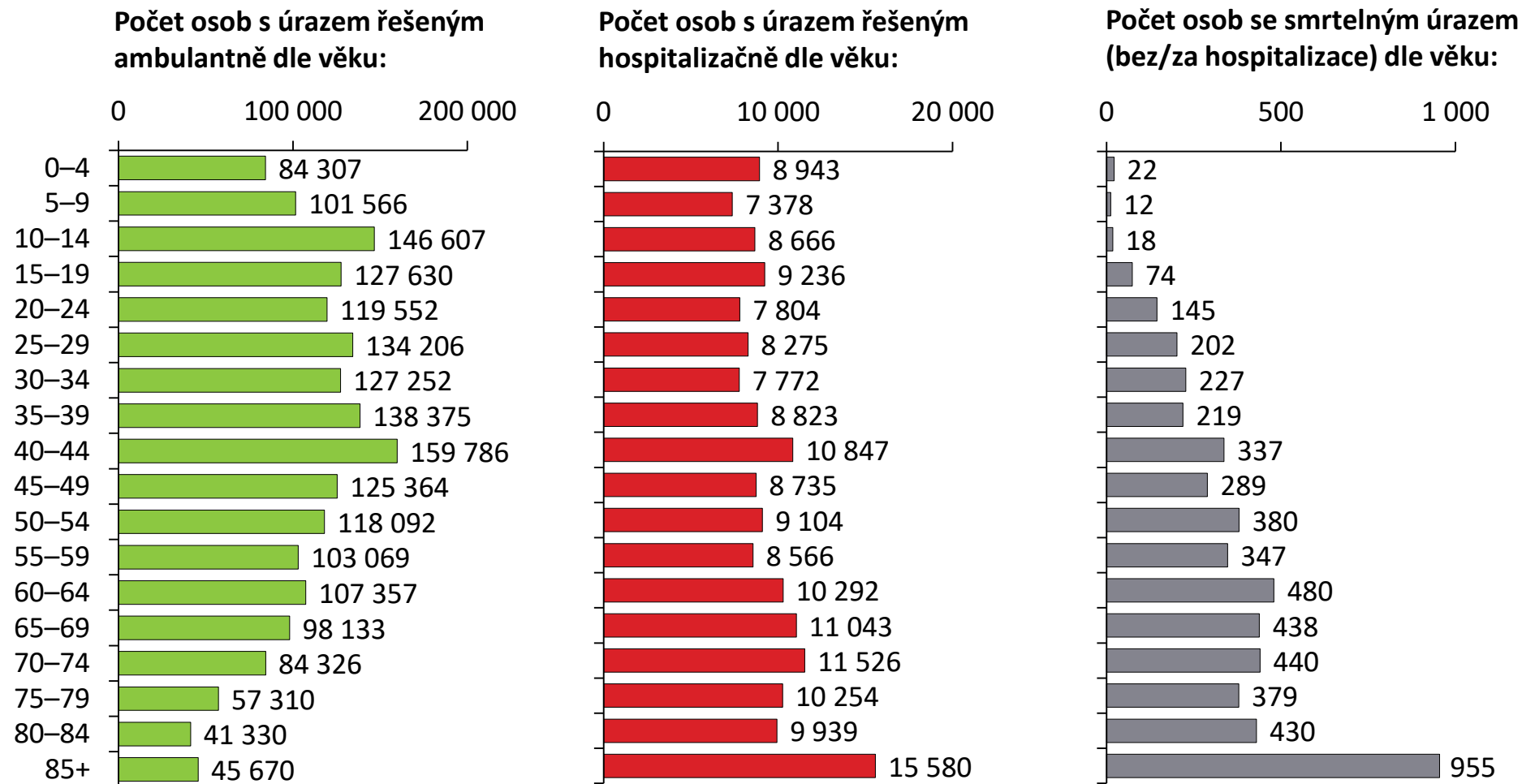


Absolutně nejvyšší počet úrazů nastává u osob ve věku 10–14 let a 40–44 let. Relativně nejvyšší počet úrazů (vzhledem k celkovému počtu osob daného věku v populaci) nastává u starších dětí (10–19 let; 30 % dětí tohoto věku utrpí každoročně nějaký úraz). Od 70 let se s rostoucím věkem zvyšuje i podíl osob s úrazem – ročně utrpí úraz více než 25 % populace nad 85 let, tato situace se bude zhoršovat se stárnutím populace.

Výskyt úrazů dle věku a závažnosti v roce 2017

Zdroj: NRHZS 2017, LPZ 2017

Definice: Osoby s vykázanou diagnózou S00–T79, V00–Y34.



Nejvíce ambulantně řešených úrazů se vyskytuje ve věku od 10 do 50 let, s rostoucím věkem se počet ambulantně řešených úrazů prudce snižuje. Hospitalizačně řešené úrazy se vyskytují rovnoměrně napříč všemi věkovými kategoriemi, u osob velmi pokročilého věku intenzita hospitalizací narůstá. Počet úrazů vedoucích k úmrtí pacienta se s vyšším věkem výrazně zvyšuje.

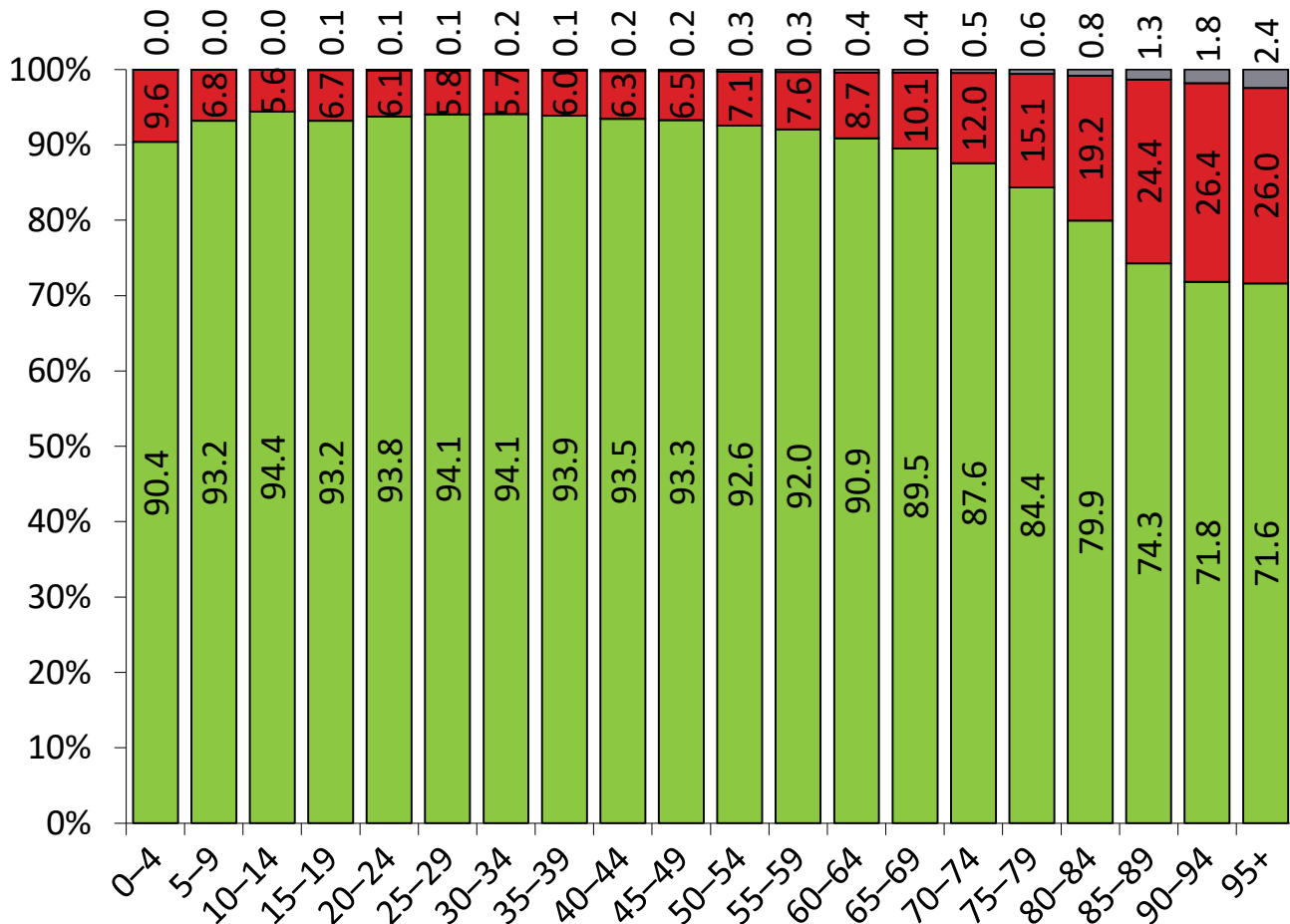
Výskyt úrazů dle věku a závažnosti v roce 2017

Zdroj: NRHZS 2017, LPZ 2017

Definice: Osoby s vykázanou diagnózou S00–T79, V00–Y34.

Závažnost úrazů v jednotlivých věkových kategoriích v roce 2017:

100 % = celkový počet úrazů v dané věkové kategorii



- Ambulantně řešené případy
- Hospitalizačně řešené případy
- Smrtelné případy (bez/za hospitalizace)

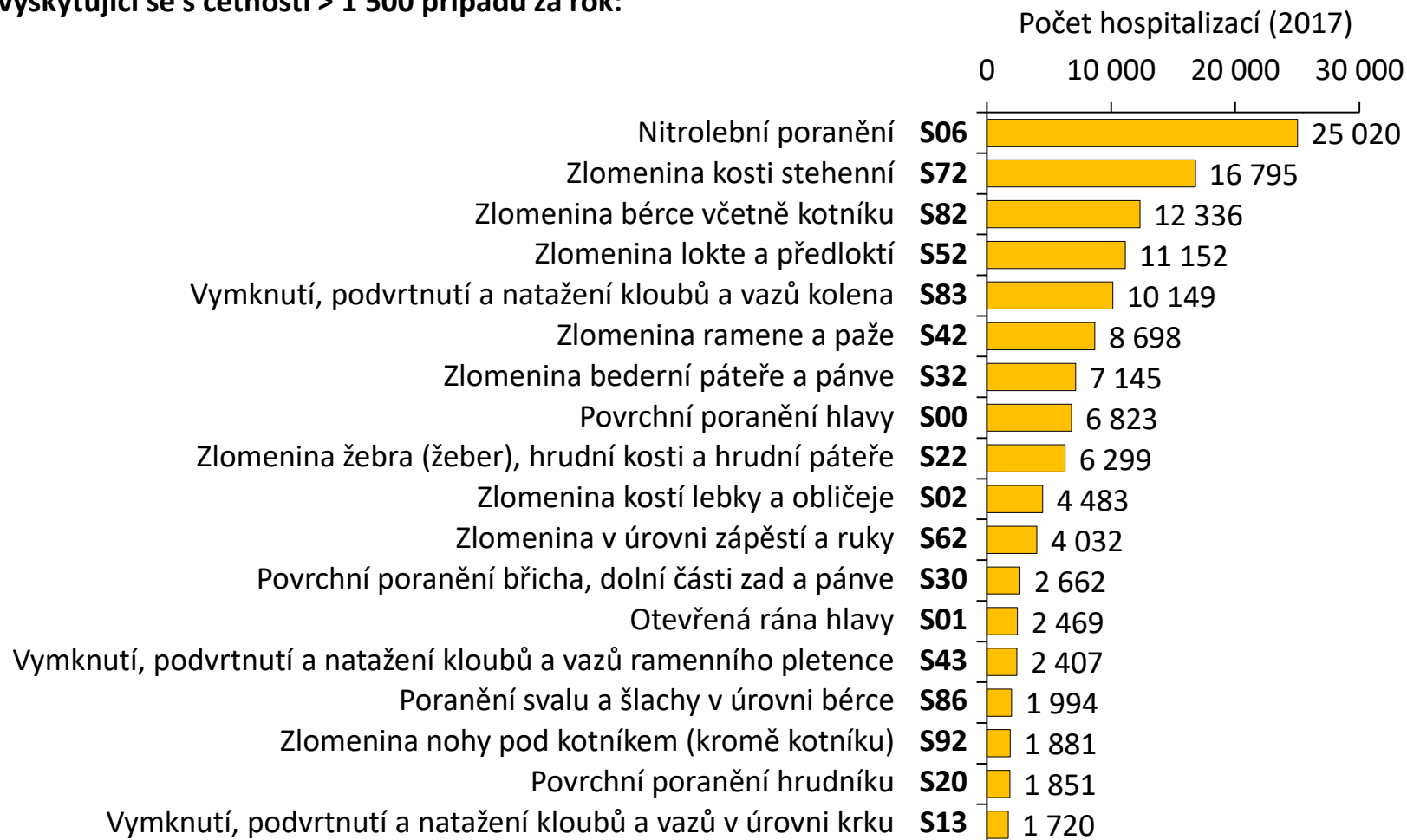
Do 65 let věku je v ČR více než 90 % úrazů řešeno ambulantně, nad 65 let narůstá podíl úrazů, které musí být řešeny hospitalizačně, i podíl úrazů, jejichž důsledkem je úmrtí pacienta.

Nejčastější příčiny hospitalizace pro úrazy

Zdroj: NRHZS 2017

Definice: Osoby s vykázanou diagnózou S00–T79, V00–Y34.

**Příčiny hospitalizace (3znakové kódy MKN-10) pro úrazy
vyskytující se s četností > 1 500 případů za rok:**



V roce 2017 proběhlo 159 tisíc akutních hospitalizací pro úraz (jako primární příčina hospitalizace), celkově bylo aktivně léčené poranění/otrava součástí 178 tisíc akutních hospitalizací (bez ohledu na primární příčinu hospitalizace).

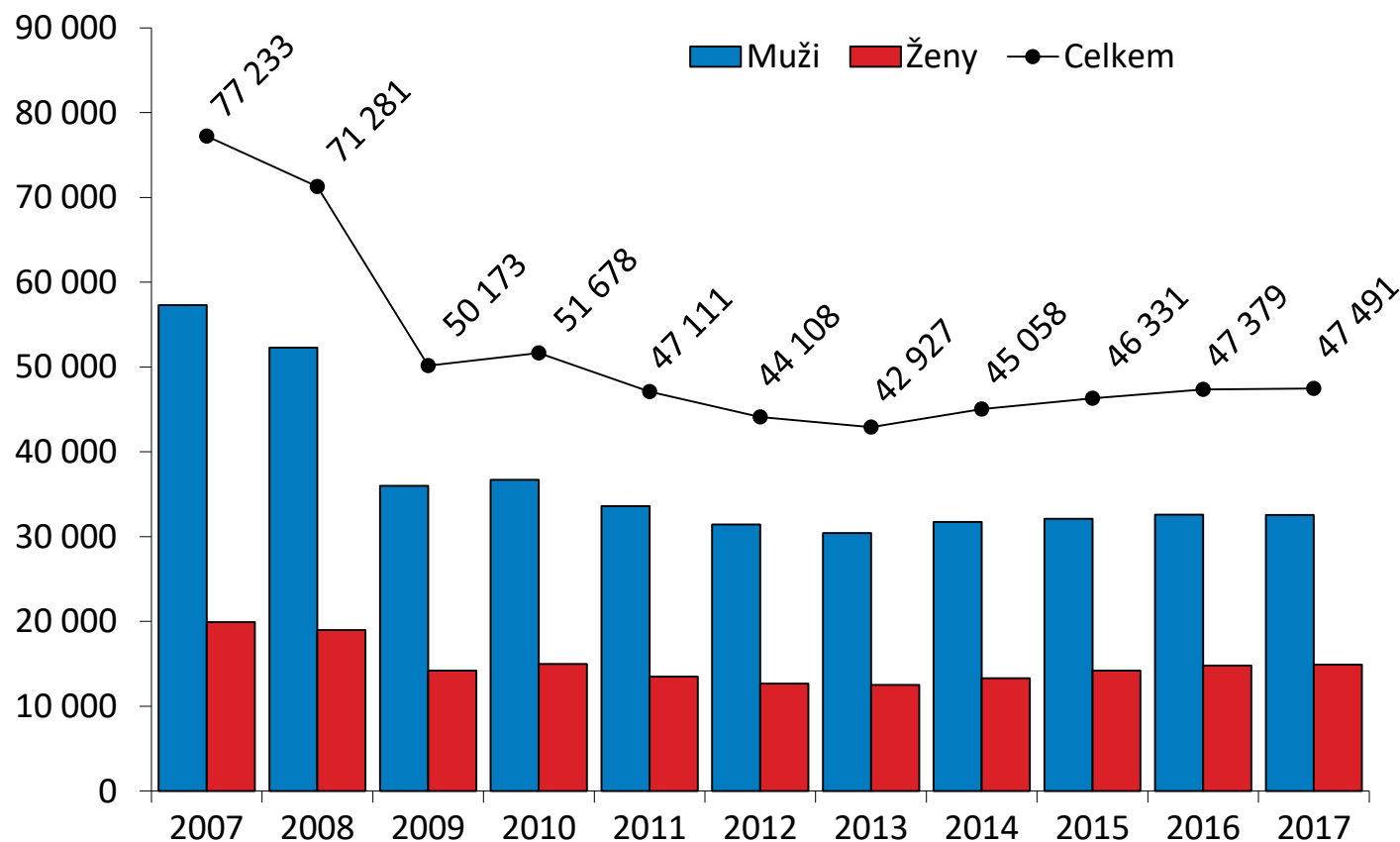
Nejčastější diagnózou je nitrolební poranění (25 tisíc případů; z toho 18 tisíc pro diagnózu S06.0 – otřes mozku). Nitrolební poranění se vyskytuje napříč všemi věkovými kategoriemi, u dětí se jedná ve více než 90 % případů o otřes mozku, ale s věkem se podíl případů s krvácením výrazně zvyšuje (téměř 50 % případů u osob nad 65 let).

Druhou nejčastější diagnózou je zlomenina kosti stehenní (17 tisíc případů; 85 % těchto zlomenin se vyskytuje u osob nad 65 let, převažují zlomeniny na horním konci stehenní kosti (S72.0–S72.2)).

Pracovní úrazy

Zdroj: ČSÚ, <https://www.czso.cz/csu/czso/pracovni-neschopnost-pro-nemoc-a-uraz-v-ceske-republice-za-rok-2017>

Počet pracovních úrazů s pracovní neschopností:



Po výrazném snížení počtu pracovních úrazů v letech 2007–2009 je od roku 2010 počet pracovních úrazů stabilní – ročně se vyskytne okolo 45 tisíc případů. Přibližně 70 % pracovních úrazů se vyskytuje u mužů, 30 % u žen.

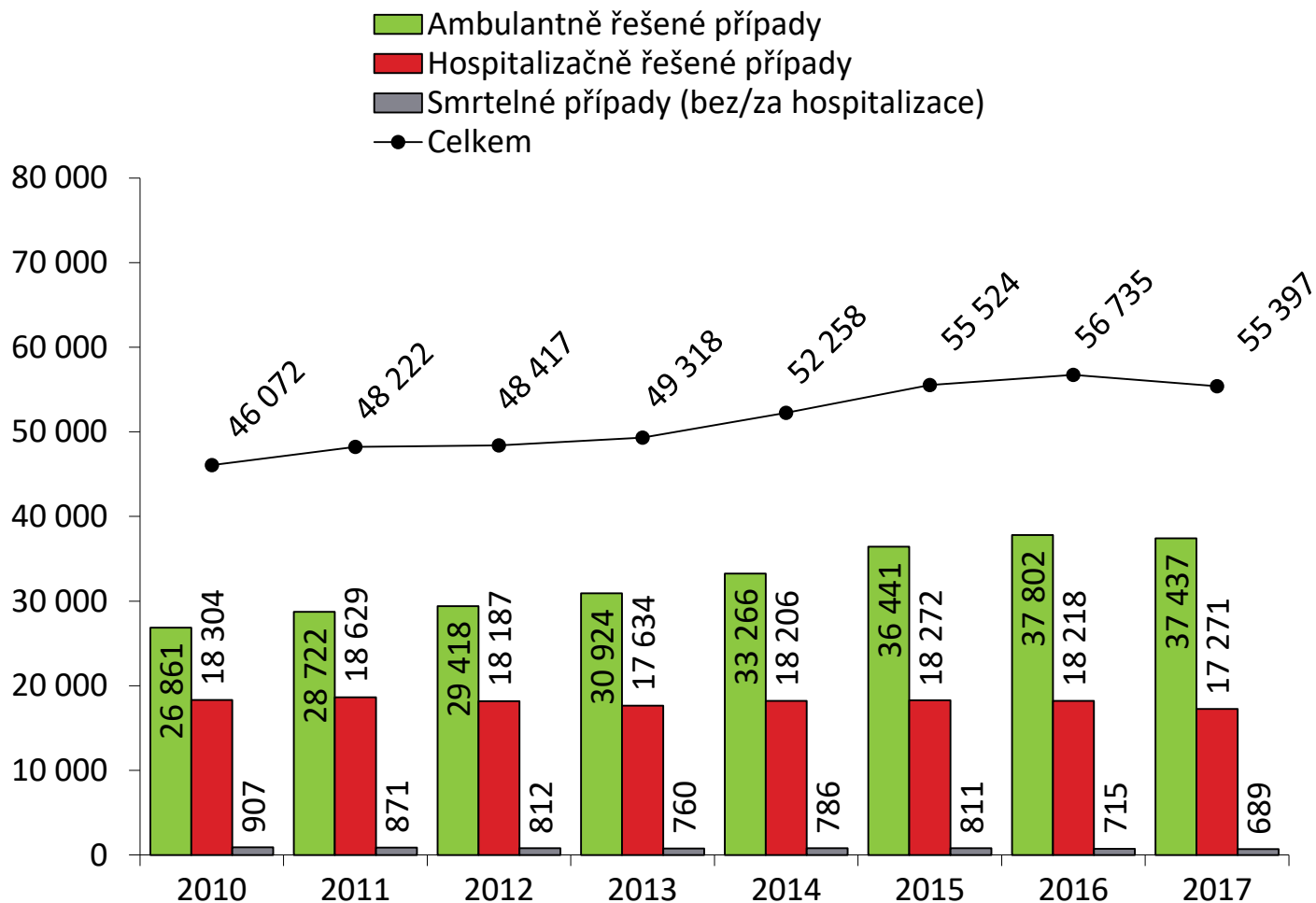
Smrtelných pracovních úrazů nastane 100–120 ročně, z toho 95 % u mužů.

Úrazy při dopravních nehodách

Zdroj: NRHZS 2010–2017, LPZ 2010–2017

Definice: Osoby s vykázanou diagnózou V01–V99 (dopravní nehody).

Počet osob s poraněním vzniklým při dopravní nehodě:



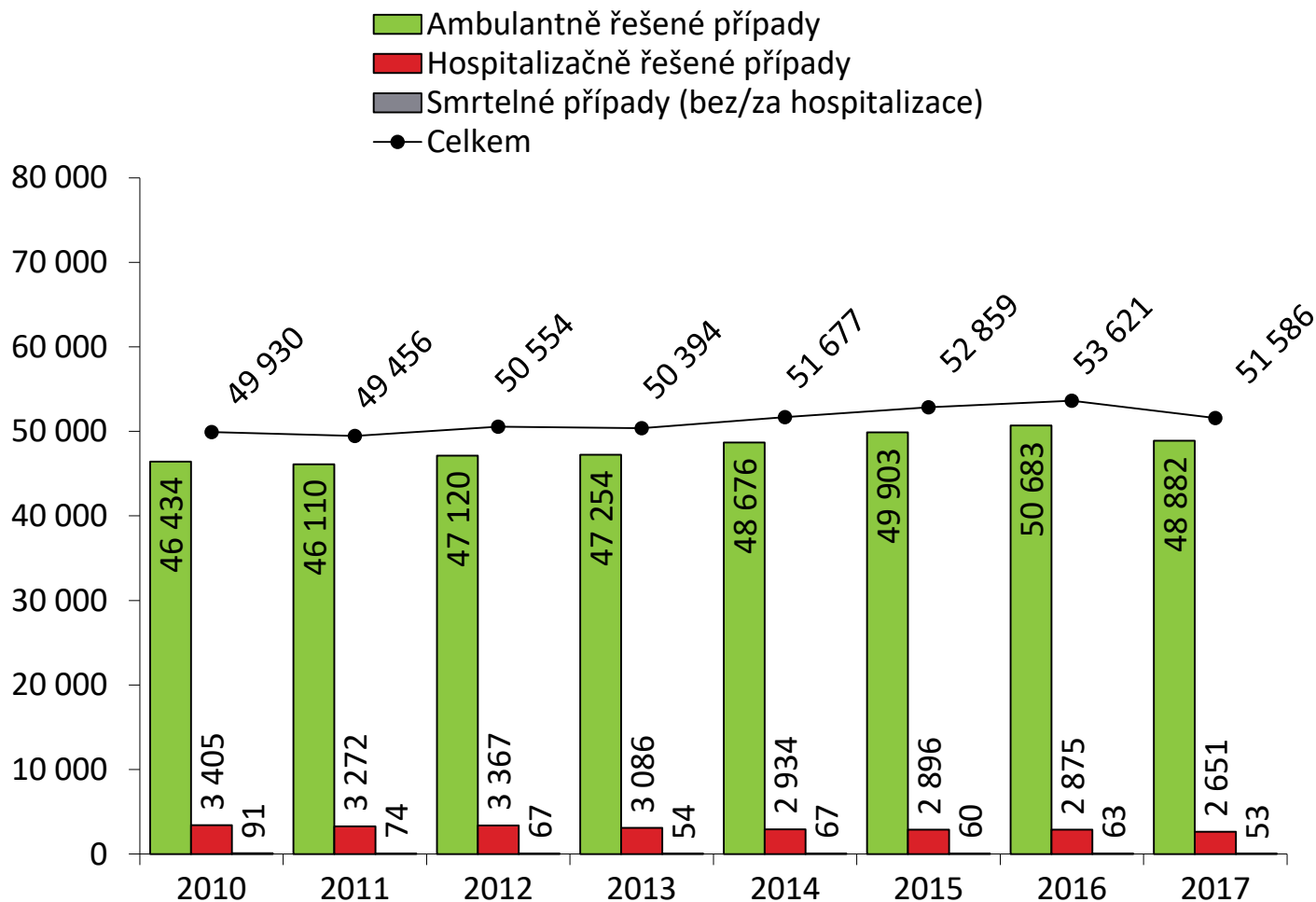
Počet úrazů vzniklých při dopravní nehodě narůstá ročně v průměru o 2,7 %. V roce 2017 vzniklo 55 tisíc úrazů – z toho 31 % úrazů vedlo k hospitalizaci pacienta, 1,2 % úrazů bylo smrtelných. Zvyšuje se zejména počet lehkých úrazů, počet hospitalizací i úmrtí v důsledku dopravní nehody v čase klesá (počet hospitalizací v průměru o 0,8 % ročně, počet úmrtí o 3,7 % ročně).

