

„ZDRAVÍ 2030“ – analytická studie

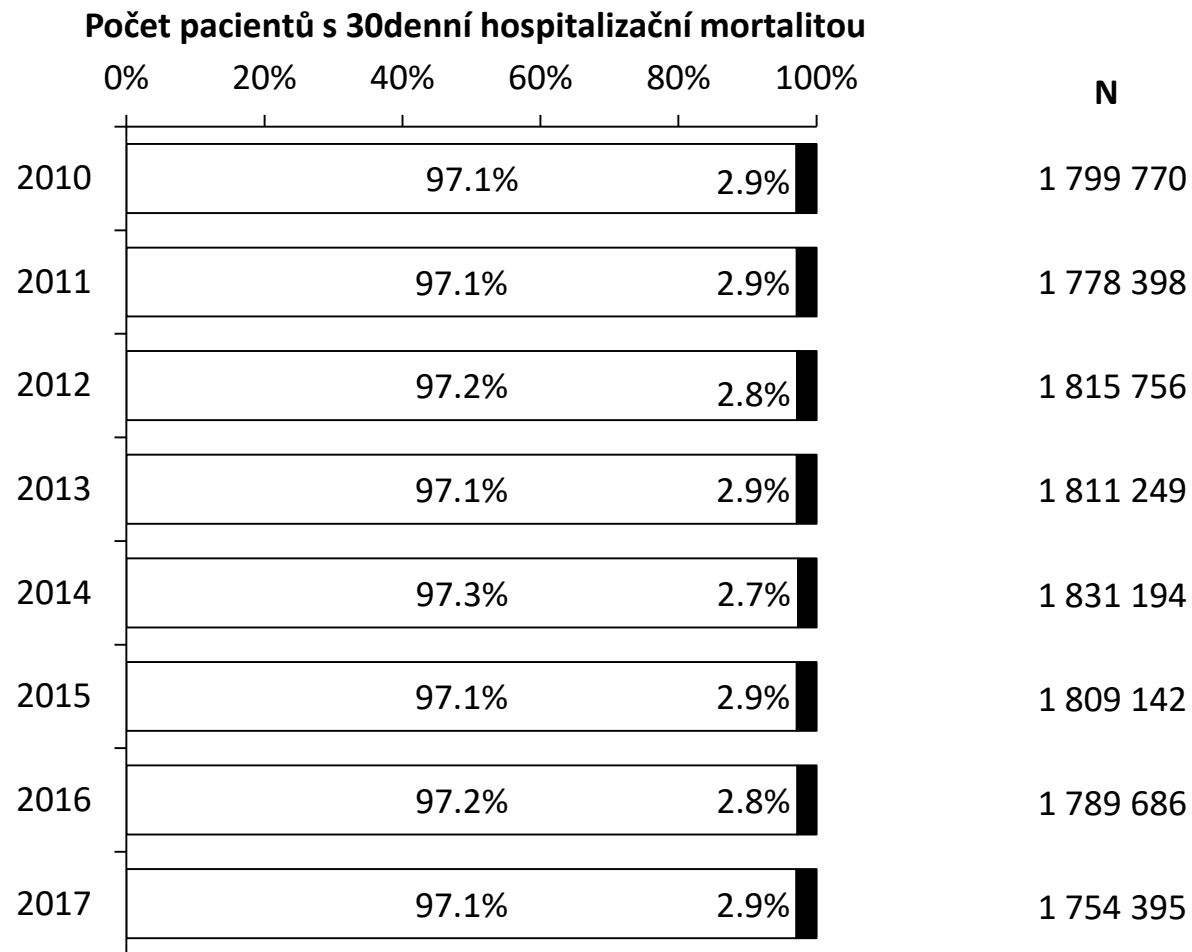


Kvalita a výkon zdravotních služeb – příklady analýz:
- hospitalizační mortalita do 30 dnů u vybraných nemocí

Celková hospitalizační mortalita (mimo hospitalizace související s porody)

Zdroj: NRHOSP 2010 – 2017, LPZ 2010 – 2017; akutní hospitalizace mimo hospitalizace související s porody

Hospitalizační mortalita = hospitalizační pobyt je ukončen úmrtím pacienta



- Hospitalizační pobyt není ukončen úmrtím pacienta
- Hospitalizační pobyt ukončen úmrtím