Popáleniny a poleptání

Zdroj: NRHZS 2010–2017, LPZ 2010–2017

Definice: Osoby s vykázanou diagnózou T20–T32 (popálení a poleptání).

Počet osob s popálením/poleptáním těla:



Ročně je popáleno/poleptáno přibližně 51 tisíc osob, 94 % případu je ošetřeno pouze ambulantně, 6 % osob je hospitalizováno. Následkem popálení/poleptání zemře 0,1 % poraněných osob.

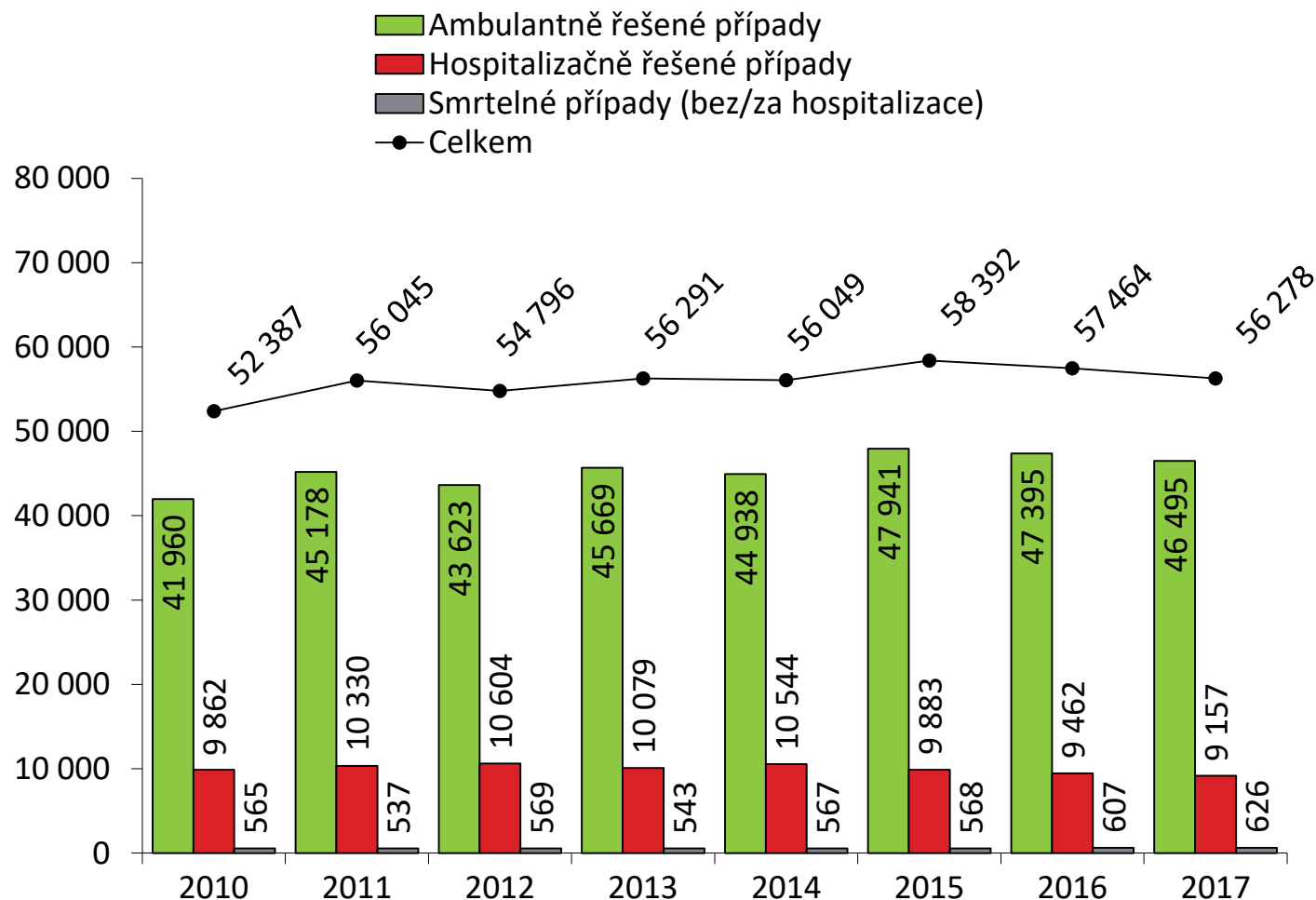
Počet ambulantních případů mírně narůstá (+0,8 % ročně), počet hospitalizačních a smrtelných případů klesá (-3,4 %, resp. -6,4 % ročně).

Intoxikace

Zdroj: NRHZS 2010–2017, LPZ 2010–2017

Definice: Osoby s vykázanou diagnózou T36–T50 (otrava léky, léčivý, návykovými a biologickými látkami), T51–T65 (toxické účinky látek).

Počet osob s popálením/poleptáním těla:



Ročně je otráveno přibližně 56 tisíc osob, 81 % případů je ošetřeno pouze ambulantně, 18 % osob je hospitalizováno. Následkem otravy zemře 1 % otrávených osob.

Počet ambulantních případů mírně narůstá (+1,6 % ročně), počet hospitalizačních případů klesá (-1,0 %). Počet smrtelných případů se zvyšuje průměrně o 9 případů ročně (+1,6 %).

„ZDRAVÍ 2030“ – analytická studie

**Zdravotní stav obyvatelstva
- Infekční nemoci**



Vybraná infekční onemocnění 2007-2017: Případy v ČR na 100 000 obyvatel

Zdroj: Registr pohlavních nemocí 2007–2017, ÚZIS ČR; Registr TBC 2013–2017, ÚZIS ČR

Vybraná infekční onemocnění, přepočtená na 100 000 obyvatel

	Syfilis	Gonokoková infekce	TBC – hlášené případy	TBC – úmrtí
2007	0,78	1,11	-	-
2008	0,79	0,77	-	-
2009	0,91	0,69	-	-
2010	0,93	0,71	-	-
2011	0,66	0,66	-	-
2012	0,64	1,08	-	-
2013	0,65	1,34	4,78	0,42
2014	0,66	1,31	4,88	0,21
2015	0,69	1,33	4,91	0,31
2016	0,66	1,37	4,89	0,25
2017	0,71	1,32	4,77	0,24

Počet případů syfilis i gonokokových infekcí na 100 000 obyvatel je v ČR přibližně konstantní, stejně tak počet hlášených případů TBC, úmrtí na TBC na 100 000 obyvatel mírně klesá. Celkově jde o onemocnění s velmi malým populačním významem.

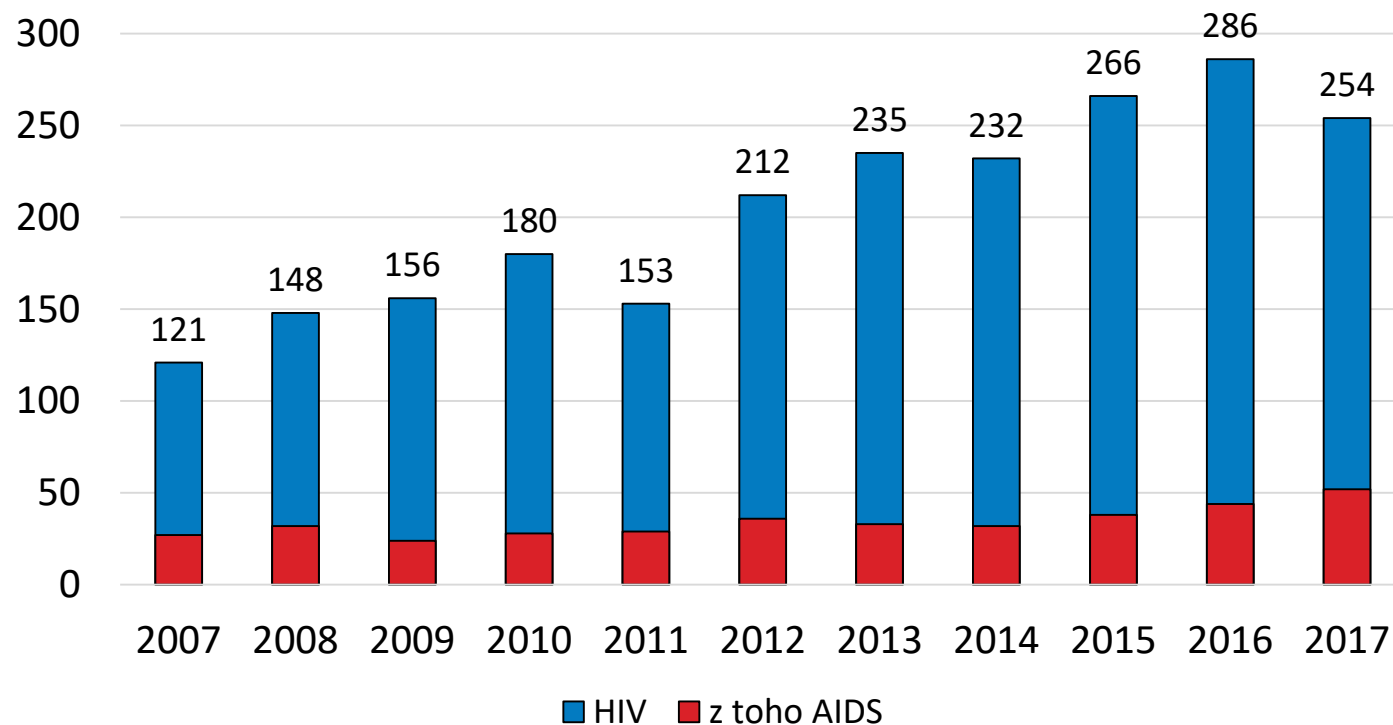
HIV/AIDS 2007–2017: Nově zjištěné případy HIV/AIDS v ČR

Zdroj: SZÚ, Národní referenční laboratoř pro HIV/AIDS 2007–2017

Procentuální podíl případů AIDS

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
22,3	21,6	15,4	15,6	19,0	17,0	14,0	13,8	14,3	15,4	20,5

Počet nově zjištěných případů HIV a AIDS v ČR



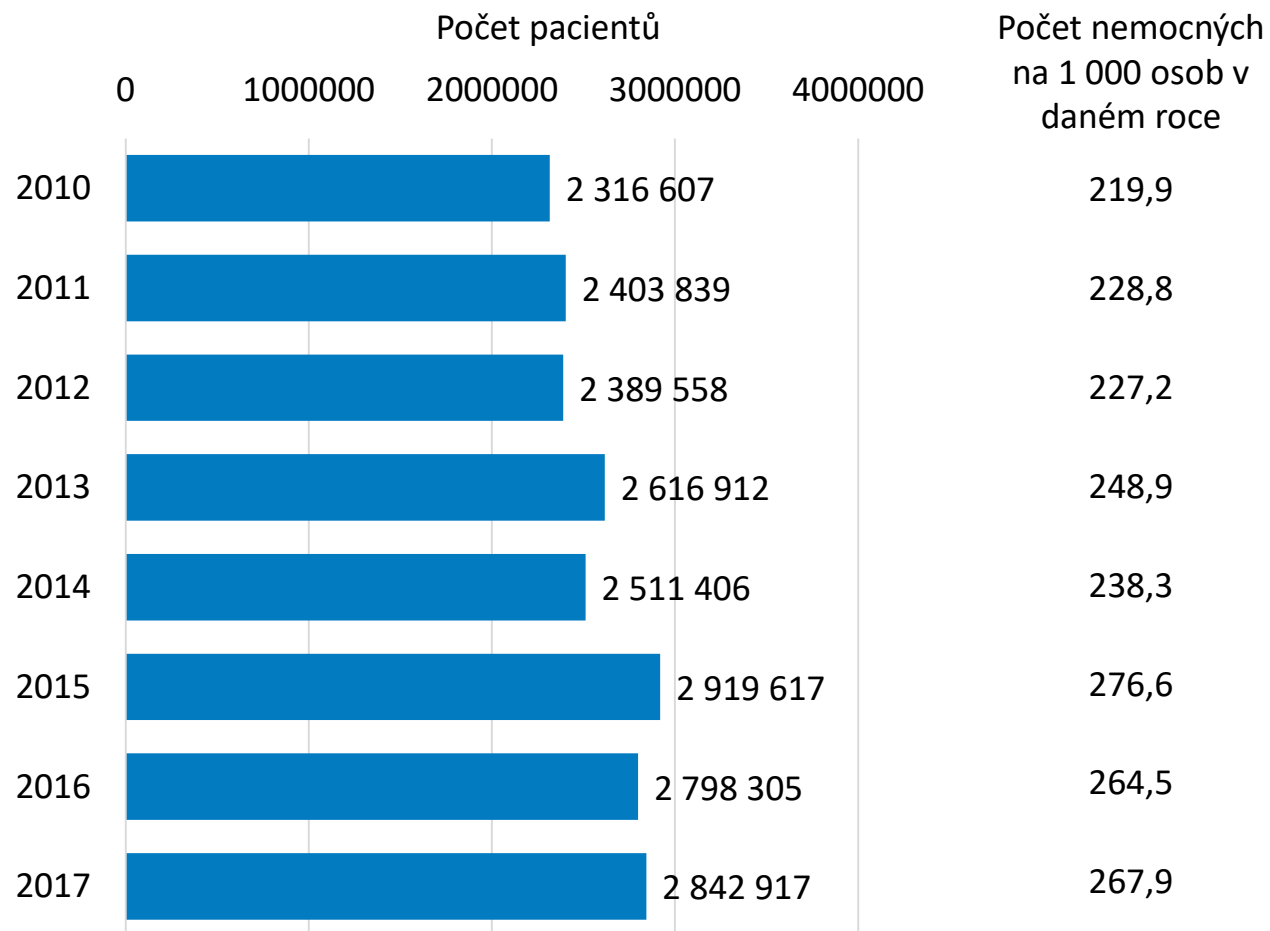
V časovém trendu pozorujeme kontinuální nárůst počtu případů HIV, pozitivní zprávou je neměnící se (nezvyšující se) podíl případů zachycených až ve stadiu AIDS.

Vzhledem k závažnosti onemocnění je nezbytné zvyšování zdravotní gramotnosti obyvatel a osvětová činnost.

Akutní respirační onemocnění

Zdroj: NRHZS

Onemocnění identifikováno pomocí diagnózy J00-J22, J96.0 a U04.9, zahrnuje ambulantní i hospitalizační případy. Jeden pacient se může vyskytovat ve více letech.

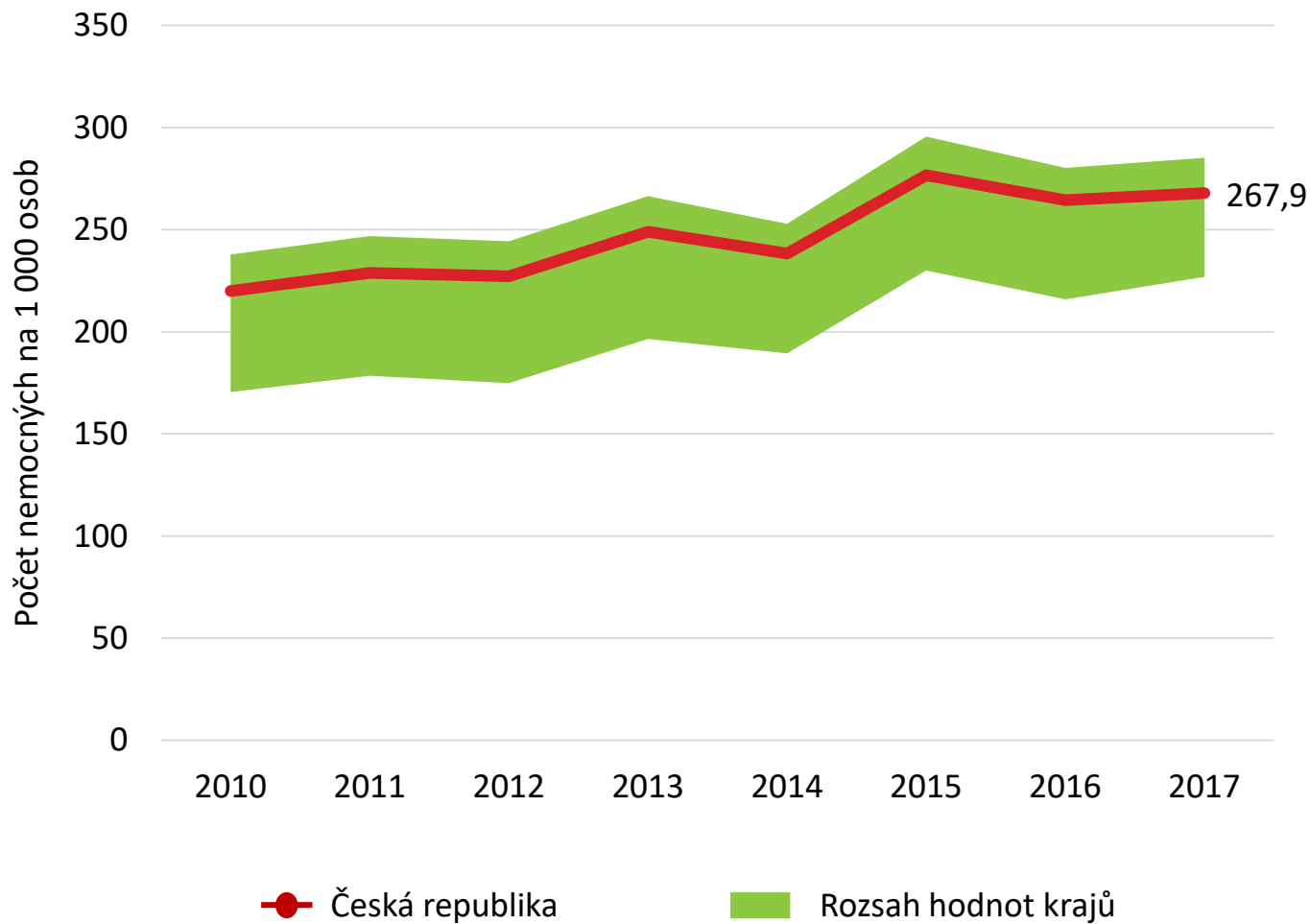


Počet akutních respiračních onemocnění v letech 2010 – 2017 stále narůstá. V roce 2017 šlo o 267,9 pacientů na 1 000 obyvatel. Jde o oblast s potenciálem zlepšení v důsledku očkování proti chřipce a zvyšování zdravotní gramotnosti obyvatelstva.

Akutní respirační onemocnění

Zdroj: NRHZS

Onemocnění identifikováno pomocí diagnózy J00-J22, J96.0 a U04.9, zahrnuje ambulantní i hospitalizační případy. Jeden pacient se může vyskytovat ve více letech.



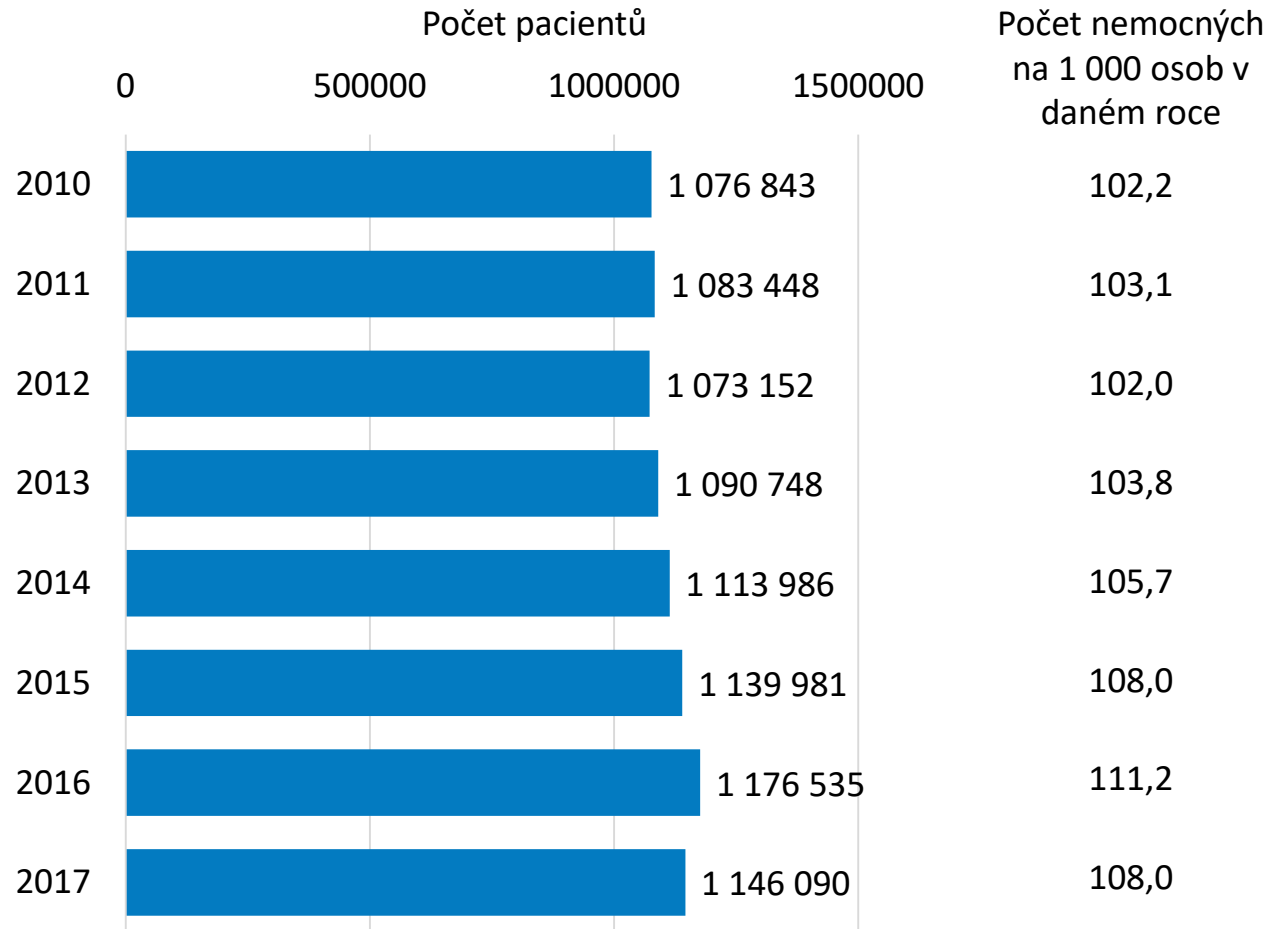
Počet akutních respiračních onemocnění v letech 2010 – 2017 stále narůstá. V roce 2017 šlo o 267,9 pacientů na 1 000 obyvatel. Jde o oblast s potenciálem zlepšení v důsledku očkování proti chřipce a zvyšování zdravotní gramotnosti obyvatelstva.

Počet akutních respiračních onemocnění v krajích v přepočtu na 1 000 obyvatel daného kraje je značně nehomogenní, v roce 2017 od 227 do 285 nemocných na 1000 obyvatel.

Ostatní infekční onemocnění mimo akutní respirační

Zdroj: NRHZS

Onemocnění identifikováno pomocí diagnózy A00-B99, zahrnuje ambulantní i hospitalizační případy. Jeden pacient se může vyskytovat ve více letech.

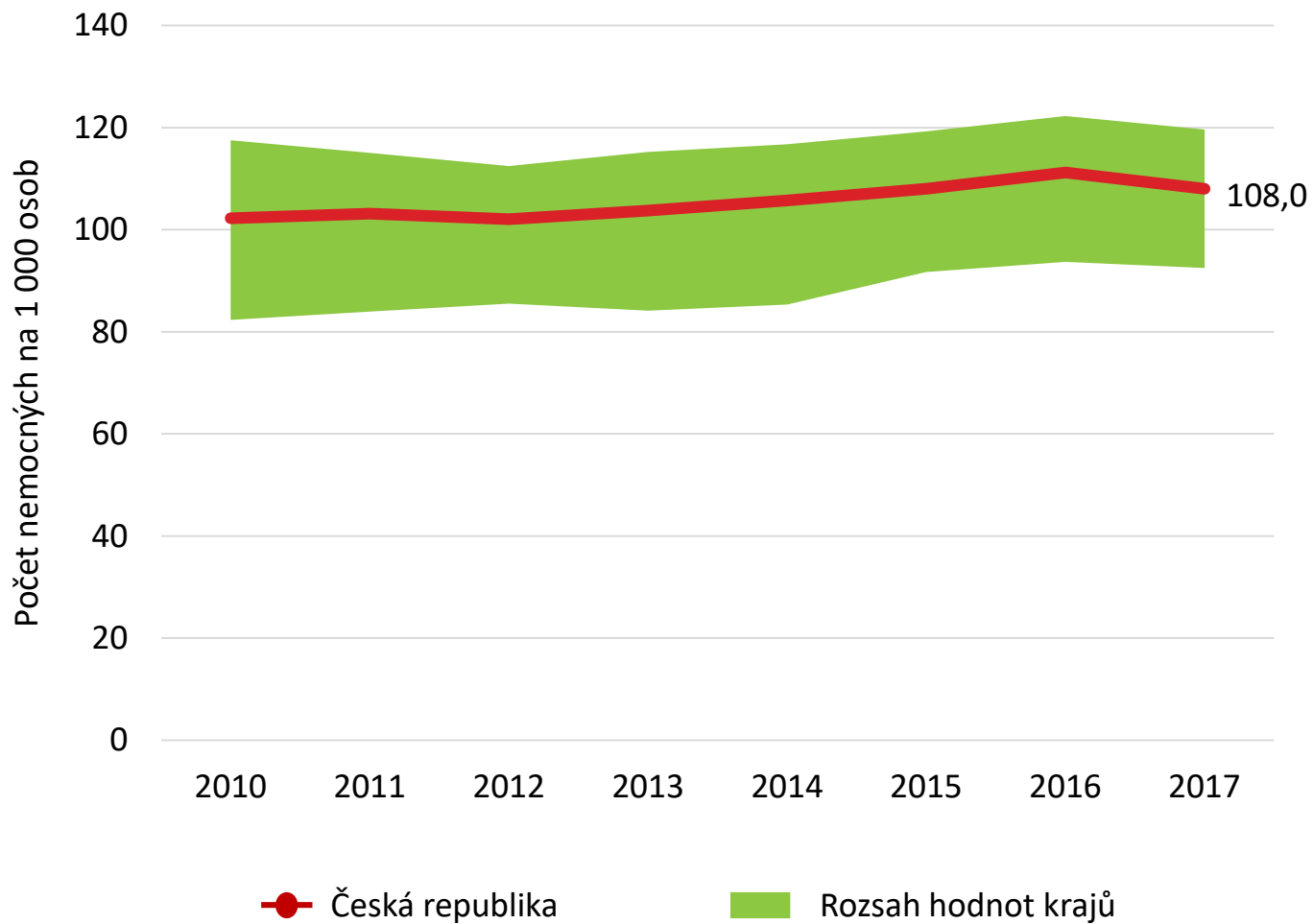


Počet ostatních infekčních onemocnění mimo akutní respirační mezi roky 2010 – 2017 mírně narůstá. V roce 2017 jde o 108,0 pacientů na 1 000 osob.

Ostatní infekce

Zdroj: NRHZS

Onemocnění identifikováno pomocí diagnózy A00-B99, zahrnuje ambulantní i hospitalizační případy. Jeden pacient se může vyskytovat ve více letech.



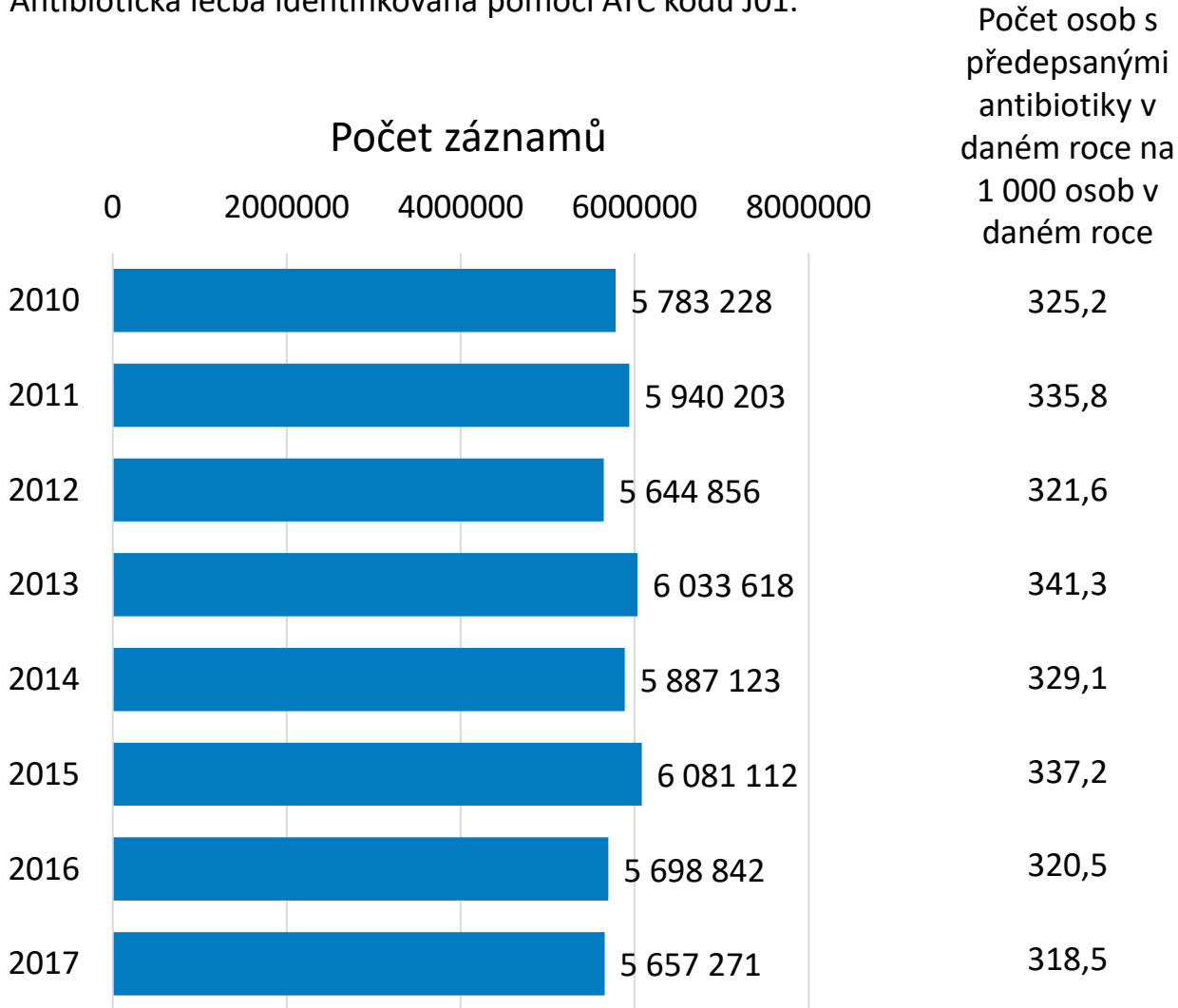
Počet ostatních infekčních onemocnění mimo akutní respirační mezi roky 2010 – 2017 mírně narůstá. V roce 2017 jde o 108,0 pacientů na 1 000 osob.

Počet ostatních infekčních onemocnění mimo akutní respirační v krajích v přepočtu na 1 000 obyvatel daného kraje je značně nehomogenní, v roce 2017 od 92 do 119 nemocných na 1000 obyvatel.

Počet záznamů antibiotické léčby

Zdroj: NRHZS

Antibiotická léčba identifikována pomocí ATC kódu J01.

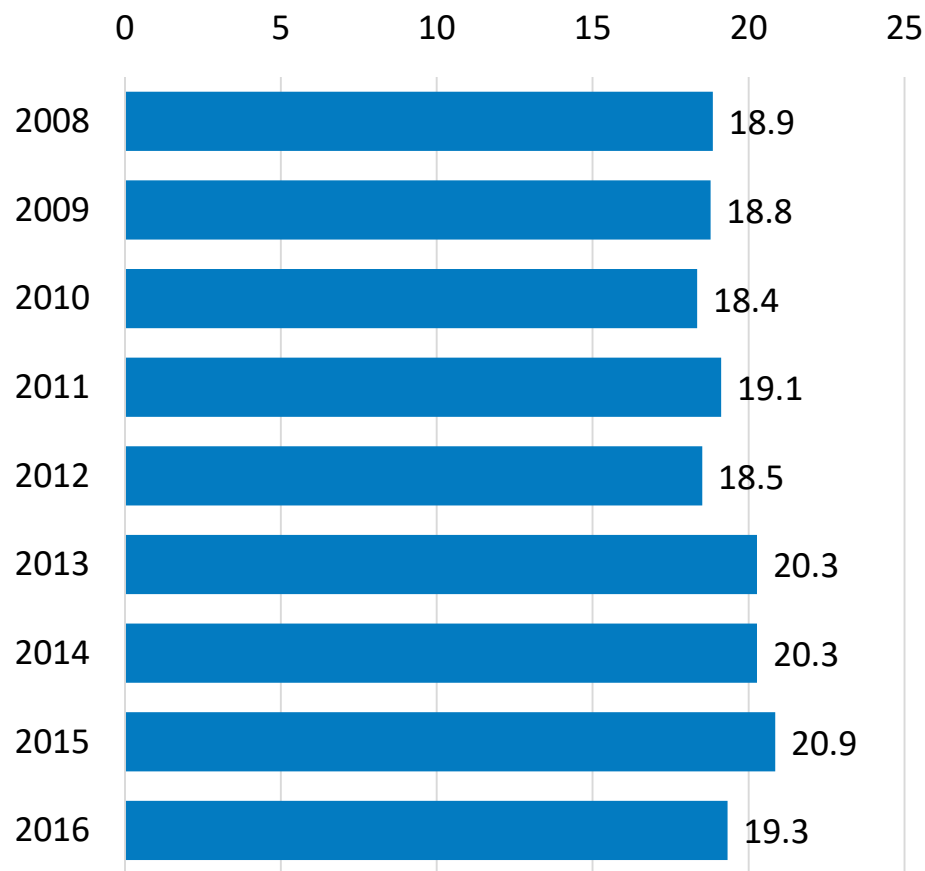


V počtu záznamů antibiotické léčby není zřetelný žádný časový trend. Z hlediska objemu, kdy přibližně třetina obyvatel má každoročně předepsána antibiotika, je zde výrazný prostor pro racionalizaci antibiotické léčby pouze pro nezbytné případy.

Spotřeba antibiotické léčby

Zdroj: Státní ústav pro kontrolu léčiv; zprávu vypracovali: Centrální koordinační skupina pro Národní antibiotický program ČR a Subkomise pro antibiotickou politiku České lékařské společnosti J.E.Purkyně, ve spolupráci se Státním ústavem pro kontrolu léčiv, vypracoval Michal Prokeš a kolektiv

Vývoj spotřeb perorálních a parenterálních antibiotik (DDD/TID)



DDD/TID – definované denní dávky na tisíc obyvatel a den

Informace o spotřebě antibiotik je známá za období 2008 -2016. Od roku 2013 došlo v ČR ke zvýšení množství spotřebovaných antibiotik.

„ZDRAVÍ 2030“ – analytická studie

**Zdravotní stav obyvatelstva
- Orální zdraví**

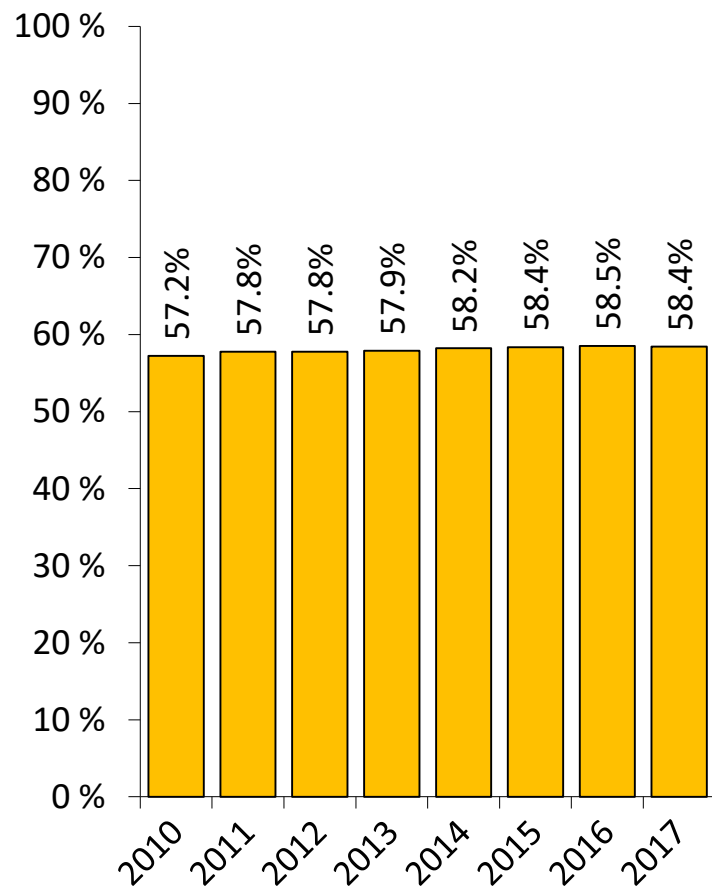


Orální zdraví – preventivní prohlídky

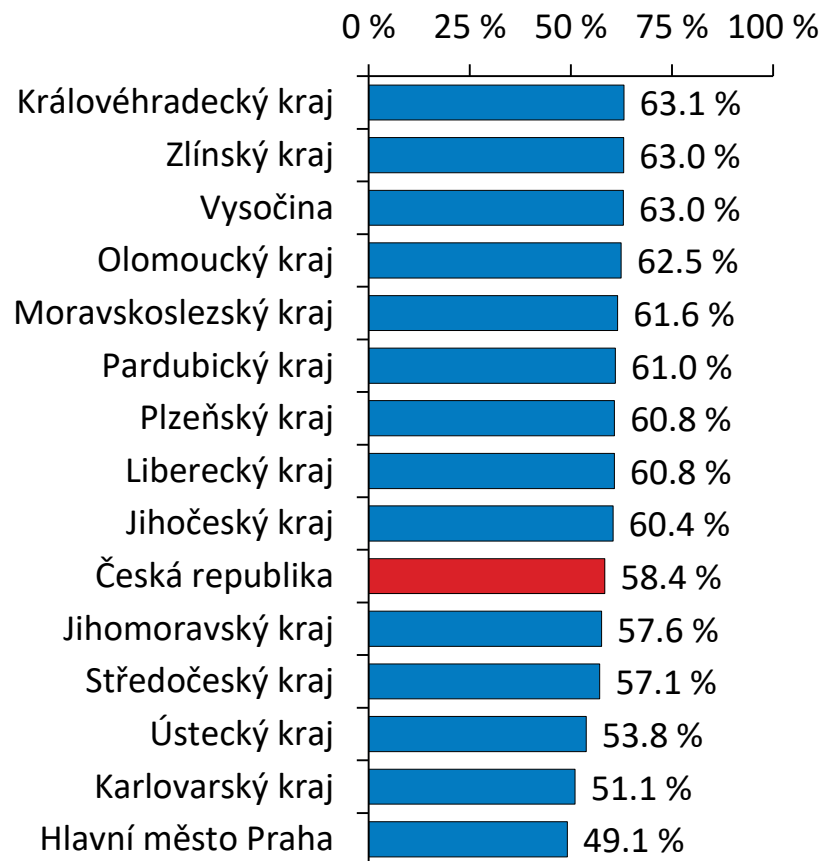
Zdroj: NRHZS 2010–2017

Definice: Osoby s vykázaným výkonem 00900, 00901 nebo 00946 u odbornosti 014 = praktické zubní lékařství.

Podíl osob v populaci ČR, které absolvovaly preventivní zubní prohlídku u stomatologa v daném roce:



Podíl obyvatel jednotlivých krajů s preventivní zubní prohlídkou u stomatologa v roce 2017:



Podíl osob s alespoň 1 preventivní zubní prohlídkou u stomatologa v daném roce se v ČR stabilně drží na hodnotě 58 %.

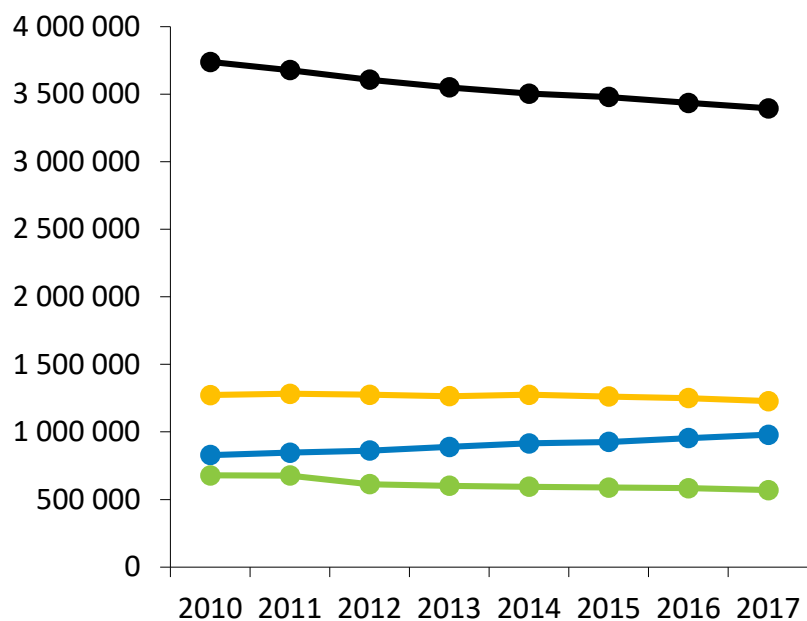
Podíl osob navštěvujících stomatologa se mezi jednotlivými regiony výrazně liší. V okresech Jablonec nad Nisou a Cheb a v Hl. m. Praha je četnost preventivních návštěv pod 50 %, naopak nejvyšší návštěvnost je v okresech Semily (85 %) a Rychnov nad Kněžnou (79 %).

Orální zdraví – onemocnění chrupu

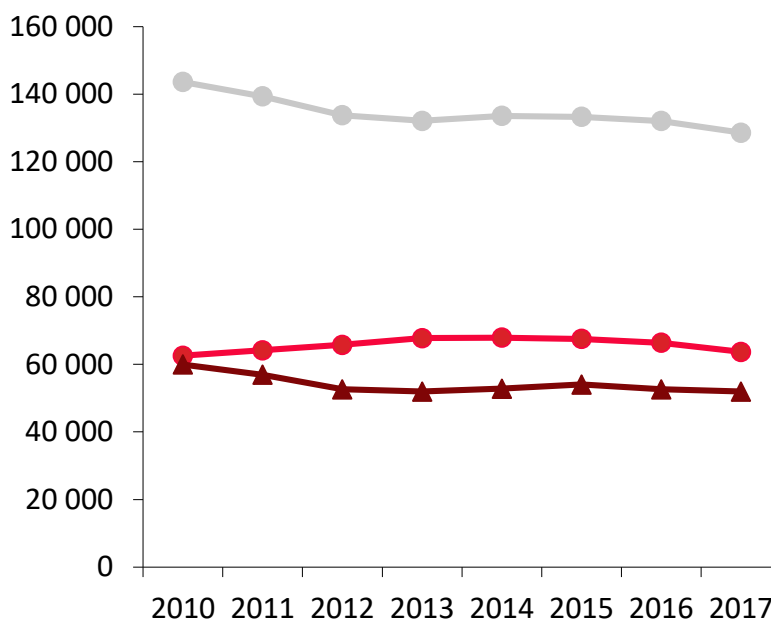
Zdroj: NRHZS 2010–2017

Počet osob s vykázanou diagnózou v daném roce:

- K02 Zubní kaz
- K04 Nemoci zubní dřeně a periapikálních tkání
- K05 Zánět dásně a periodontální nemoci
- K08 Jiná onemocnění zubů a podpůrných tkání



- K00 Poruchy vývoje a erupce zubů
- K01 Zaklíněné a zadržené zuby
- K03 Jiné nemoci tvrdých zubních tkání



Nejčastějším onemocněním chrupu je zubní kaz vyskytující se u 3,5 miliónu obyvatel ČR ročně (průměrný meziroční pokles o 1,4 %). Počet osob s evidovaným zubním kazem se napříč regiony výrazně liší, nicméně existuje silná pozitivní korelace mezi počtem osob docházejících na preventivní zubní prohlídku a počtem osob se zubním kazem v daném kraji/okrese, tj. čím více zubních prohlídek, tím více odhalených zubních kazů.

Více než 1 milion osob dále trpí onemocněním zubní dřeně, zánětem dásně nebo periodontitidou.

„ZDRAVÍ 2030“ – analytická studie

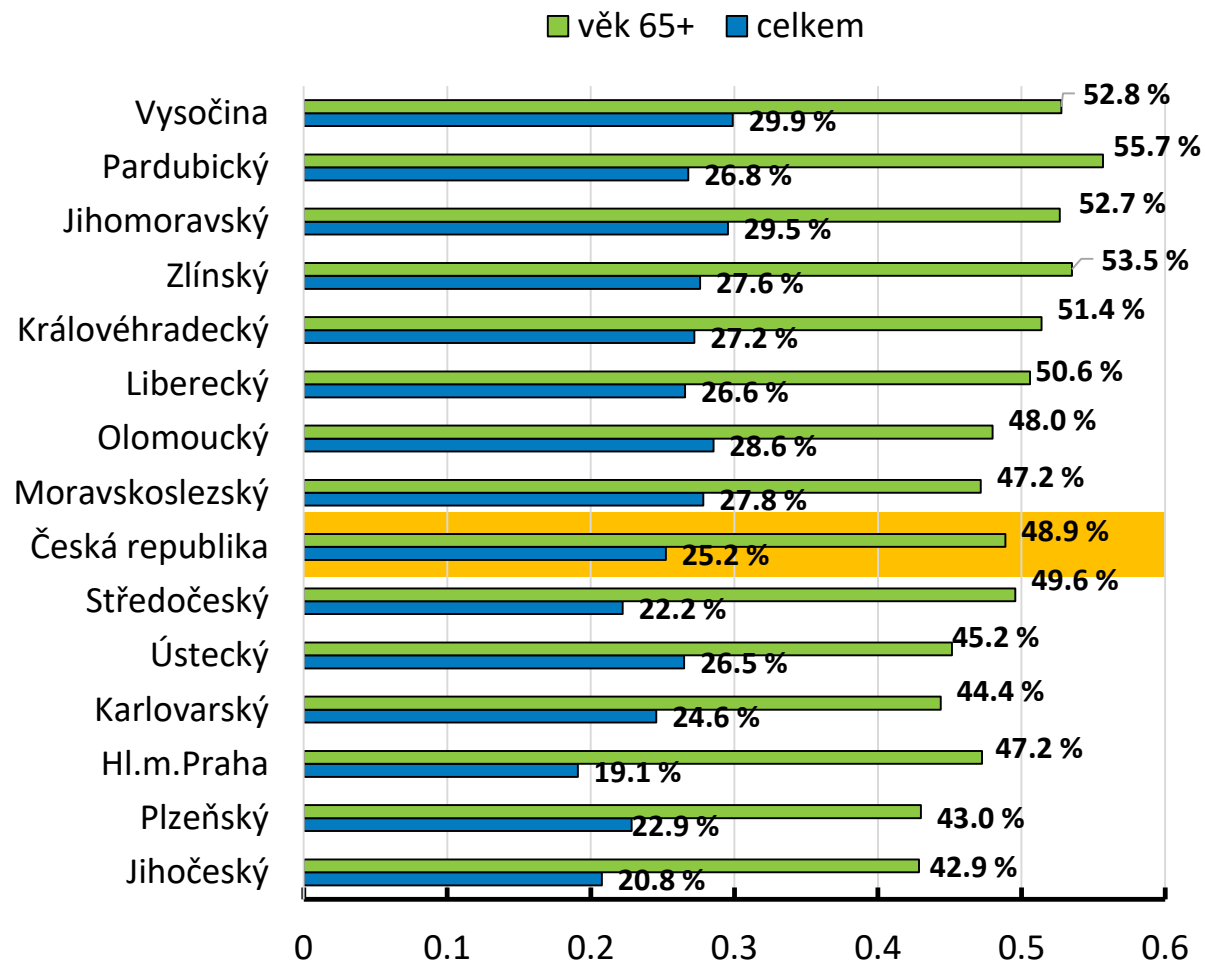


**Zdravotní stav obyvatelstva
- Smyslové a tělesné postižení**

Dlouhodobé omezení v činnostech

Zdroj: ČSÚ, Výběrové šetření SILC

Podíl osob s dlouhodobým omezením běžných aktivit ze zdravotních důvodů

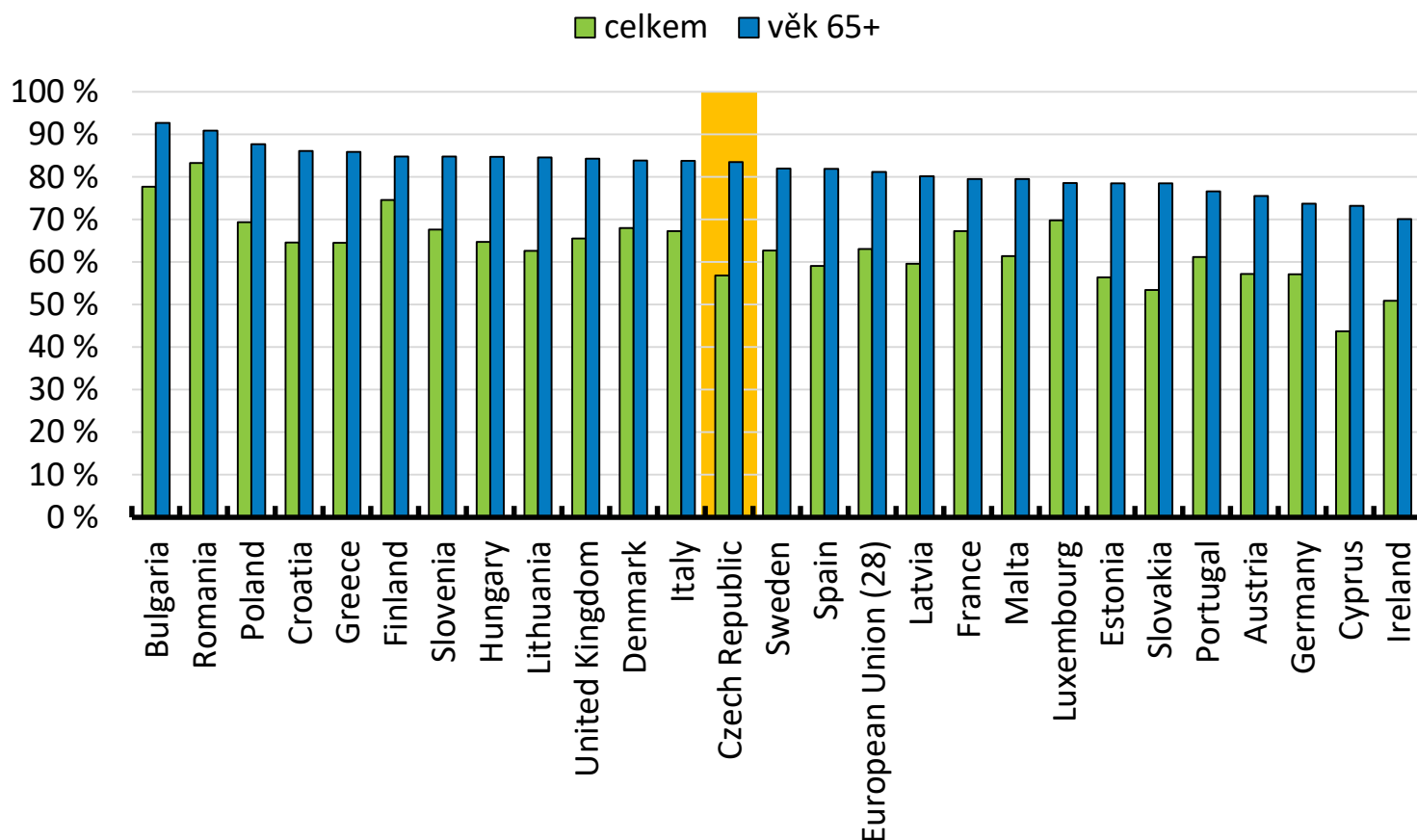


Podíl osob, které ve výběrových šetřeních uvádějí, že jsou dlouhodobě zdravotně omezeni v běžných aktivitách je v ČR vysoký, v přepočtu na celou populaci až 25%. Tato konstatování očekávatelně narůstají s věkem, u populace osob starších než 65 let takováto omezení hlásí téměř 49% osob.

Potíže se smyslovou či pohybovou aktivitou – mezinárodní srovnání

Zdroj: EHIS 2014

Podíl osob, které uvedly potíže s nějakou smyslovou či pohybovou aktivitou (úroveň závažnosti: limitovaný)

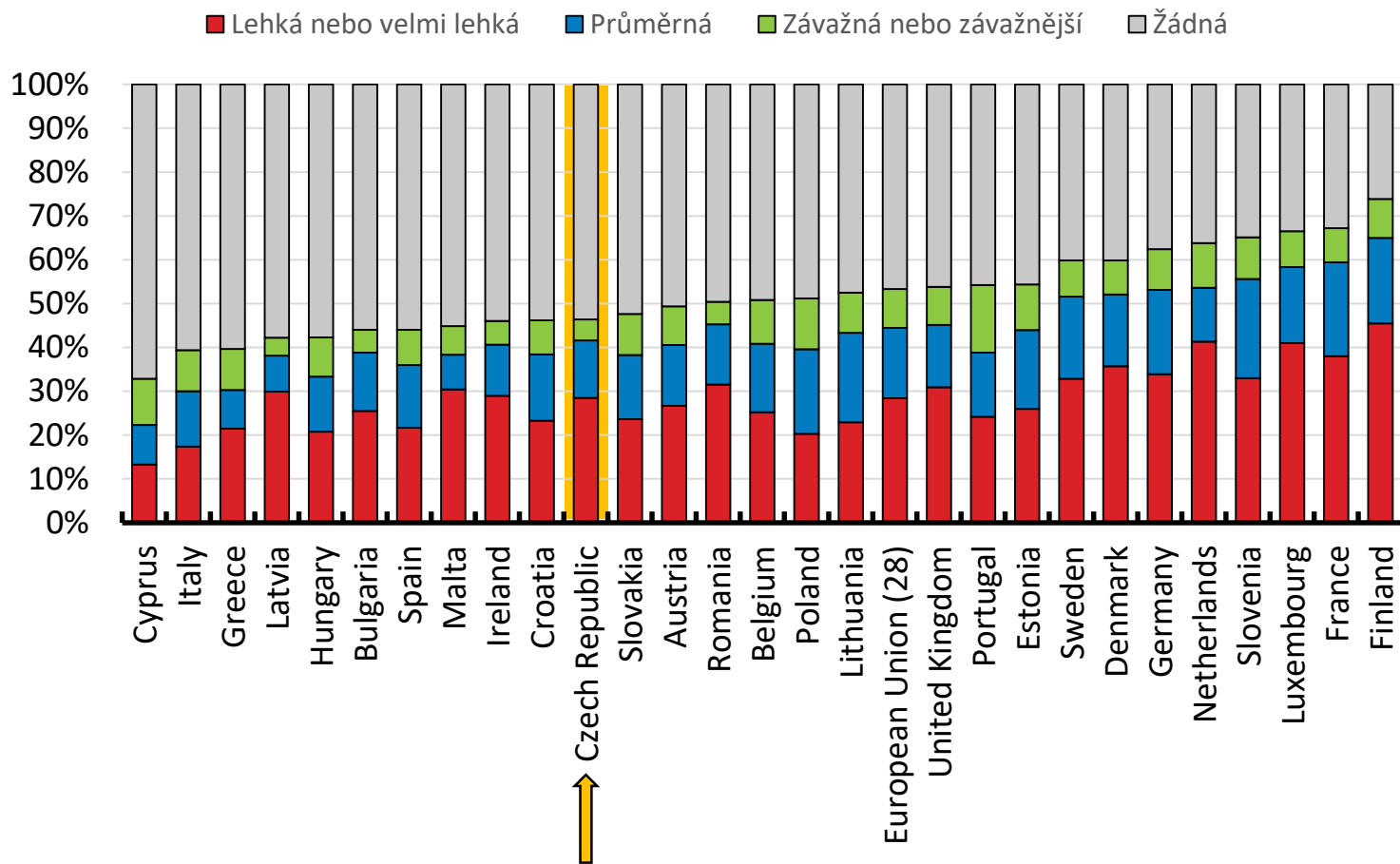


Potíže se smyslovou či pohybovou aktivitou ve věku 65v ČR uvádí více než 80% osob , v přepočtu na celkovou populaci jde o 58% (data z výběrových šetření). V mezinárodním srovnání jde o průměr typický pro země EU.

Bolesti v posledních 4 týdnech

Zdroj: EHIS 2014

Podíl osob, které uvedly bolesti
v posledních 4 týdnech



Podíl osob, které uvádějí bolest v posledních čtyřech týdnech, je v celé České republice cca 45%. V mezinárodním srovnání jde spíše o podprůměrný podíl.

Postižení zraku

Zdroj: NRHZS 2010-2017

Poruchy vidění a slepota (H53–H54)

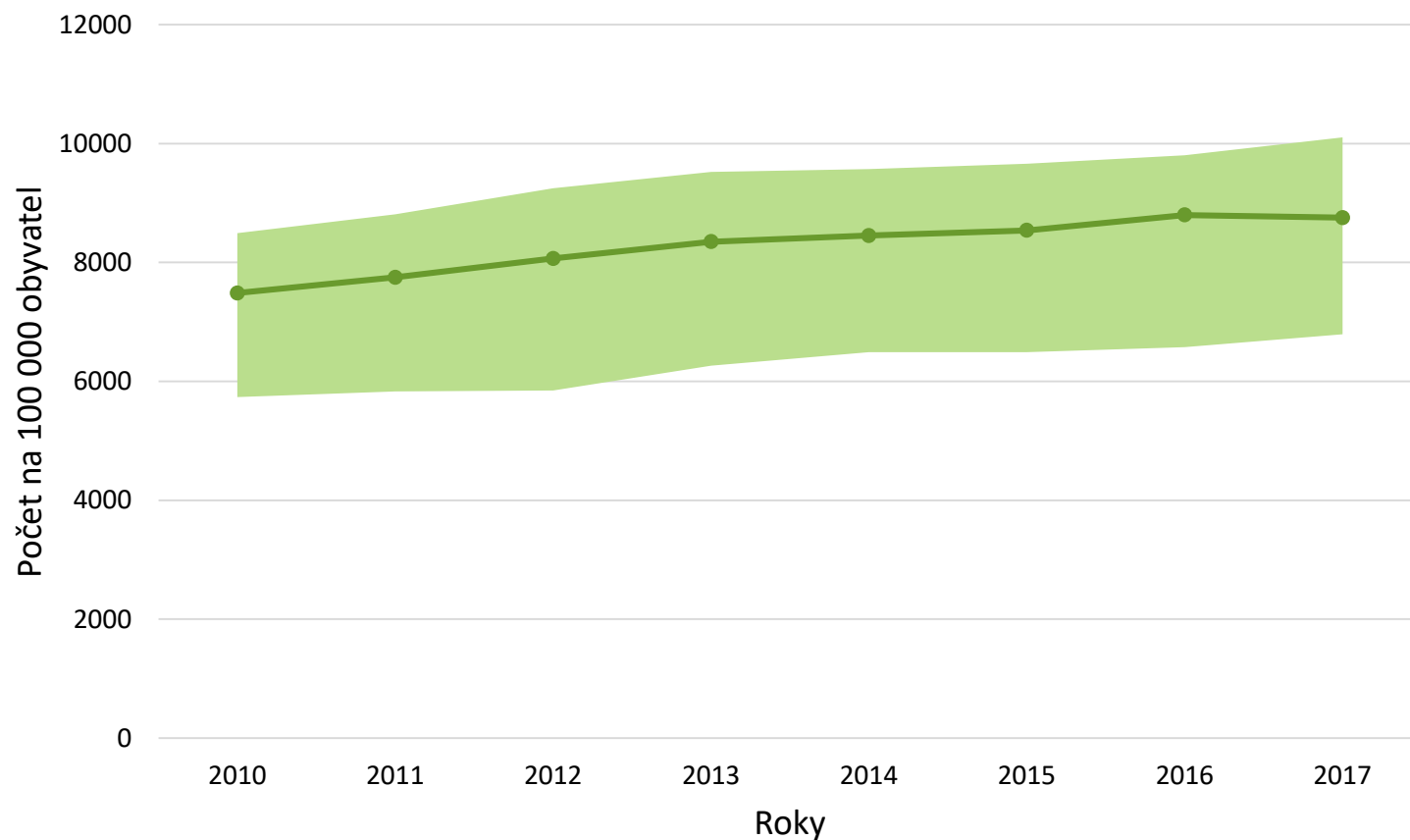
Glaukom H40-H42

Katarakta H25-H28

Odchlípení sítnice H33

Makulární degenerace H353

Diabetická retinopatie H360



Závažná postižení zraku mají u české populace v čase stoupající tendenci s četností téměř 9000 na 100 000 obyvatel v roce 2017 a značnou regionální variabilitou.

Postižení sluchu

Zdroj: NRHZS 2010-2017

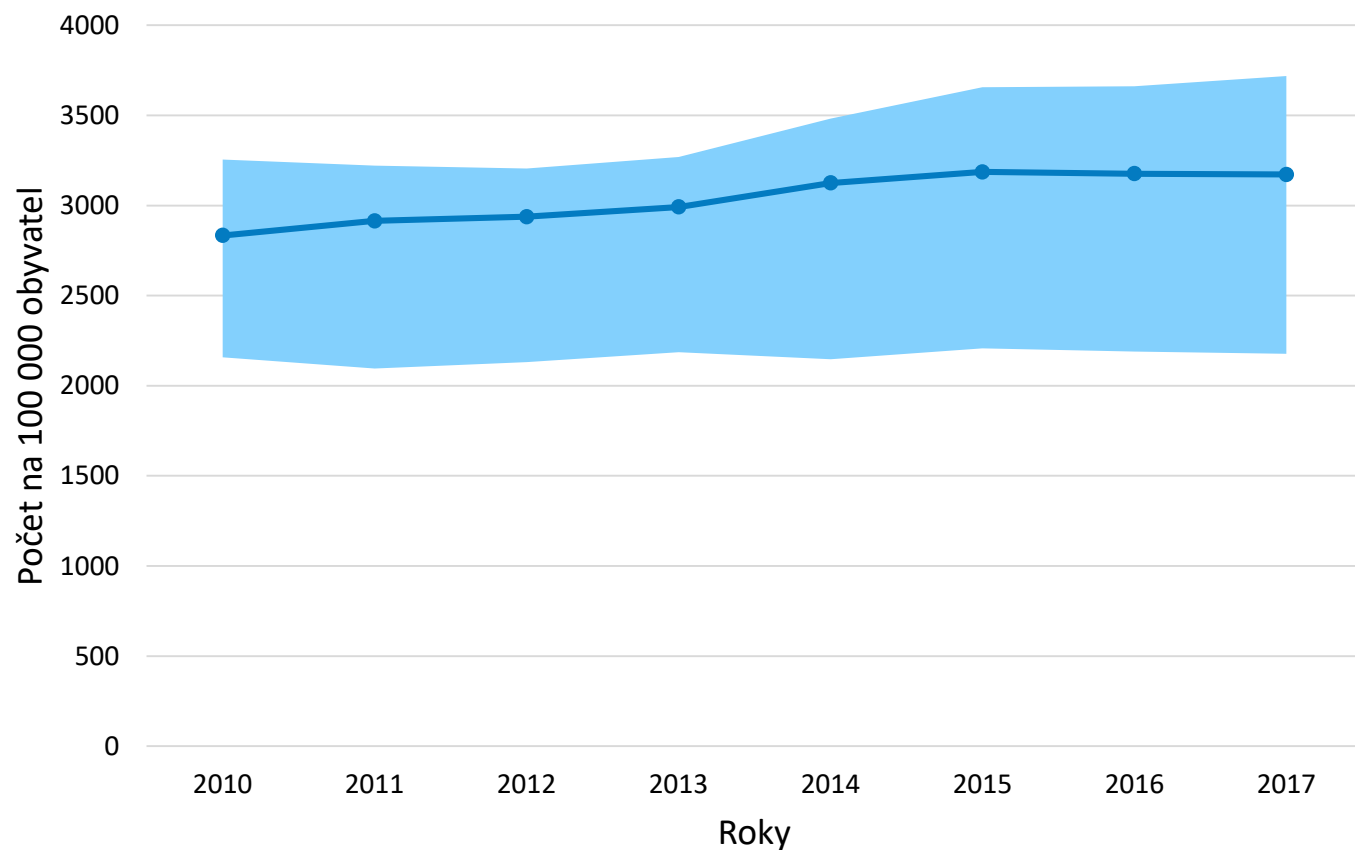
Výkon 71571 kochleární implantace

Výkon 71583 zavedení titanového šroubu pro BAHA sluchadla

Diagnóza H90 převodní a percepční ztráta sluchu

Diagnóza H91 jiná ztráta sluchu

Doklad pro sluchadlo



Závažná postižení sluchu mají u české populace v čase stoupající tendenci s četností přes 3000 na 100 000 obyvatel v roce 2017 a značnou regionální variabilitou.

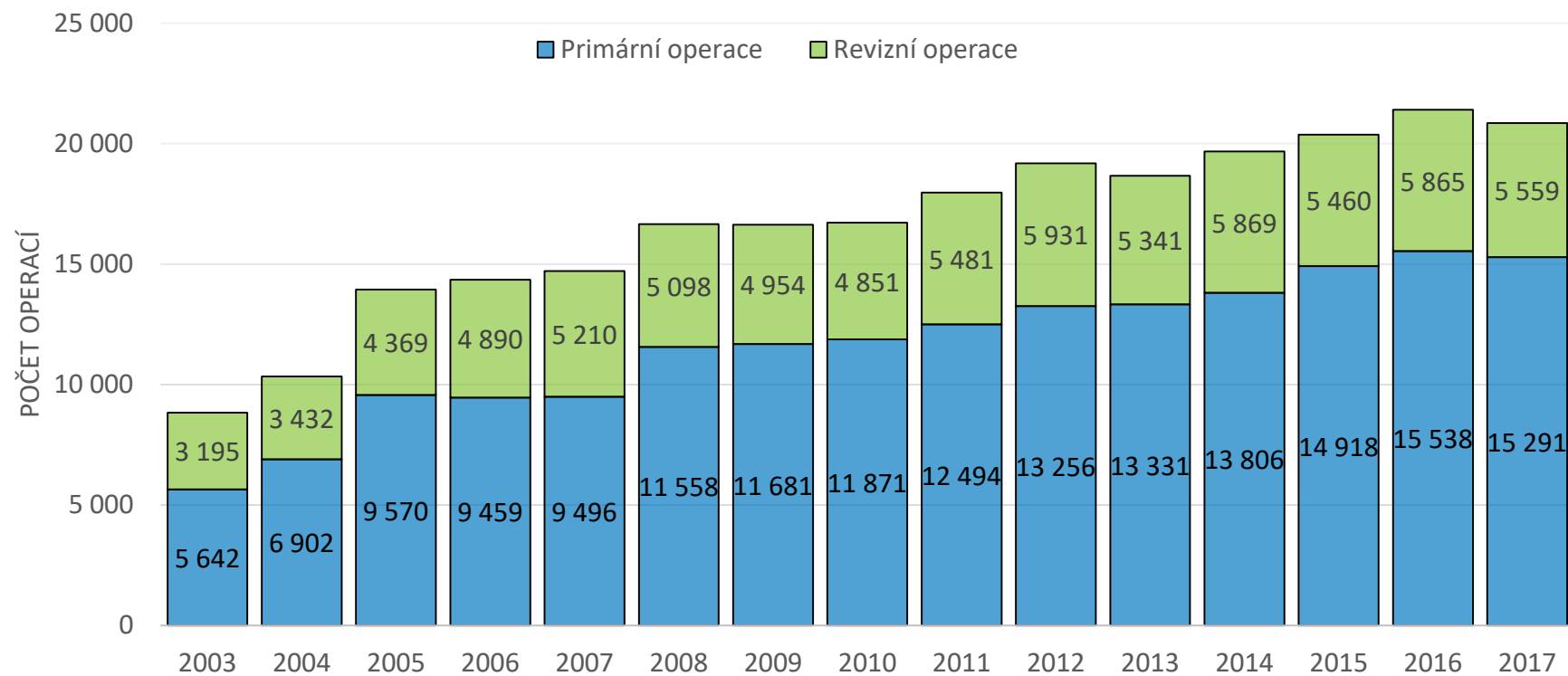
Kloubní náhrady

Zdroj: NRKN

Procento revizí v jednotlivých letech

2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
36.2%	33.2%	31.3%	34.1%	35.4%	30.6%	29.8%	29.0%	30.5%	30.9%	28.6%	29.8%	26.8%	27.4%	26.7%

POČET OPERACÍ KYČELNÍCH NÁHRAD



Ve sledovaném období 2003-2017 počet primárních operací stoupá kontinuálně každý rok. Podíl revizních operací na celkovém počtu operací v čase postupně klesá.

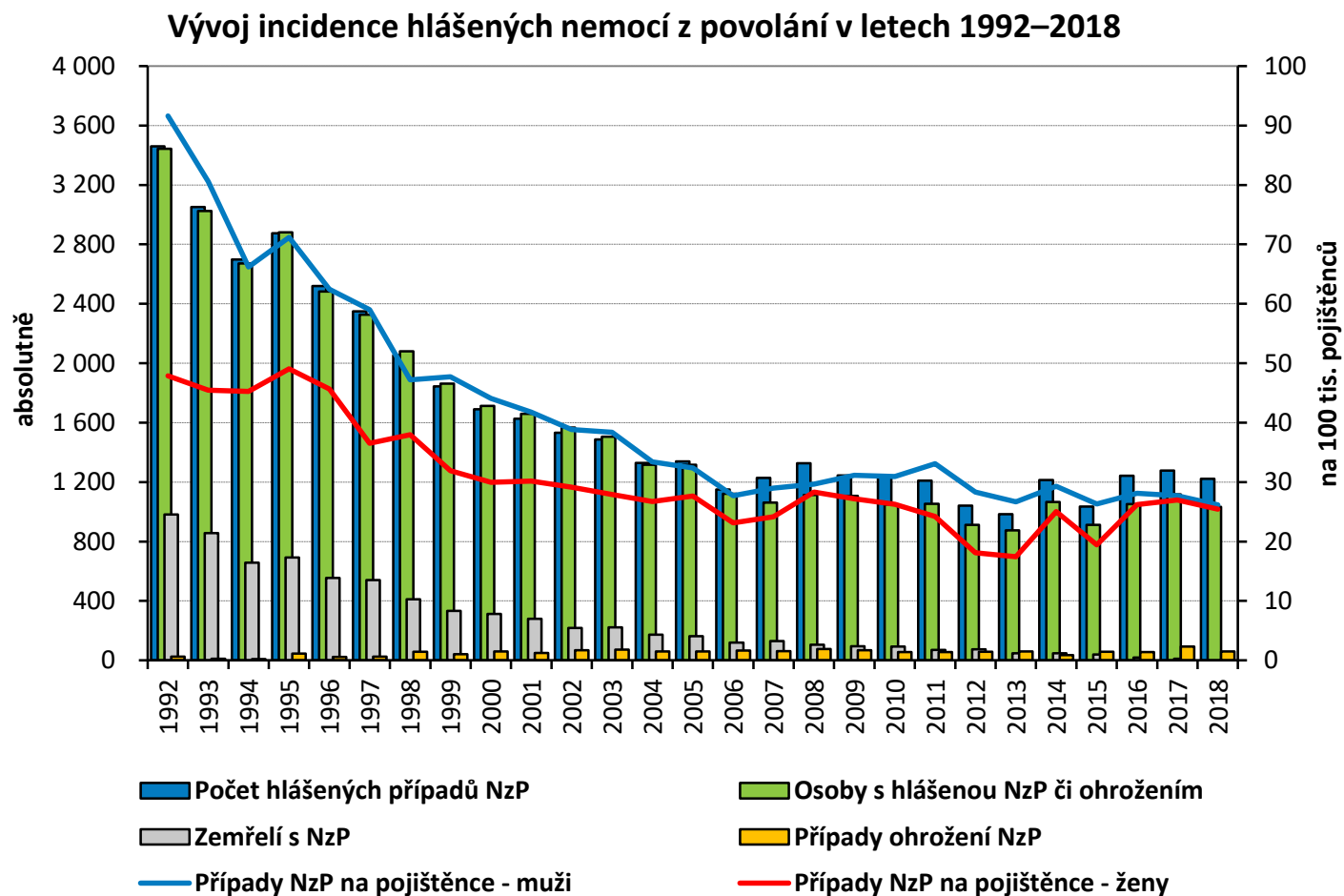
„ZDRAVÍ 2030“ – analytická studie



**Zdravotní stav obyvatelstva
- Nemoci z povolání**

Nemoci z povolání v ČR: vývoj incidence v čase

Zdroj: Národní registr nemocí z povolání



Pokles výskytu nových případů nemocí z povolání (NzP) se od roku 2006 zastavil na úrovni **1 až 1,3 tisíce nových případů ročně**.

Rozdíl v incidenci NzP mezi pohlavími se od roku 2016 téměř eliminoval. V roce 2018 připadalo na 100 tisíc nemocensky pojištěných osob **25,5 hlášených NzP u žen** oproti **26,2 NzP u mužů**.

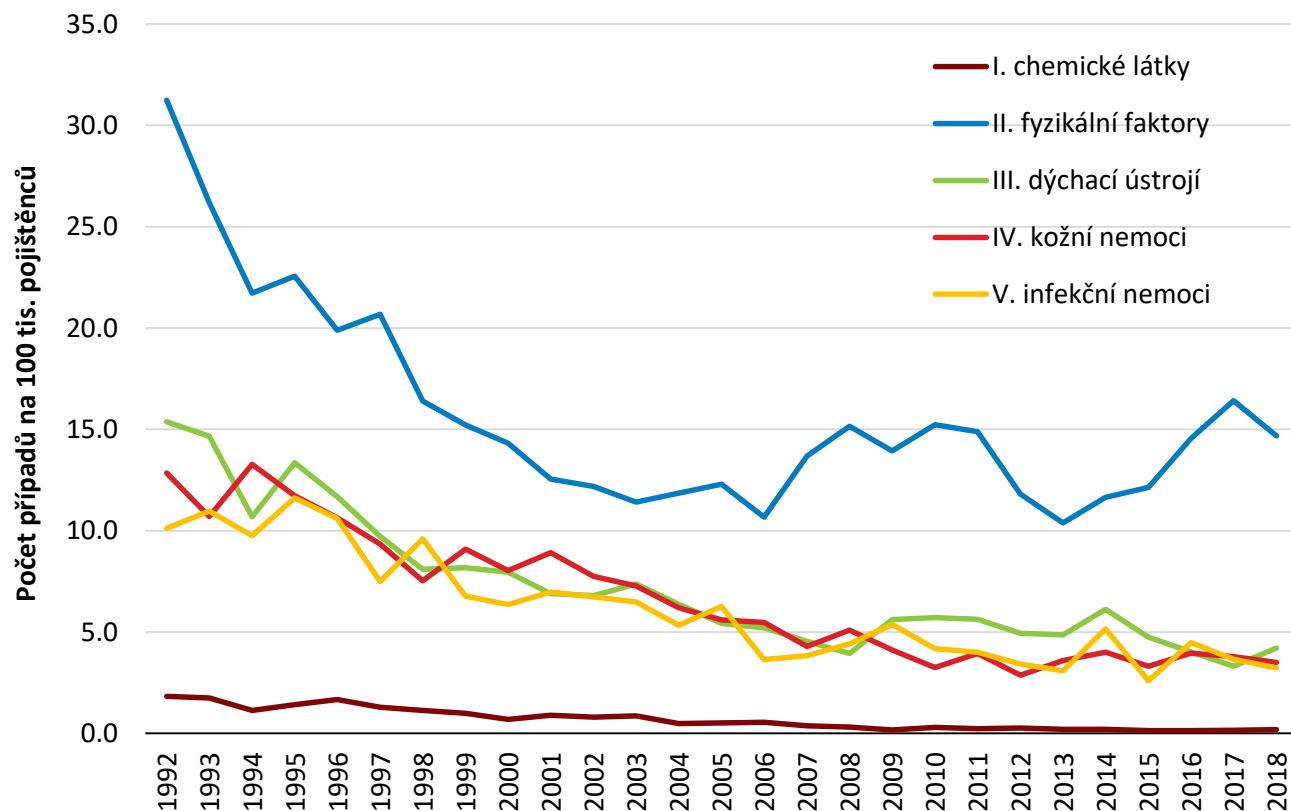
Zvýšil se výskyt více hlášených případů NzP připadajících na jednu osobu. **Na 100 osob připadalo průměrně 124 hlášených nemocí z povolání** v roce 2018.

Celkový počet hlášených NzP a ohrožení NzP **od roku 1992 se týká 42 tisíc osob**. Z toho **7,2 tisíc osob zemřelo** bez ohledu na příčinu a **922 případů bylo odhlášeno**. **Ke konci roku 2018** bylo v produktivním věku s dříve hlášenou NzP či ohrožením NzP **25 tisíc žijících osob**.

Nemoci z povolání v ČR: vývoj v čase dle kapitol seznamu NzP

Zdroj: Národní registr nemocí z povolání

Vývoj incidence NzP dle kapitol seznamu nemocí z povolání
v letech 1992–2018



Onemocnění, která mohou být uznána jako nemoci z povolání, jsou **taxativně vymezena Nařízením vlády č. 290/1995 Sb.**, kterým se stanoví seznam NzP ve znění pozdějších předpisů. Legislativní úpravy seznamu nemocí z povolání tak mohou mít zásadní vliv na vývoj incidence a mezinárodní srovnatelnost statistiky NzP, např. zvažované zahrnutí NzP páteře. Další zásadní vliv na výskyt NzP mají změny struktury zaměstnanosti v souvislosti s vývojem ekonomiky.

Seznam NzP obsahuje 6 kapitol – skupin nemocí. **Nejčastější jsou NzP způsobené fyzikálními faktory, které tvořily 57% NzP v roce 2018.** Na rozdíl od ostatních skupin NzP byl u nich v letech 2013-2017 zaznamenán **výrazný nárůst z 10,4 na 16,4 hlášení na 100 tis. nem. pojištěných osob.** VI. kapitola Seznamu NzP obsahuje ostatní vybrané faktory a není pro marginální význam uvedena.

Nemoci z povolání v ČR dle příčin, pohlaví a závažnosti

Zdroj: Národní registr nemocí z povolání

Incidence NzP dle příčin, pohlaví a závažnosti, průměr let 2016 až 2018

Příčiny NzP	Případy na 100 tis. pojištěnců			Podíl případů s trvalým omezením		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
I. chemické látky	0,2	0,1	0,2	29%	43%	33%
II. fyzikální faktory	17,4	15,8	16,6	17%	9%	13%
III. dýchací ústrojí	5,7	2,1	3,9	70%	15%	56%
IV. kožní nemoci	3,5	4,0	3,7	2%	0%	1%
V. infekční nemoci	2,0	5,6	3,8	0%	1%	0%
Případy NzP celkem	28,8	27,7	28,3	24%	7%	16%

Incidence NzP dle odvětví ekonomických činností, průměr let 2016 až 2018

Kód odvětví	Název odvětví ekonomických činností	Podíl dle kapitol seznamu NzP					Případy NzP celkem		Podíl žen
		I	II	III	IV	V	abs.	v %	
29	Výroba motorových vozidel (kromě motocyklů), přívěsů a návěsů	0%	83%	4%	12%	0%	186	14,2%	76%
05	Těžba a úprava černého a hnědého uhlí	0%	44%	52%	3%	0%	123	9,3%	0%
25	Výroba kovových konstrukcí a kovodělných výrobků, kromě strojů a zařízení	1%	72%	3%	23%	1%	119	9,0%	25%
86	Zdravotní péče	1%	5%	1%	12%	81%	112	8,5%	87%
24	Výroba základních kovů, hutní zpracování kovů; slévárenství	0%	83%	10%	7%	0%	70	5,3%	9%
28	Výroba strojů a zařízení j. n.	1%	74%	6%	19%	1%	59	4,5%	40%
10	Výroba potravinářských výrobků	1%	61%	27%	10%	1%	56	4,2%	53%
87	Pobytové služby sociální péče	0%	7%	0%	2%	91%	51	3,8%	93%
27	Výroba elektrických zařízení	1%	74%	4%	21%	1%	47	3,6%	75%
22	Výroba pryžových a plastových výrobků	1%	72%	10%	16%	0%	46	3,5%	73%
Všechna odvětví celkem		1%	59%	14%	13%	13%	1316	100%	48%

Dlouhodobě nejčastější skupinou nemocí z povolání jsou u obou pohlaví nemoci způsobené fyzikálními faktory (60%) s incidencí **17 případů na 100 tisíc nemocensky pojištěných osob ročně**. Jedná se především o nemoci z dlouhodobého nadměrného jednostranného zatížení a nemoci z vibrací vznikající ve výrobě motorových vozidel, v kovovýrobě a při těžbě.

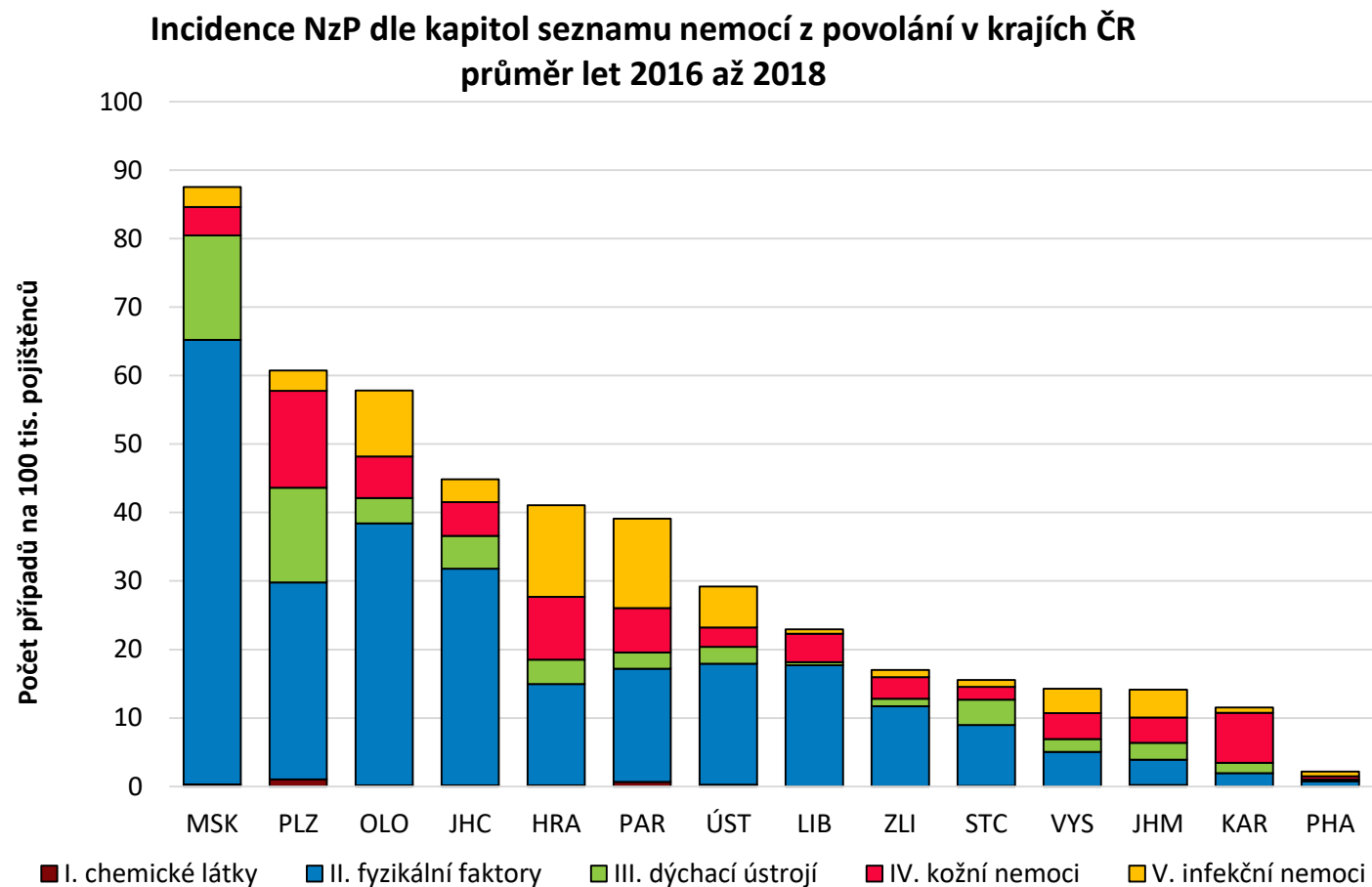
Druhou nejčastější skupinou (14%) s **5,7 případy na 100 tisíc mužů** jsou nemoci z povolání dýchacího ústrojí. Jedná se nemoci s **vysokým podílem případů trvalého omezení pracovní schopnosti (70%)**. Vznikají nejčastěji při těžbě. S útlumem ekonomické činnosti v této oblasti lze očekávat další pokles.

Druhou nejčastější příčinou NzP (13%) jsou u žen s **5,6 případy na 100 tisíc žen infekční nemoci**. Nejčastěji vznikají v rámci zdravotní a sociální péče. Infekční NzP jsou krátkodobého charakteru.

Třetí nejčastější (13%) jsou s **3,7 případy na 100 tisíc pojištěnců kožní nemoci z povolání** vyvolávané především působením chemických látek.

Nemoci z povolání v ČR: srovnání krajů

Zdroj: Národní registr nemocí z povolání



V souvislosti se strukturou zaměstnanosti vznikají dlouhodobě nemoci z povolání nejčastěji v Moravskoslezském kraji s 88 případy na 100 tisíc nemocensky pojištěných osob. Dominují zde fyzikální faktory a NzP dýchacího ústrojí.

Druhou nejvyšší incidencí NzP se vyznačuje s 61 případy na 100 tis. pojištěnců Plzeňský kraj, kde nejvíce mezi kraji dominují kožní nemoci z povolání.

Nejvyšším výskytem infekčních NzP v přepočtu na pojištěnce se vyznačuje Královéhradecký (13,4) a Pardubický (13,0) kraj.

Nejmenší výskyt NzP vychází díky struktuře zaměstnanosti u pracujících v Hl. m. Praze s 2,2 případy na 100 tis. pojištěnců.

„ZDRAVÍ 2030“ – analytická studie



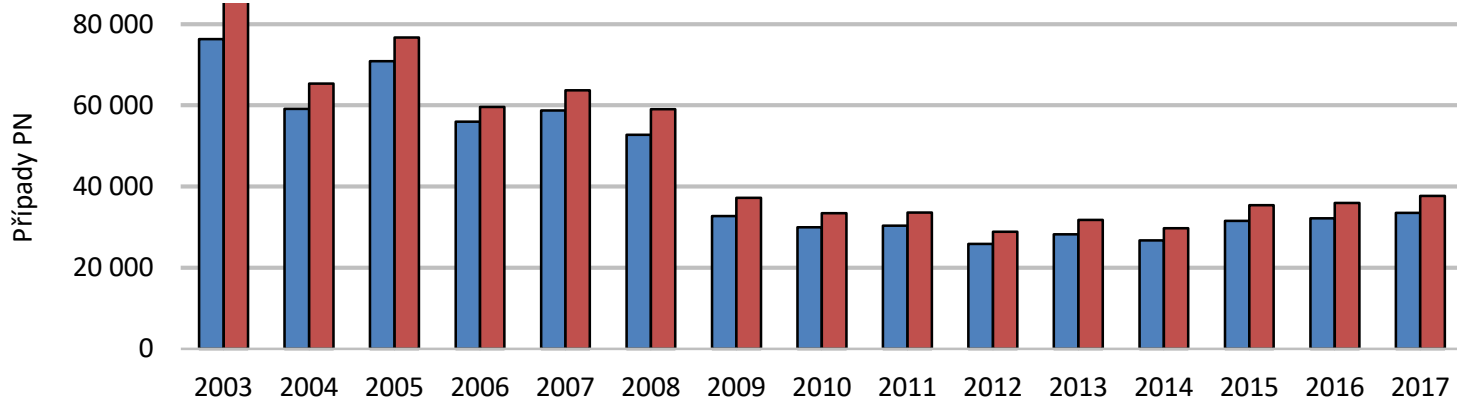
**Zdravotní stav obyvatelstva
- Pracovní neschopnost**

Pracovní neschopnost (PN)

Zdroj: Informační systém Pracovní neschopnost

**Vývoj počtu ukončených případů PN
na 100 000 nemocensky pojištěných osob**

■ Muži ■ Ženy

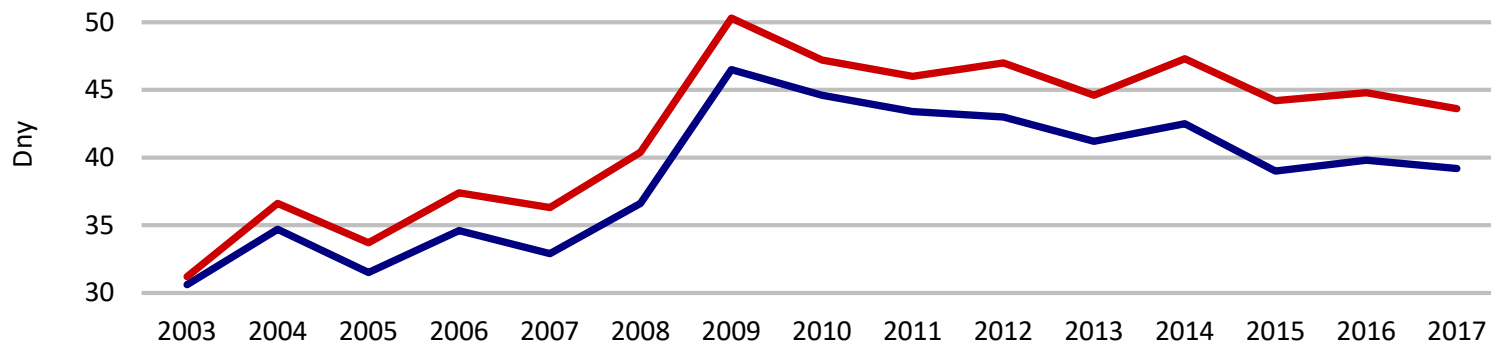


V roce 2017 bylo evidováno celkem 1 661 174 případů PN.

Od roku 2009 zaměstnavatel poskytuje zaměstnanci náhradu mzdy nebo platu podle zákoníku práce, a to za pracovní dny od 4. pracovního dne. To mělo za vliv významný pokles počtu případů PN a prodloužení průměrné délky jednoho případu. Tato právní úprava má být k 30. 6. 2019 zrušena a náhrada opět vyplácena od prvního dne. To povede k opětovnému zvýšení počtu případů a zkrácení průměrné délky trvání – díky krátkodobým pracovním neschopnostem, zejména u nemocí dýchací soustavy a nemocí svalové a kosterní soustavy. Tato situace může vést k prodloužení čekací doby v ordinacích praktických lékařů, případně ke zvýšení spotřeby léčiv.

Vývoj průměrné délky jednoho případu PN ve dnech

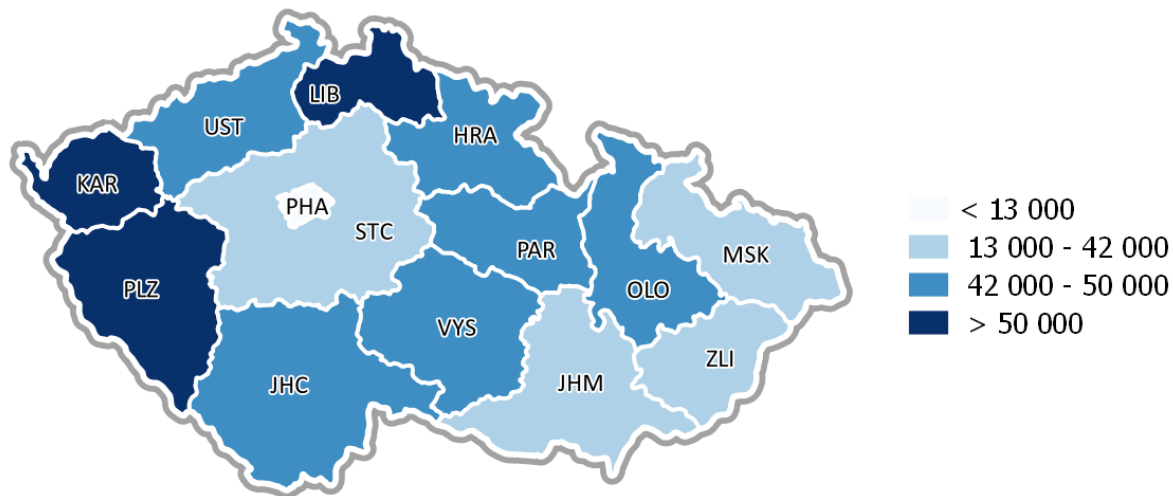
— Muži — Ženy



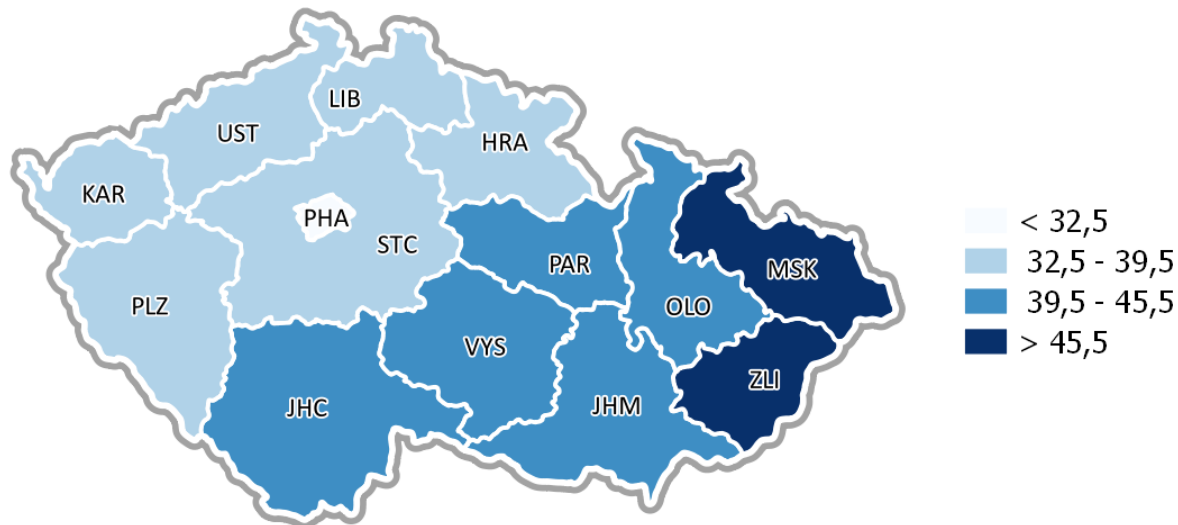
Pracovní neschopnost (PN) v krajích

Zdroj: Informační systém Pracovní neschopnost

Počet případů PN na 100 tis. nemocensky pojištěných (2017)



Průměrné trvání jednoho případu PN ve dnech (2017)



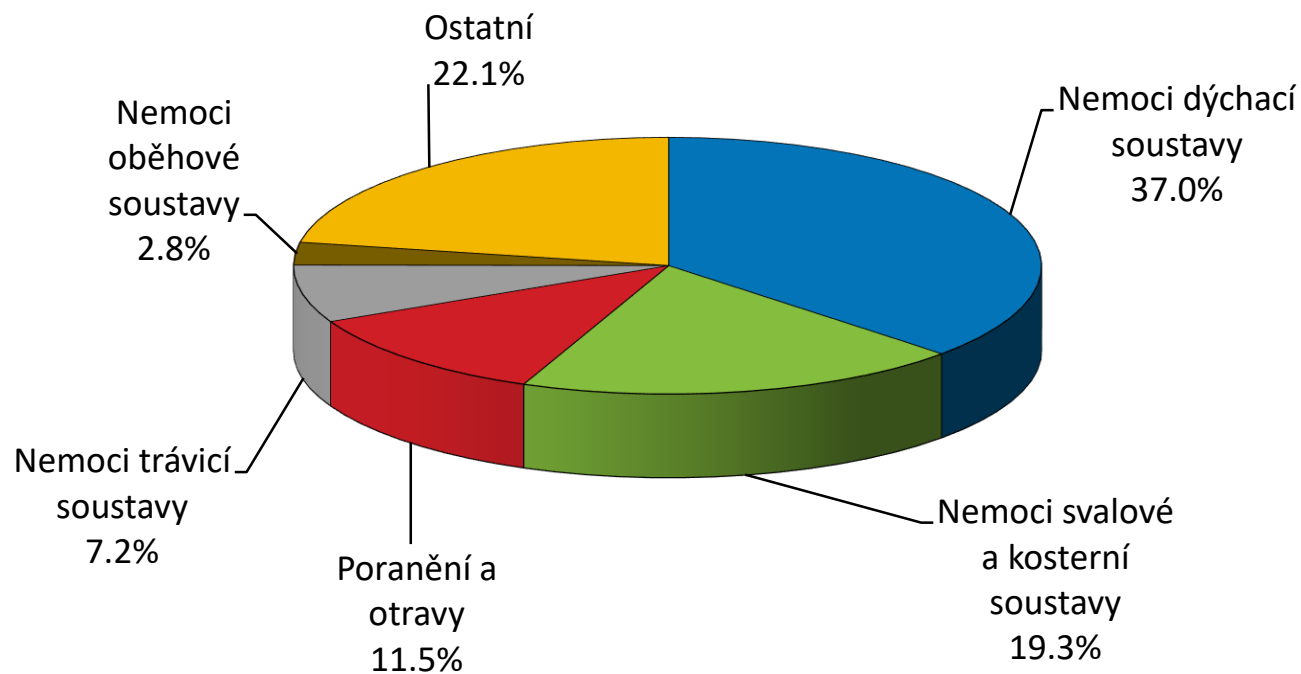
Regionální stratifikace základních ukazatelů pracovní neschopnosti má výrazný západovýchodní gradient, z něhož vystupuje pouze Praha a částečně také Středočeský kraj. V případě Prahy je nízké množství případů PN na 100 tis. nemocensky pojištěných dán také jejich vysokým počtem (udávání jsou podle sídla zaměstnavatele).

Co se týče průměrné délky trvání PN, nelze říci, že by v krajích s nejvyšší délkou byla příčinou některá konkrétní ze skupin nemocí. Nadprůměrné hodnoty se vyskytují ve všech kapitolách MKN-10. Příčiny je nutné hledat jinde, vliv může mít věková struktura obyvatelstva nebo také například zaměstnanost.

Pracovní neschopnost (PN) – příčiny

Zdroj: Informační systém Pracovní neschopnost

Struktura počtu ukončených případů PN podle kapitol MKN-10 (2017)



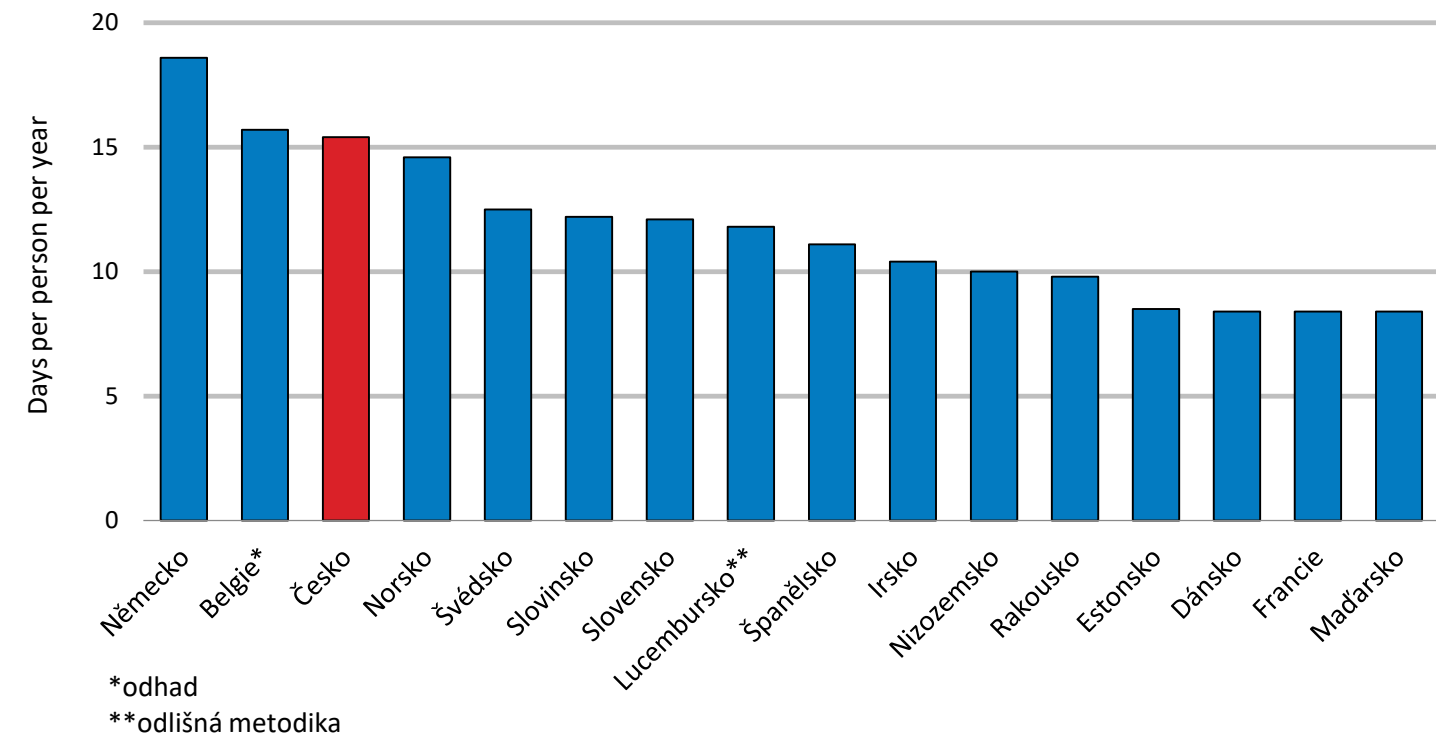
Struktura příčin pracovní neschopnosti se v české populaci v průběhu let výrazně nemění, nejčastější jsou vždy nemoci dýchací soustavy, které mají nejkratší délku trvání.

S blížící se změnou vyplácení náhrady platu či mzdy od prvního dne neschopnosti se dá očekávat nárůst případů PN v této kategorii.

Pracovní neschopnost (PN) – mezinárodní srovnání

Zdroj: OECD Health Status

Compensated absence from work due to illness (2016)



Mezinárodní srovnání poskytují data OECD. Ukazatel je definován jako počet dnů pracovní neschopnosti na zaměstnanou osobu za rok. V rámci evropských států, jež data poskytují, se česká populace pohybuje v nadprůměru.

„ZDRAVÍ 2030“ – analytická studie

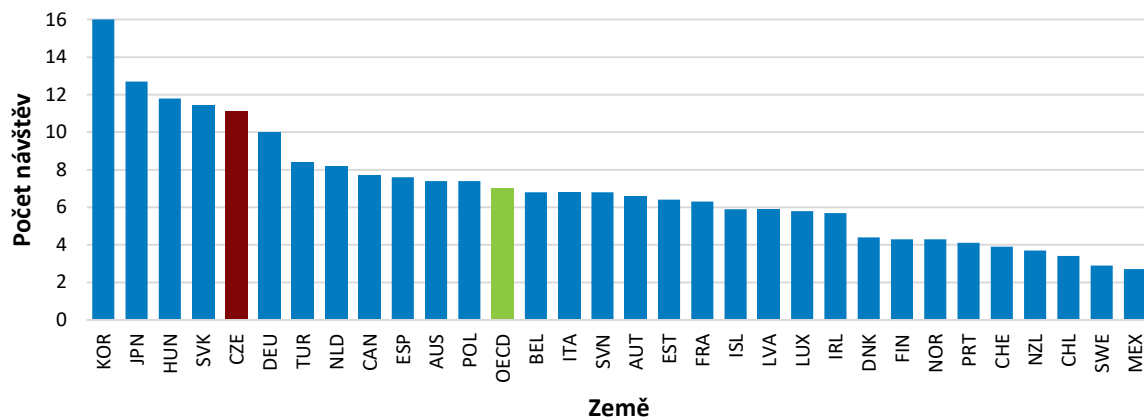


**Zdravotní stav obyvatelstva
- Konzumace ambulantních zdravotních služeb**

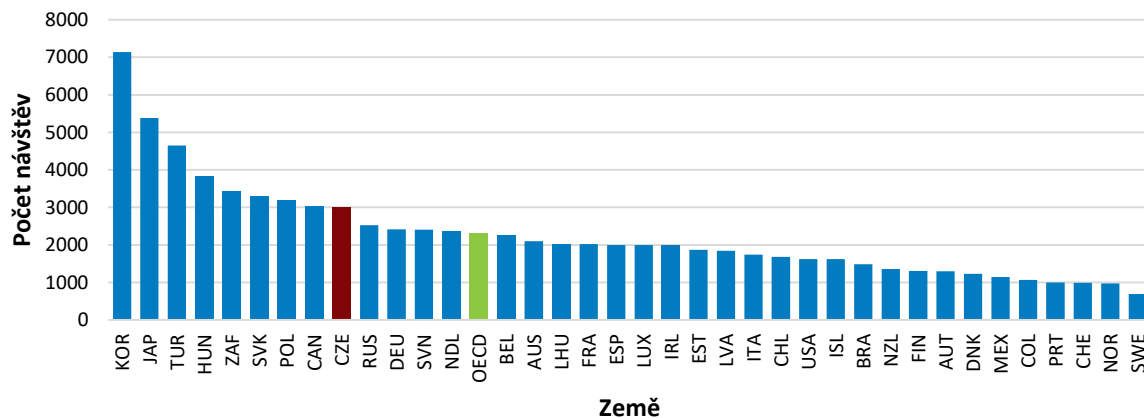
Počet návštěv u lékaře

Zdroj: OECD (2018), OECD Economic Surveys: Czech Republic 2018. OECD Publishing, Paris

Počet návštěv u lékaře na 1 obyvatele (2015 nebo nejbližší rok)



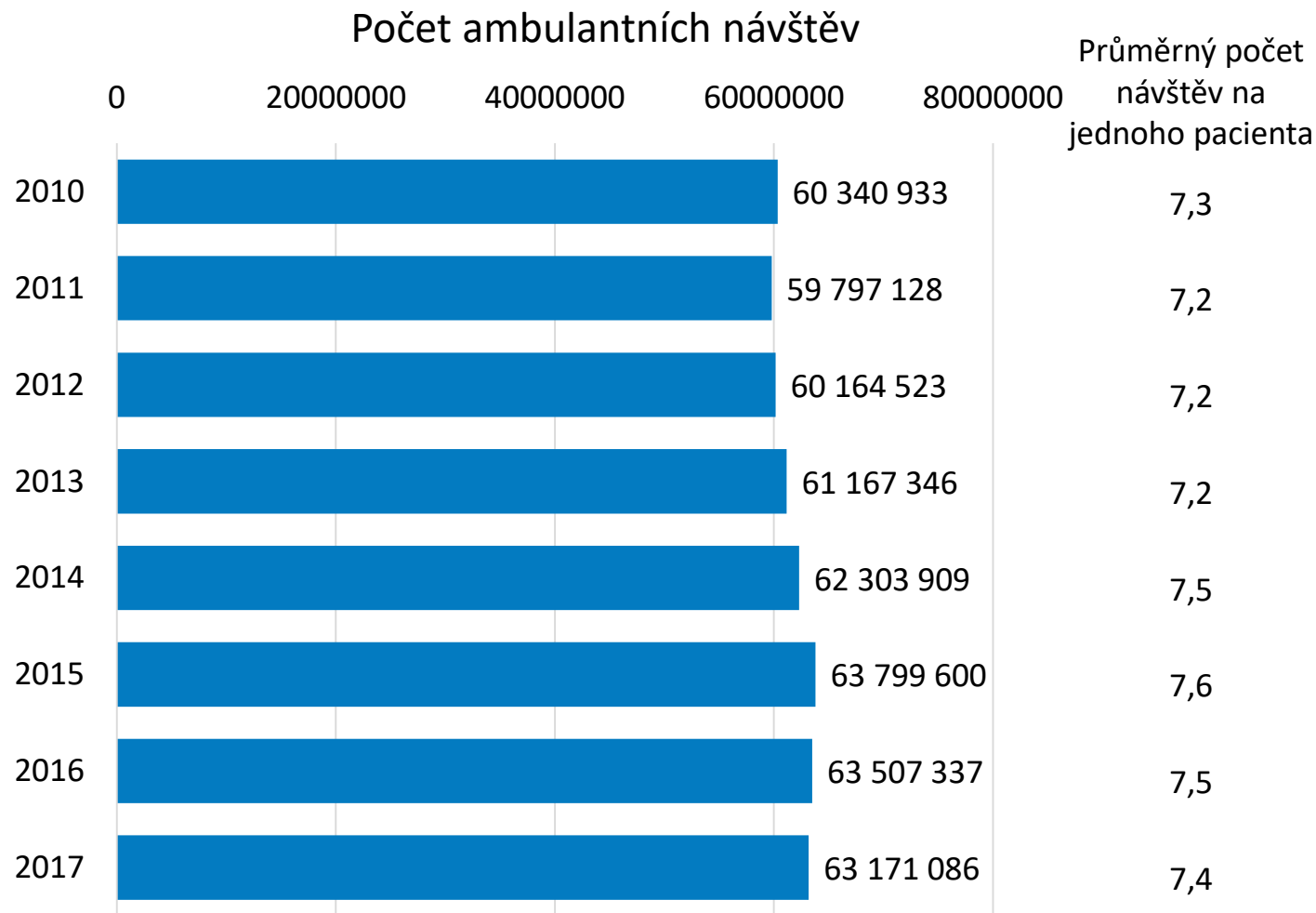
Počet návštěv na 1 lékaře (2015 nebo nejbližší rok)



Česká republika patří k zemím s nejvyšší frekvencí návštěv u lékaře, zejména ve srovnání s průměrem zemí OECD je roční počet návštěv dosahující hodnoty 11 vysoce nadprůměrný. Tyto hodnoty jsou odrazem slabé efektivity systému poskytování zdravotní péče a rovněž důsledkem nedostatečně silné pozice praktických lékařů v řízení péče. Důsledkem je nadměrná zátěž zdravotnického systému a problémy s personálními kapacitami.

Ambulantní návštěvy u ambulantních specialitů

Zdroj: NRHZS

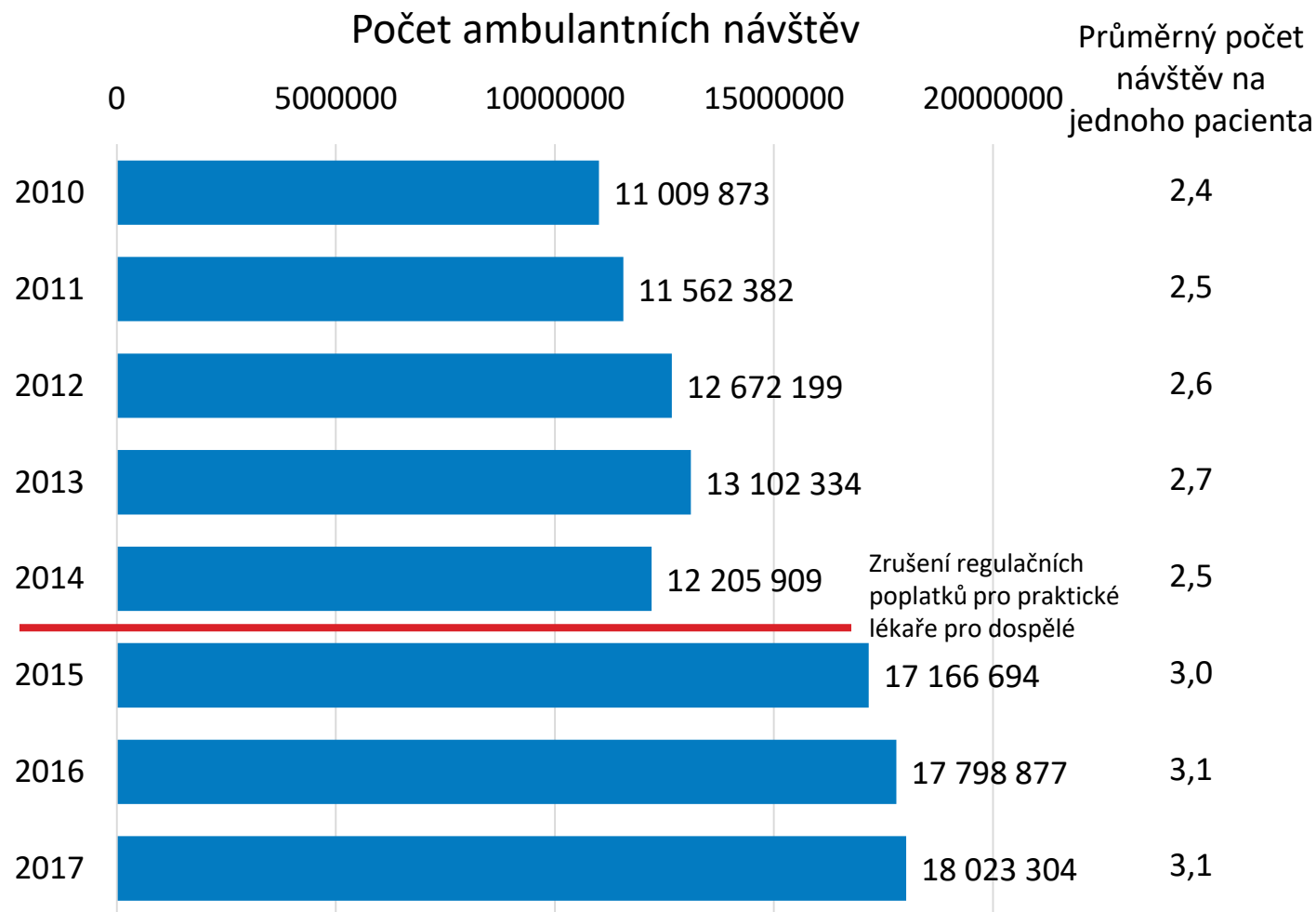


Počet dokladů ambulantních návštěv pro ambulantní specialisty v čase narůstal do roku 2015, kdy se ustálil na hodnotě cca 63 mil. ročně. V posledních dvou letech dochází ke mírnému snižování počtu ambulantních návštěv na pacienta.

Průměrný roční počet těchto návštěv, které připadají na jednoho pacienta je přibližně 7,5, což číslo v mezinárodním srovnání vysoce nadprůměrné. Služby ambulantních specialistů jsou v ČR evidentně nadprůměrně konzumovány a do značné míry nahrazují úlohu primární péče a tedy praktických lékařů.

Ambulantní návštěvy u praktických lékařů pro dospělé

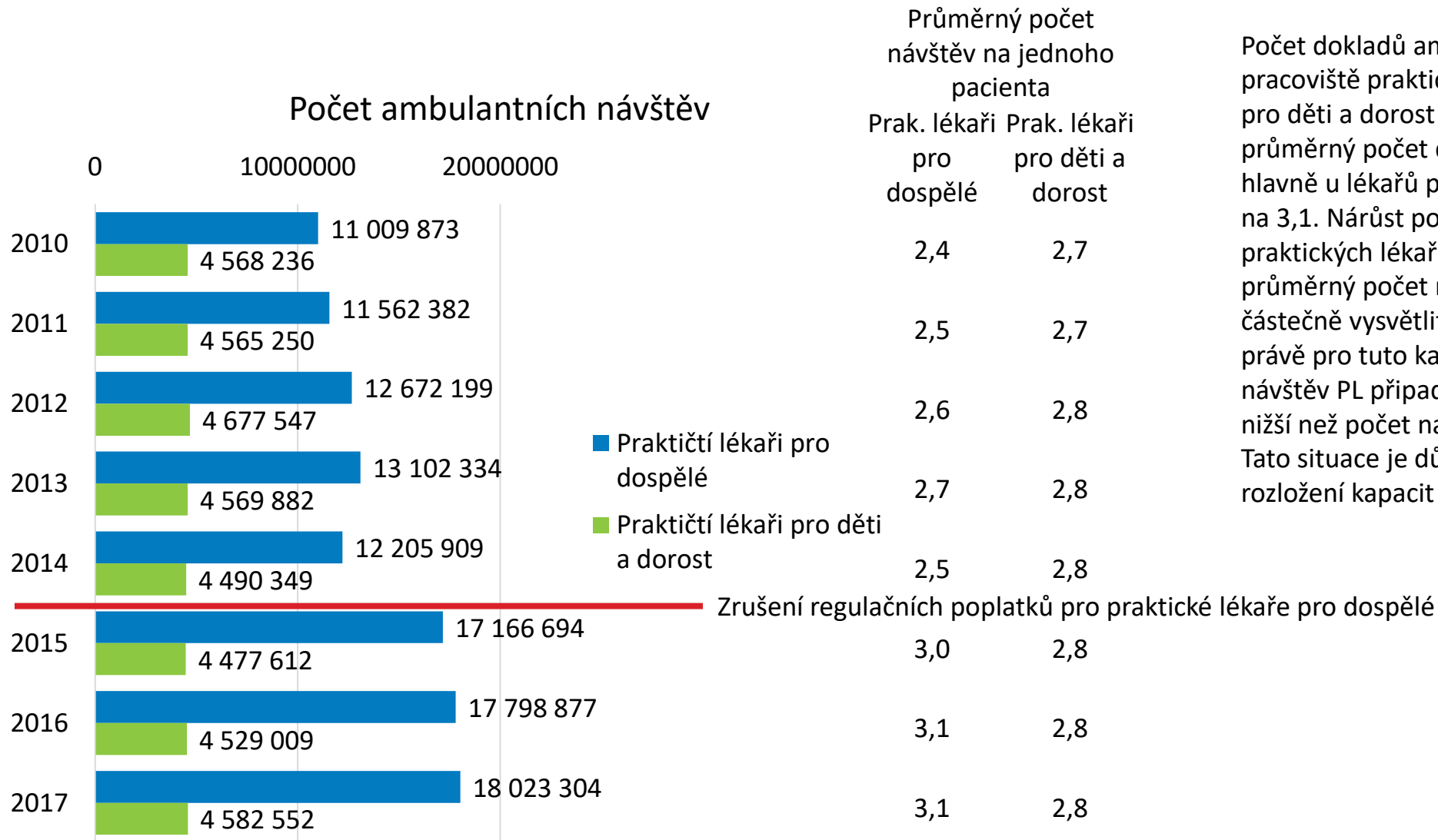
Zdroj: NRHZS



Ačkoli průměrný počet návštěv pacientů u praktických lékařů pro dospělé v čase narostl (z hodnoty 2,4 v roce 2010 na 3,1 v roce 2017; přičemž skoková změna nastala v roce 2014 po zrušení regulačních poplatků), tak stále nedosahuje ani z poloviny počtu návštěv u ambulantních specialistů (aktuálně 7,4 návštěv ročně na pacienta). Z tohoto srovnání je patrné, že klíčová role registrujícího praktického lékaře není v českém zdravotnictví dostatečně naplněna

Ambulantní návštěvy u praktických lékařů

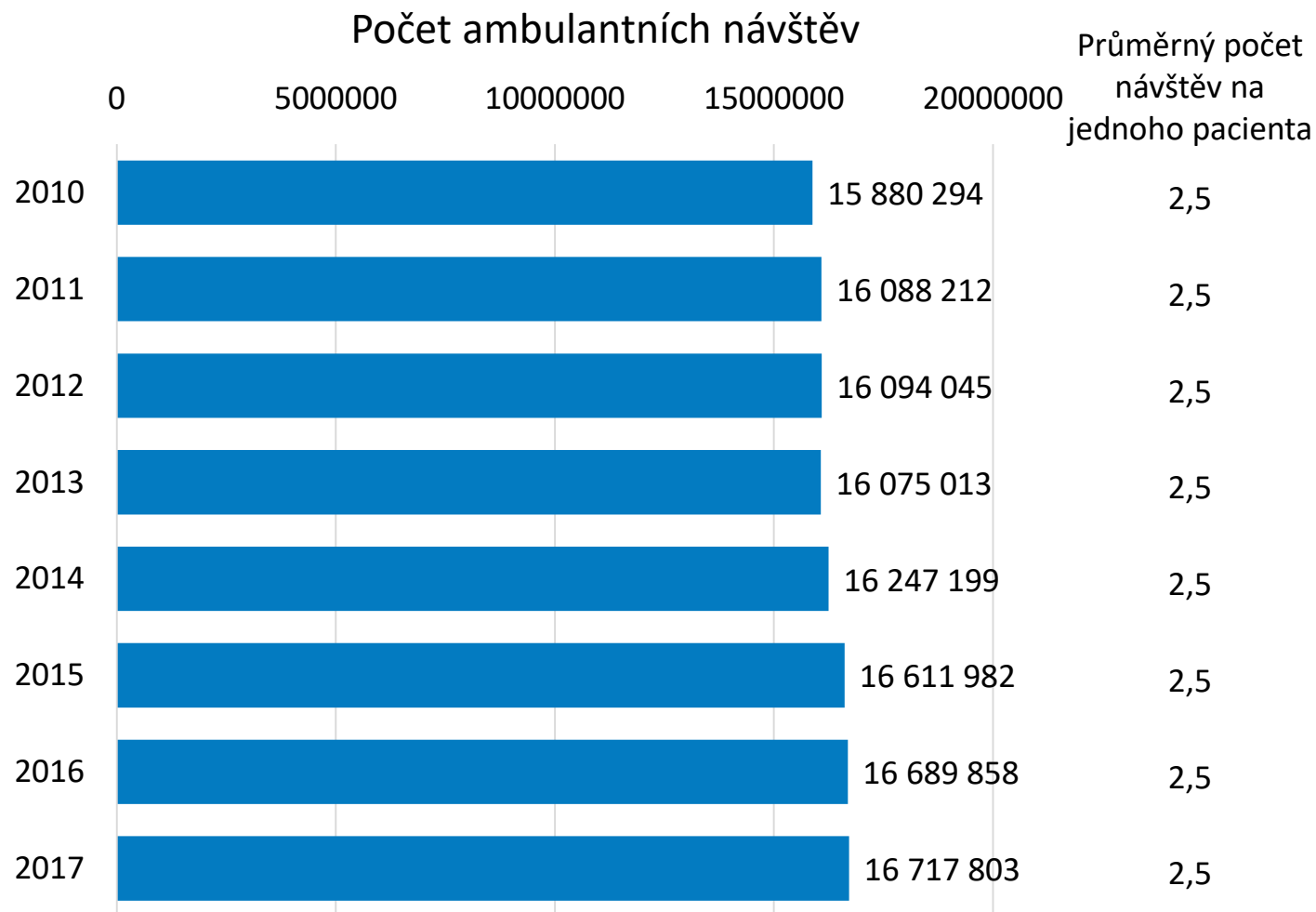
Zdroj: NRHZS



Počet dokladů ambulantních návštěv pro pracoviště praktického lékaře pro dospělé, tak i pro děti a dorost v čase narůstá, při přepočtení na průměrný počet dokladů na jednoho pacienta, došlo hlavně u lékařů pro dospělé k výraznému nárůstu až na 3,1. Nárůst počtu ambulantních návštěv u praktických lékařů od roku 2015 a to i v přepočtu na průměrný počet návštěv na jednoho pacienta lze částečně vysvětlit zrušením regulačních poplatků právě pro tuto kategorii a rok 2015. nicméně počet návštěv PL připadající na jednoho pacienta je až 3x nižší než počet návštěv u ambulantních specialistů. Tato situace je důsledkem velmi neoptimálního rozložení kapacit v ambulantním segmentu.

Ambulantní návštěvy u stomatologů

Zdroj: NRHZS



Absolutní počet dokladů ambulantních návštěv pro stomatology v čase narůstá, při přepočtení na průměrný počet dokladů na pacienta je v celém období 2010 – 2017 konstantní hodnota 2,5 dokladu na jednoho pacienta.

Preventivní prohlídky u praktického lékaře

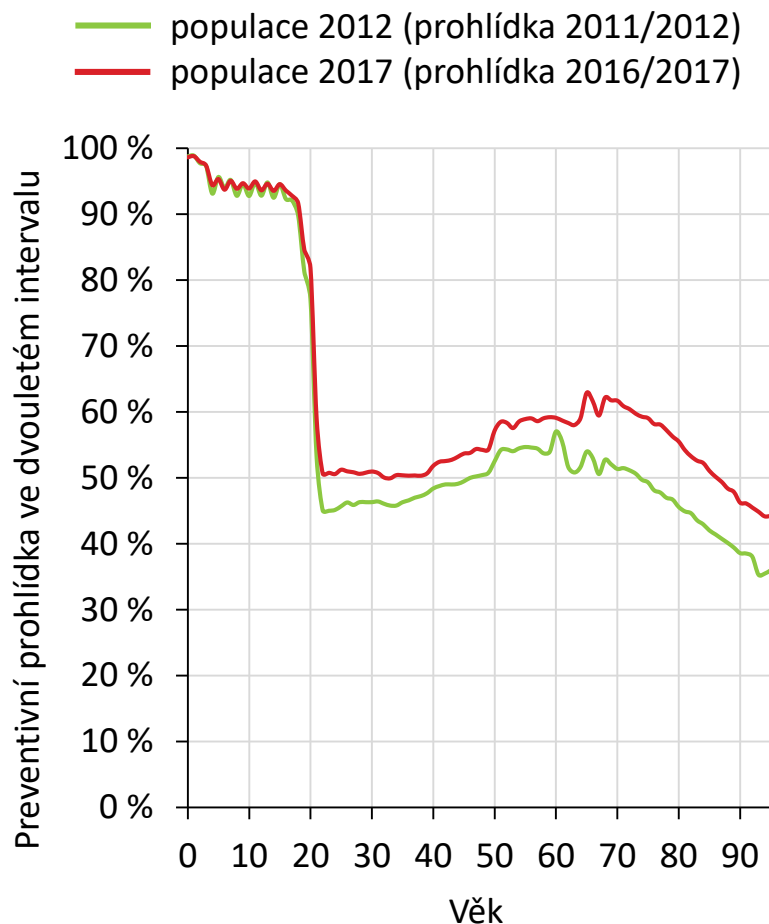
Zdroj: NRHZS 2010–2017

Definice: Osoby s vykázaným výkonem 01021, 01022, 01193, 01195, 02021 nebo 02022 u odbornosti 001 (všeobecné PL) a 002 (PL pro děti a dorost).

Podíl obyvatel jednotlivých krajů (2017), kteří v průběhu předchozích dvou let (2016/2017) absolvovali preventivní prohlídku u praktického lékaře:



Podíl obyvatel ČR daného věku, kteří v průběhu předchozích dvou let absolvovali preventivní prohlídku u praktického lékaře:



Preventivní prohlídku u praktického lékaře absolvovalo v letech 2016/2017 **63 % populace ČR** (57 % až 70 % v jednotlivých krajích). Pro srovnání, v letech 2011/2012 absolvovalo preventivní prohlídku pouze **59 % populace ČR**.

V letech 2016/2017 byla preventivní prohlídka u dětí zaznamenána ve více než 95 % případů, po dosažení dospělosti dochází k prudkému poklesu a u dospělé populace je zaznamenána preventivní prohlídka pouze v 50–60 % případů. Ve srovnání se situací v letech 2011/2012 lze u dospělé populace v závislosti na věku pozorovat zlepšení o 5–10 %.

Preventivní prohlídky jsou hodnoceny v rámci dvouletého intervalu (± 90 denní tolerance), jelikož osoba má nárok na všeobecnou preventivní prohlídku u praktického lékaře 1x za dva roky.

„ZDRAVÍ 2030“ – analytická studie

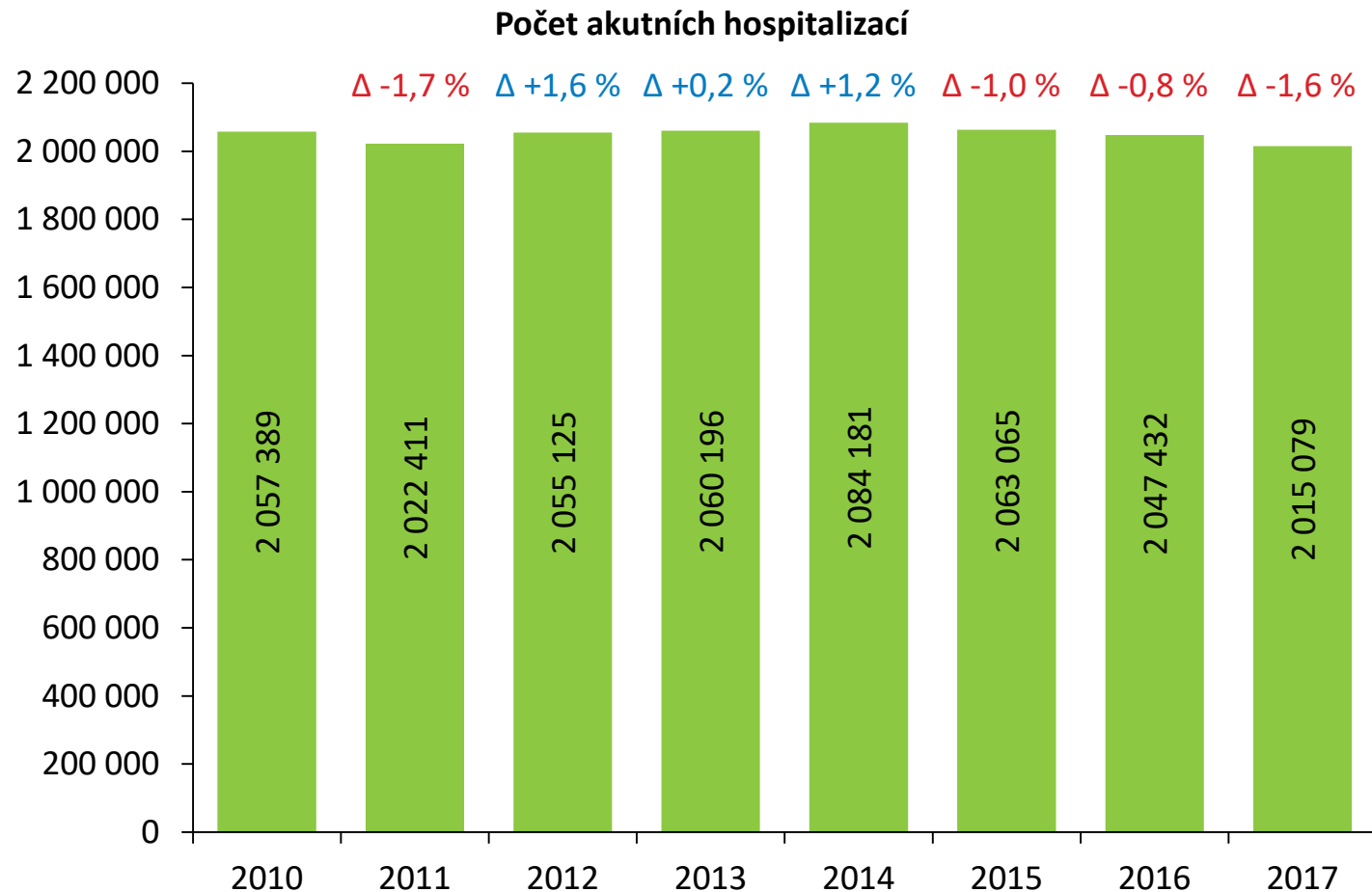
**Zdravotní stav obyvatelstva
- zátěž lůžkové péče**



Hospitalizace – počet akutních hospitalizací

Zdroj: NRHOSP 2010 – 2017

Počet všech akutních hospitalizací.



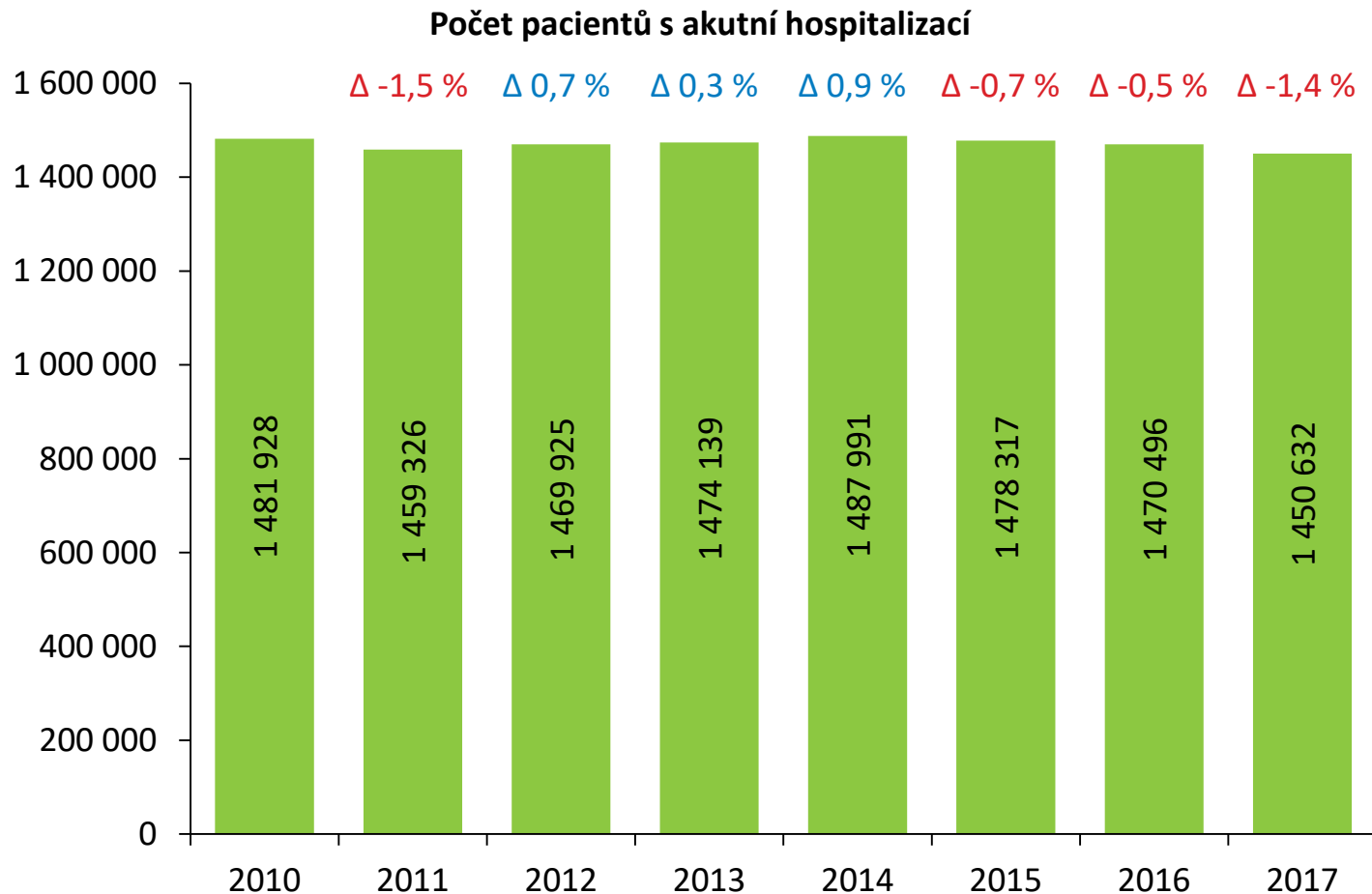
Za poslední roky počet akutních hospitalizací mírně klesá.

V roce 2017 bylo zaznamenáno 2 015 079 akutních hospitalizací, což je o 32 353 méně než v roce 2016 a o 69 102 méně než v roce 2014. meziroční pokles objemu této péče činí přibližně -0,8% až -1,6%.

Hospitalizace – počet hospitalizovaných osob

Zdroj: NRHOSP 2010 – 2017

Počet všech osob hospitalizovaných při akutních hospitalizacích.



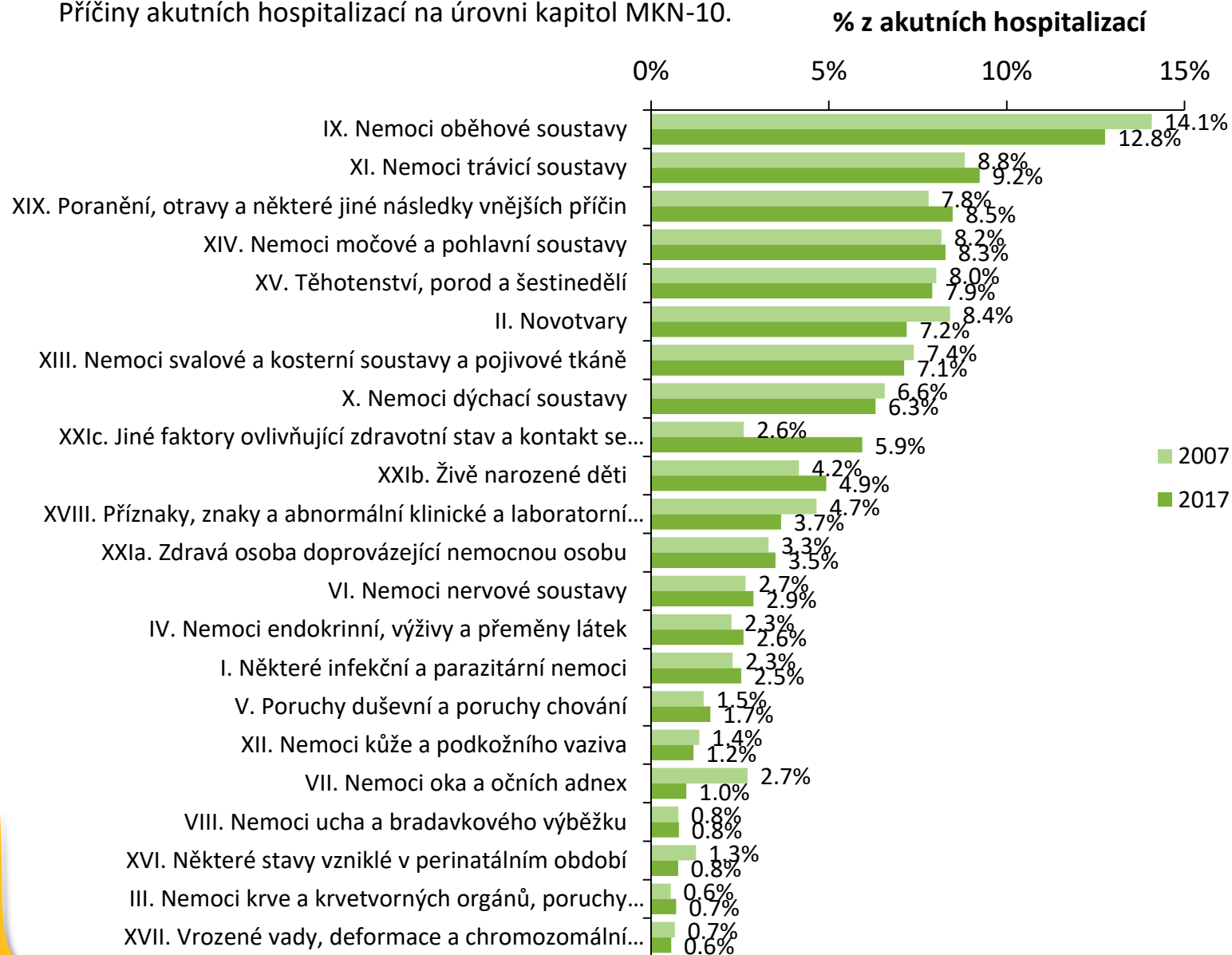
Za poslední roky počet pacientů s akutními hospitalizacemi klesá.

V roce 2017 bylo zaznamenáno 1 450 632 pacientů s akutní hospitalizací, což je o 19 864 méně než v roce 2016 a o 37 359 méně než v roce 2014.

Hospitalizace – příčiny akutních hospitalizací v roce 2007 a 2017

Zdroj: NRHOSP 2007 - 2017

Příčiny akutních hospitalizací na úrovni kapitol MKN-10.

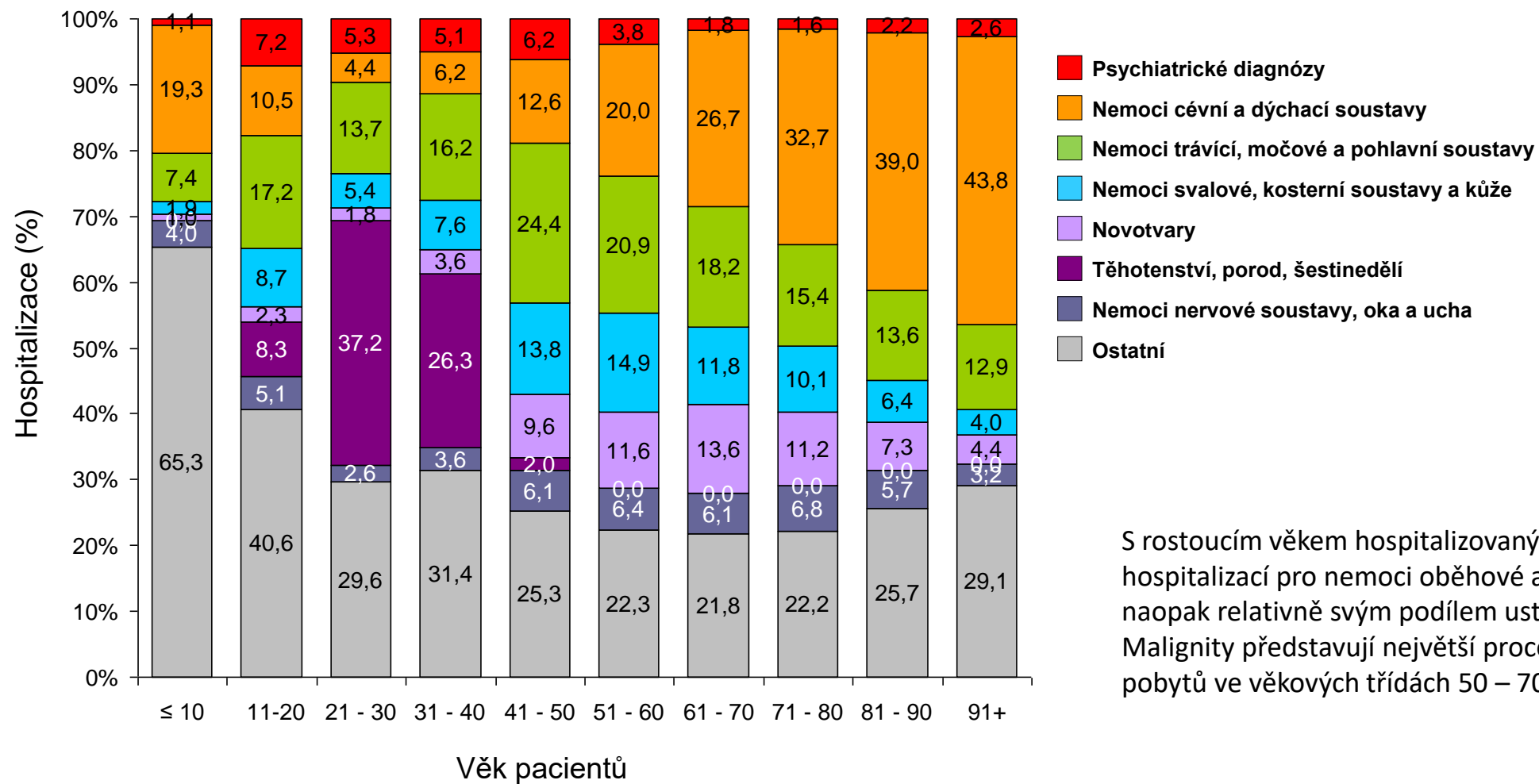


V roce 2017 bylo celkem 2 015 079 akutních hospitalizací. Jejich nejčastější příčinou byly nemoci oběhové soustavy, které představují poměrně velkou zátěž pro zdravotní systém. V roce 2017 nemoci oběhové soustavy tvořily 12,8 % všech příčin akutních hospitalizací, v roce 2007 to bylo dokonce 14,1 % všech akutních hospitalizací. Poměrně velký rozdíl lze pozorovat ve vykazování kapitoly XXIc. Jiné faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdrav. službami. Zatímco v roce 2007 byla tato kapitola uvedena jako hlavní příčina akutní hospitalizace pouze v 2,6 %, v roce 2017 to bylo o 3,3 % více.

Naopak si lze všimnout že menší relativní zastoupení mají hospitalizace z důvodu novotvarů (v roce 2007 8,4 % a v roce 2017 7,2 %).

Příčiny hospitalizací (hlavní diagnóza) v ČR dle věku pacientů

Zdroj dat: NRHOSP 2007-2017

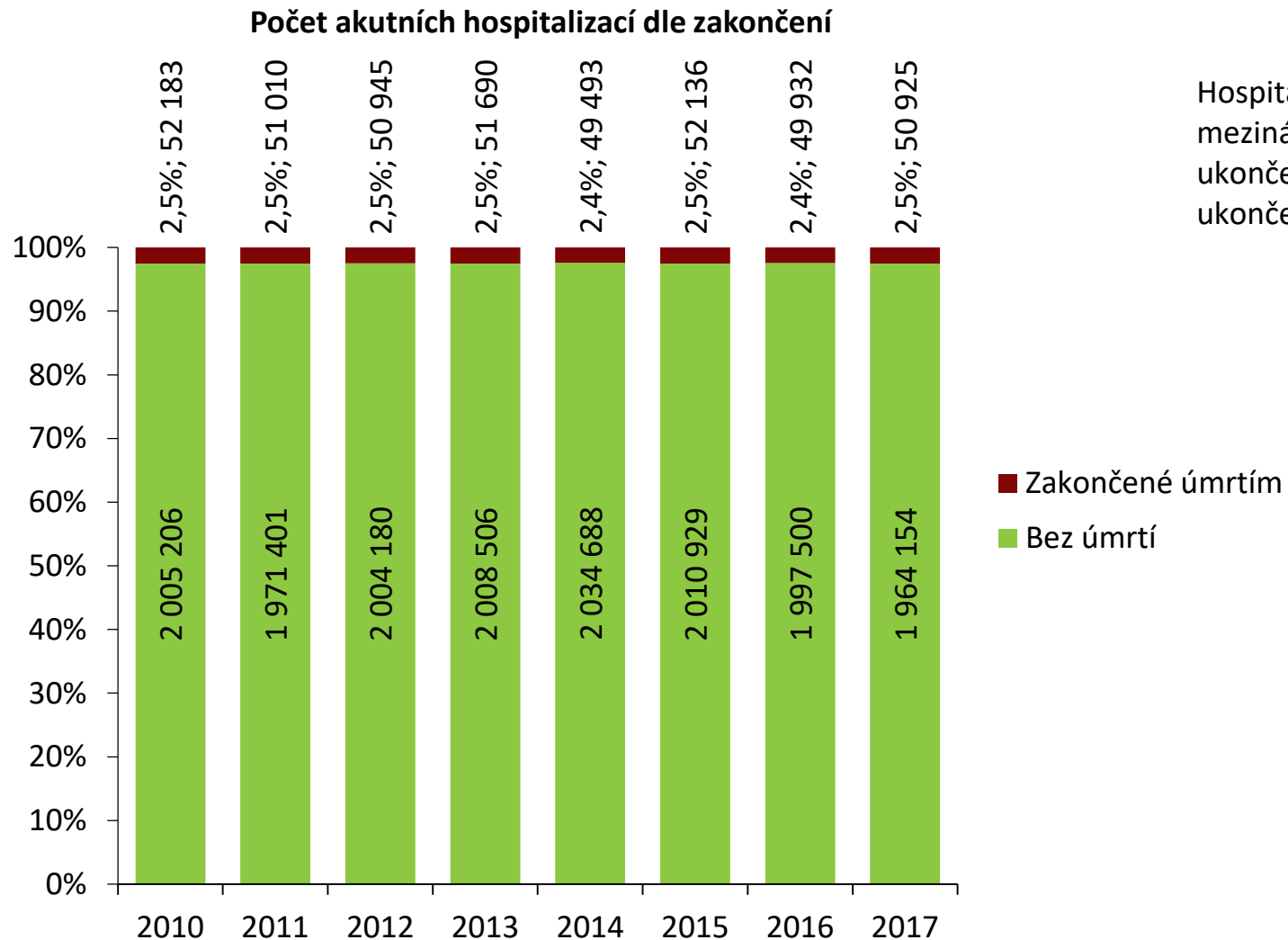


S rostoucím věkem hospitalizovaných pacientů narůstá podíl hospitalizací pro nemoci oběhové a dýchací soustavy a naopak relativně svým podílem ustupují zhoubné nádory. Malignity představují největší procento hospitalizačních pobytů ve věkových třídách 50 – 70 let.

Hospitalizace – hospitalizační mortalita

Zdroj: NRHOSP 2010 – 2017

Úmrtí při akutní hospitalizaci.



Hospitalizační mortalita je v čase víceméně neměnná a v mezinárodním srovnání podprůměrná. Ročně je úmrtím ukončeno 2,5 % akutních hospitalizací. V roce 2017 bylo úmrtím ukončeno 50 925 z celkových 2 015 079 akutních hospitalizací.

Délka hospitalizace v ČR – vývoj v čase

Zdroj: NRHOSP 2010 – 2017

1-3 dny 4-7 dní 8-30 dní 31 a více dní



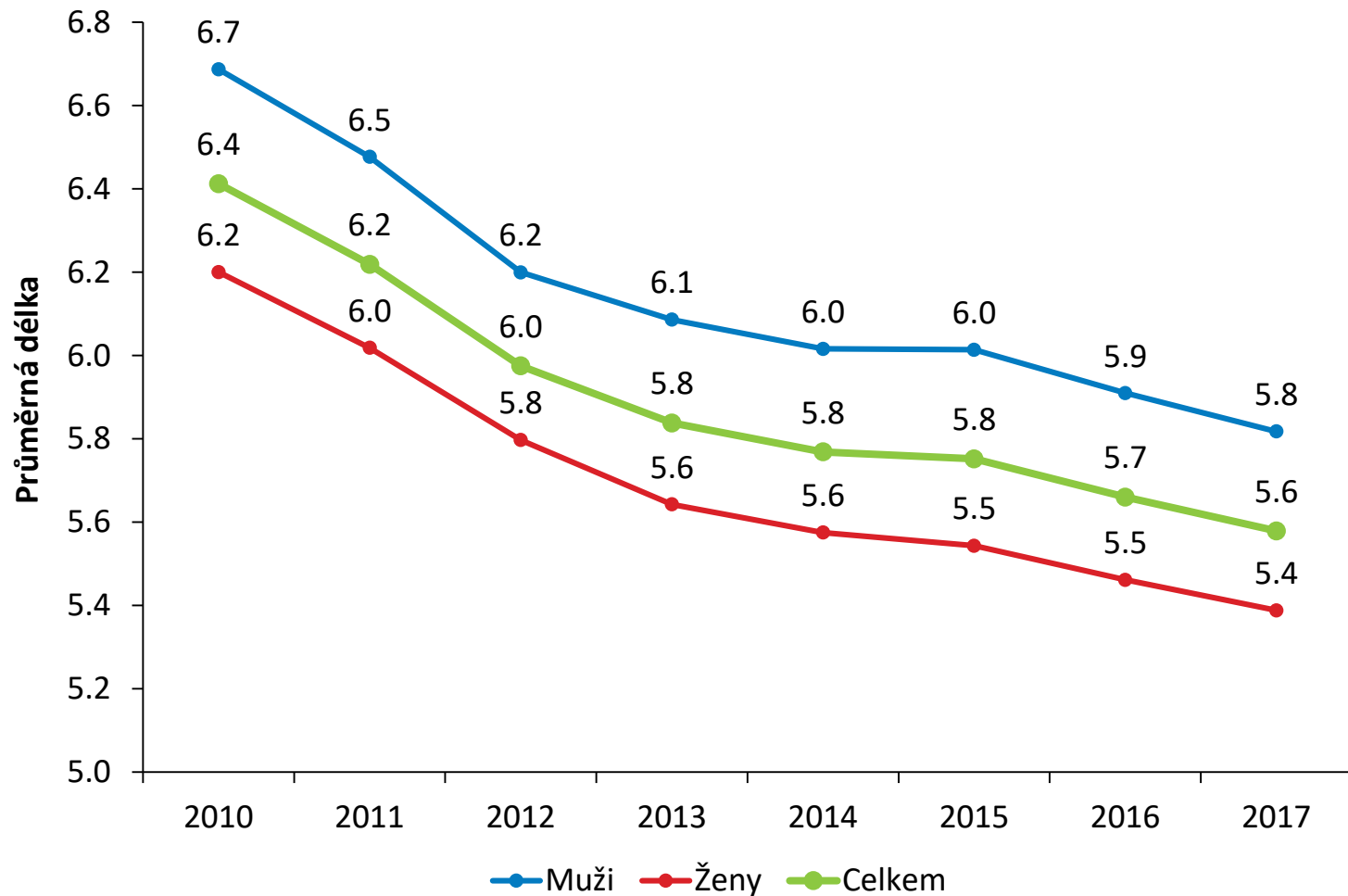
Průměrná délka trvání hospitalizace na akutních lůžkách dosahovala 5,6 dne (medián: 4 dny)
průměrná délka hospitalizace na lůžku následné a dlouhodobé péče dosahovala 51,6 dne (medián: 29 dní). Zjištěné hodnoty délky hospitalizací na lůžkách akutní péče nijak nevybočují z průměru hlášeného vyspělými zeměmi EU, naopak jsou mírně podprůměrné. dlouhodobě klesá délka akutních hospitalizací, v průměru od roku 2007 z hodnoty 6,8 dne na hodnotu 5,6 dne v roce 2017; podíl dlouhých akutních hospitalizací (s délkou nad 8 dní a zejména hospitalizací s délkou nad 30 dní) významně klesá, meziročně o – 3% až – 4,5%
délka hospitalizací mezi jednotlivými regiony konzistentně vykazuje stejné trendy a je srovnatelná (meziregionální rozsah v průměrné délce hospitalizací: 4,5 – 6,5 dne; v mediánu 3 – 4 dny)

Délka akutních hospitalizací

Zdroj: NRHOSP 2010 – 2017

Průměrná délka akutních hospitalizací.

Průměrná délka akutních hospitalizací



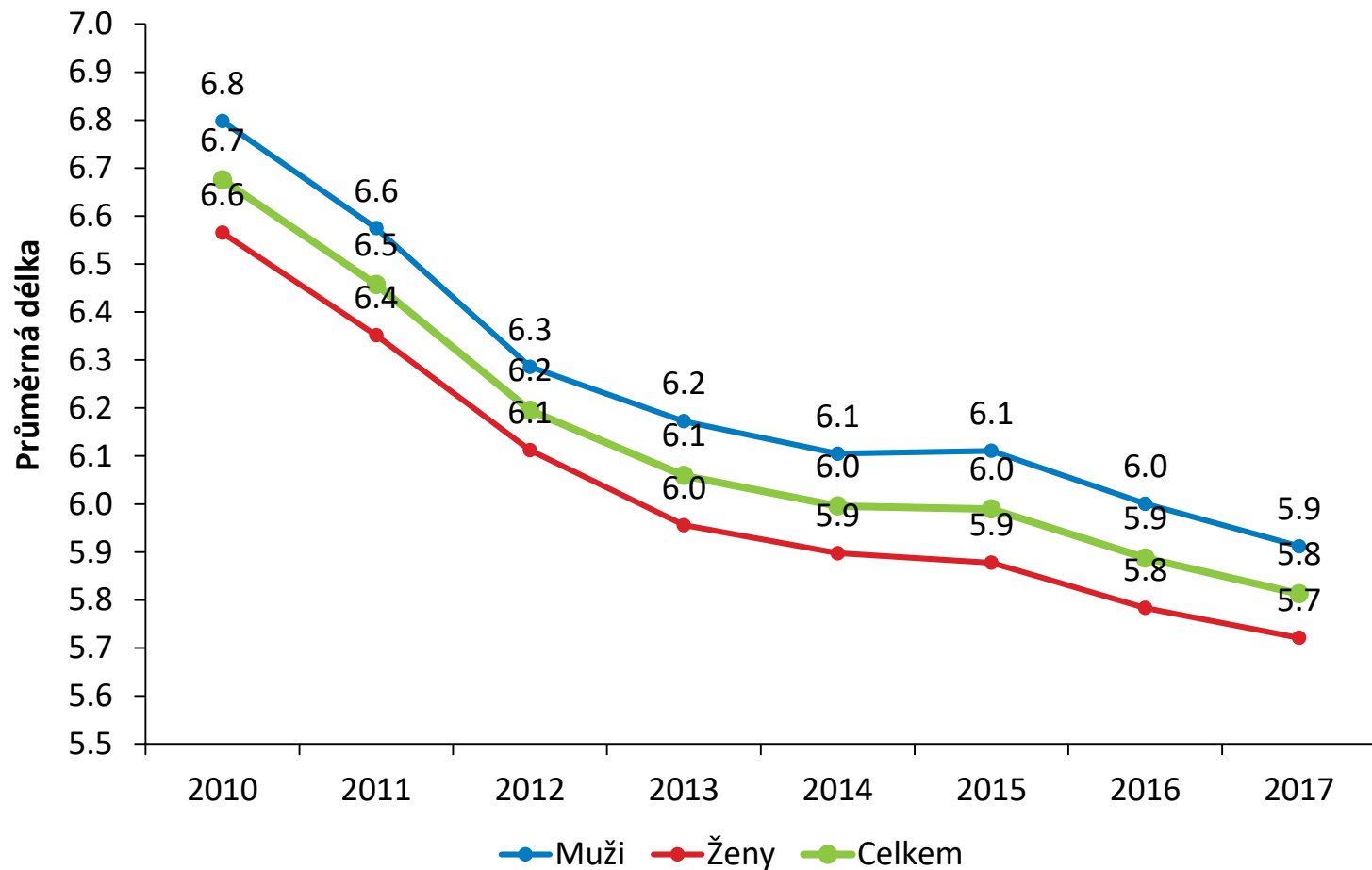
V roce 2017 bylo celkem 2 015 079 akutních hospitalizací s průměrnou délkou trvání 5,6 dní. Délka hospitalizace vykazuje významně klesající trend, Od roku 2010 se průměrná délka akutní hospitalizace snížila o 0,8 dne. Hospitalizace u mužů jsou v průměru o 0,4 dne delší než u žen.

Délka akutních hospitalizací s vyloučením porodů

Zdroj: NRHOSP 2010 – 2017

Průměrná délka akutních hospitalizací s vyloučením diagnóz O00 – O99 a Z30 – Z39 jako hlavních příčin hospitalizace.

**Průměrná délka akutních hospitalizací
s vyloučením diagnóz O00 – O99 a Z30 – Z39**

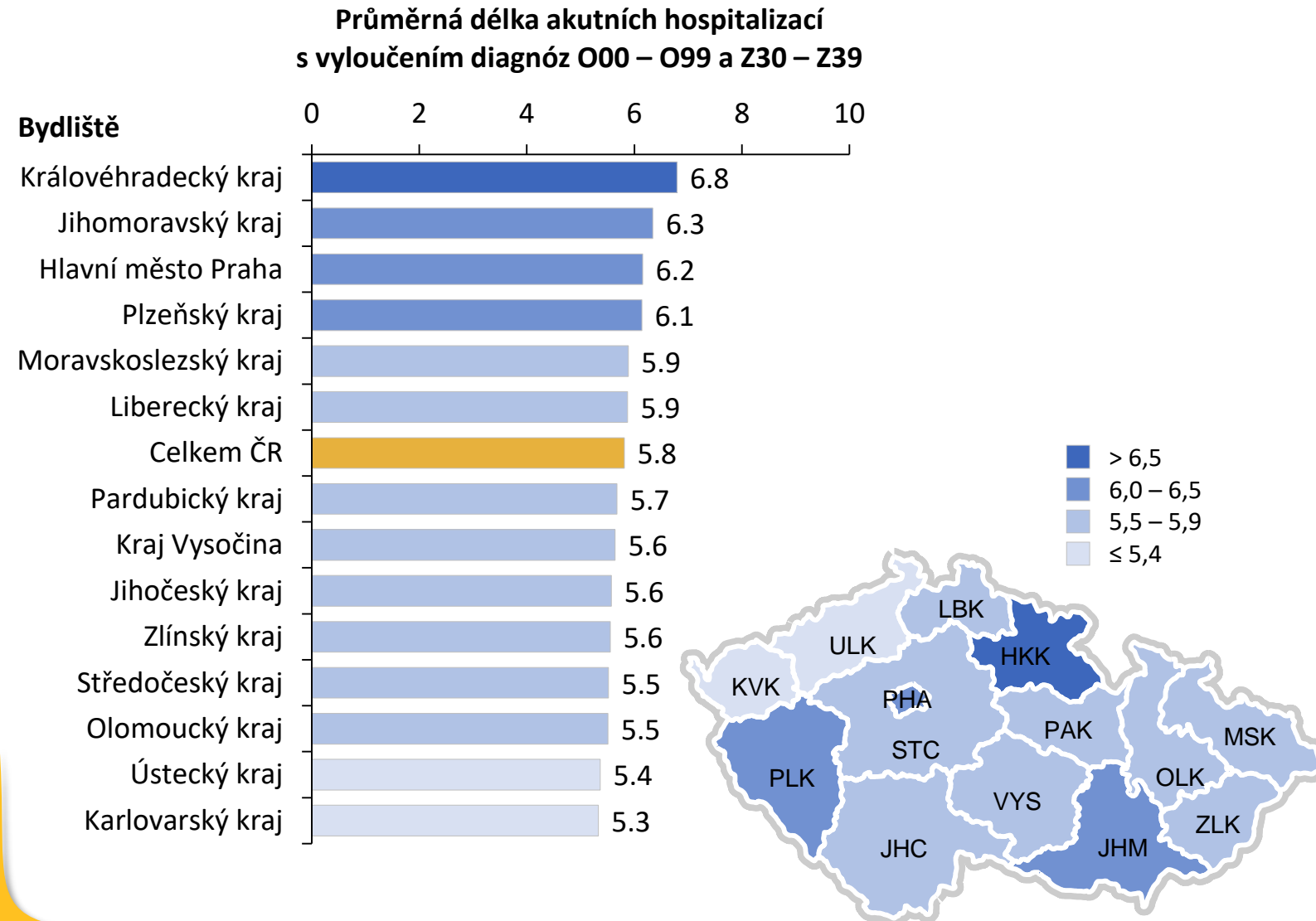


Průměrná délka akutních hospitalizací i po vyloučení diagnóz týkajících se porodů a těhotenství v čase klesá. Délka akutních hospitalizací u mužů je v průměru o 0,2 dne delší než u žen. Celkem byla průměrná délka akutních hospitalizací s vyloučením diagnóz O00 – O99 a Z30 – Z39 jako hlavních příčin hospitalizací v roce 2017 5,8 dne. To je o 0,1 dne méně než v roce 2016 a o 0,9 dne méně než v roce 2010.

Délka akutních hospitalizací s vyloučením porodů – srovnání krajů

Zdroj: NRHOSP 2017

Průměrná délka akutních hospitalizací s vyloučením diagnóz O00 – O99 a Z30 – Z39 jako hlavních příčin hospitalizace v roce 2017 dle bydliště pacienta.



Celkem byla průměrná délka akutních hospitalizací s vyloučením diagnóz O00 – O99 a Z30 – Z39 jako hlavních příčin hospitalizací v roce 2017 5,8 dne.

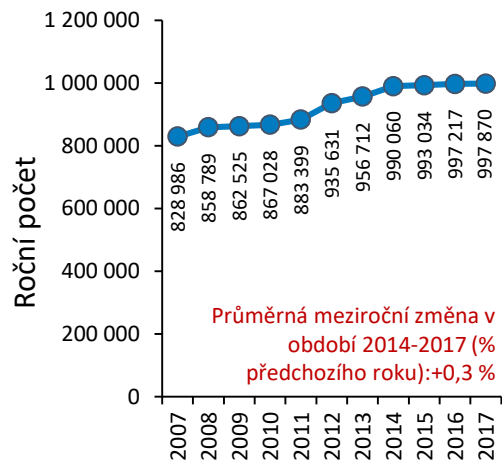
Pacienti s bydlištěm v Karlovarském kraji měli nejkratší průměrnou délku akutních hospitalizací (5,3 dne), a to o 1,5 dne kratší, než pacienti s bydlištěm v kraji Královéhradeckém, pro které je délka akutních hospitalizací nejvyšší (6,8 dne).

Hospitalizace – vývoj v čase dle kategorizované délky

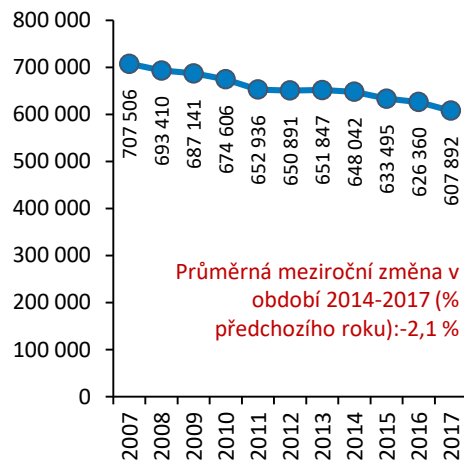
Zdroj: NRHOSP 2010 – 2017

Délka hospitalizace: 1-3 dny

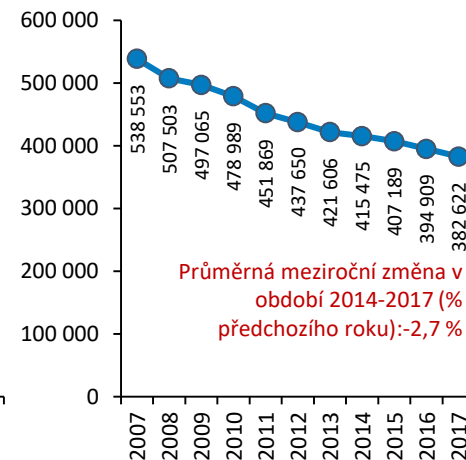
Hospitalizace na lůžku akutní péče



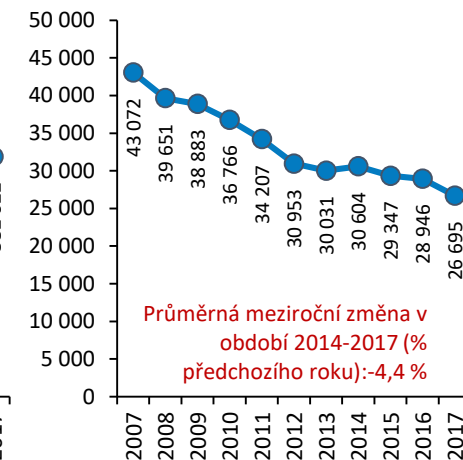
4-7 dní



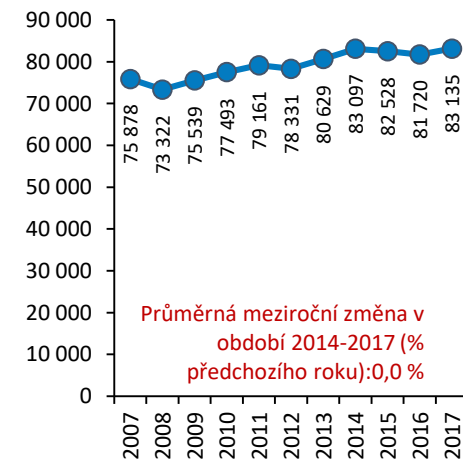
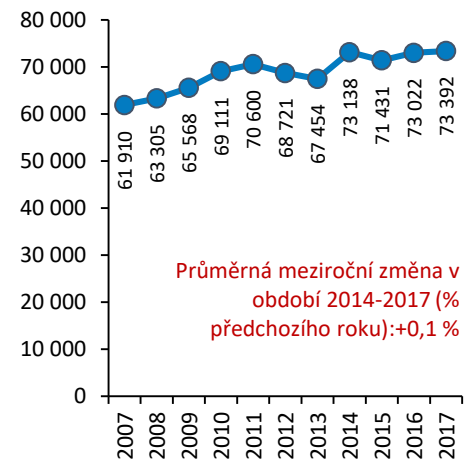
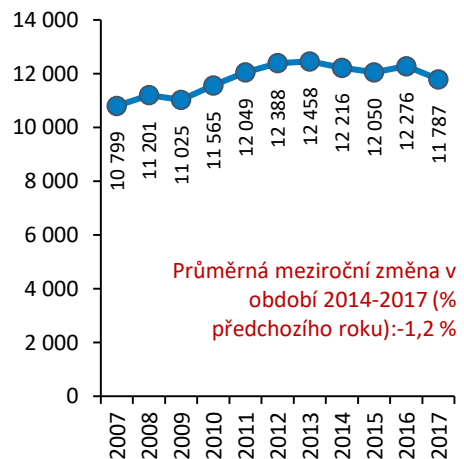
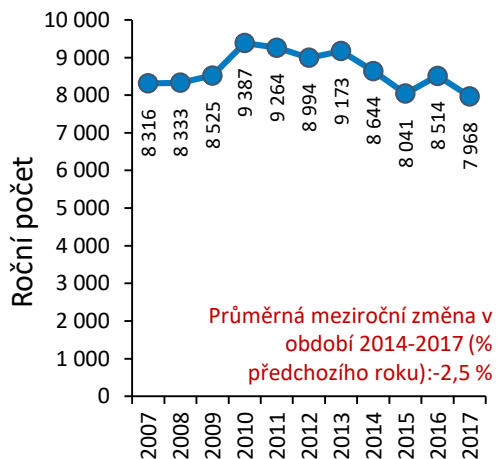
8-30 dní



31 a více dní



Hospitalizace na lůžku následné a dlouhodobé péče

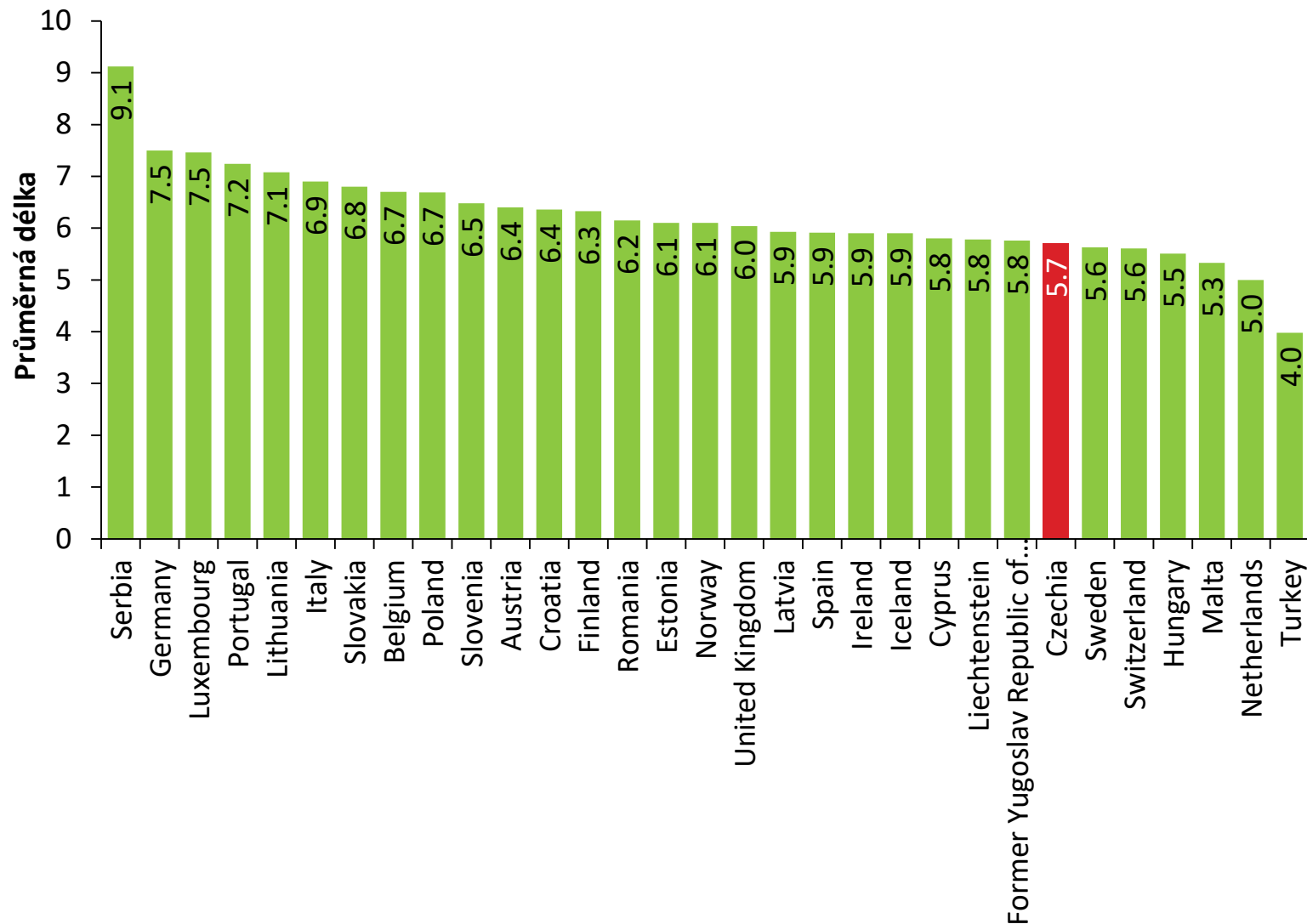


Délka akutních hospitalizací 2016: mezinárodní srovnání

Zdroj: NRHOSP 2016, OECD/Eurostat/WHO-Europe Joint Data Collection on Non-Monetary Health Care Statistics

Průměrná délka akutních hospitalizací.

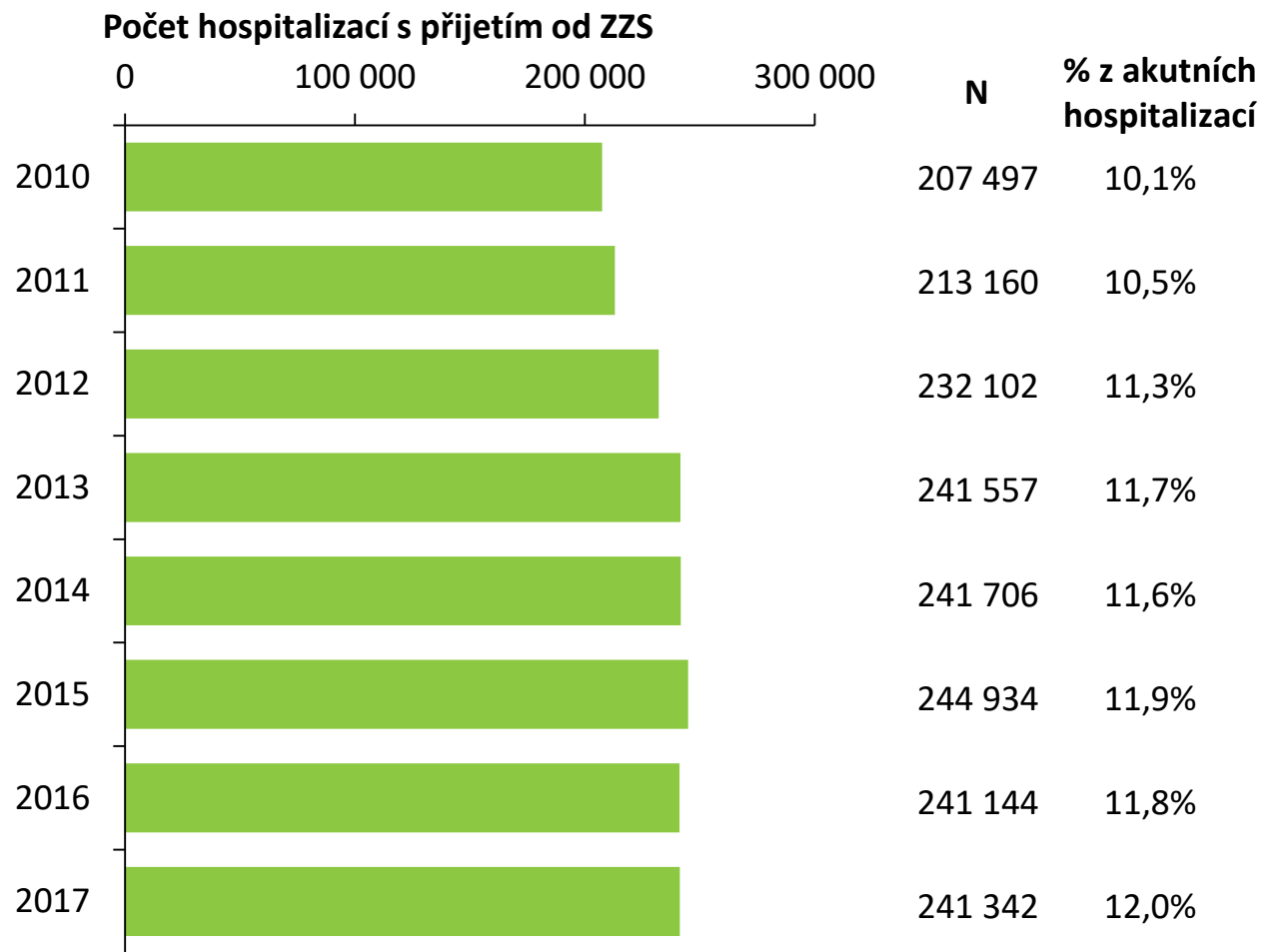
Průměrná délka akutních hospitalizací v roce 2016



Česká republika se řadí k zemím s nižší průměrnou délkou akutních hospitalizací. V roce 2016 byla průměrná délka akutní hospitalizace 5,7 dní.

Přijetí k akutní hospitalizaci od ZZS

Zdroj: NRHOSP 2010 – 2017



Hospitalizace začínající přijetím od ZZS se v posledních letech výrazně nemění. Od roku 2010 do roku 2017 se počet těchto hospitalizací zvýšil z 207 497 na 241 342 – tyto hodnoty dokládají, že jde o velký objem péče. Příjem od ZZS generuje v současnosti 12% všech akutních hospitalizací v ČR.