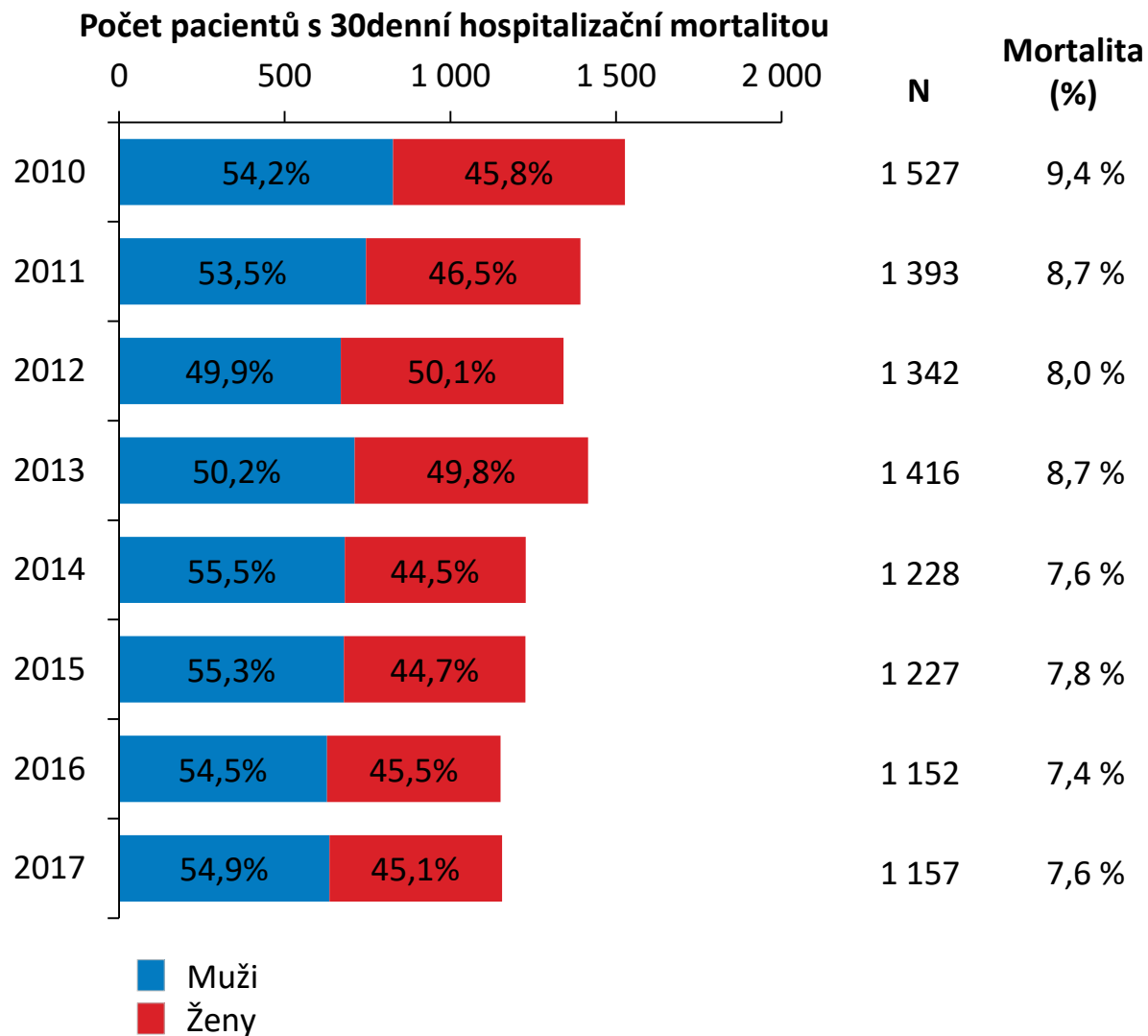
Celková hospitalizační mortalita je v ČR relativně nízká a nepřesahuje hranici 3%. V čase jde o hodnotu neměnnou, kolísající mezi 2,7 – 2,9%.

Tento ukazatel nevykazuje významnou meziregionální variabilitu.

Akutní infarkt myokardu – hospitalizační mortalita (do 30 dnů)

Zdroj: NRHOSP 2010 - 2017

Počet pacientů s diagnózou I21-I22 a hospitalizačním úmrtím do 30 dnů od přijetí.



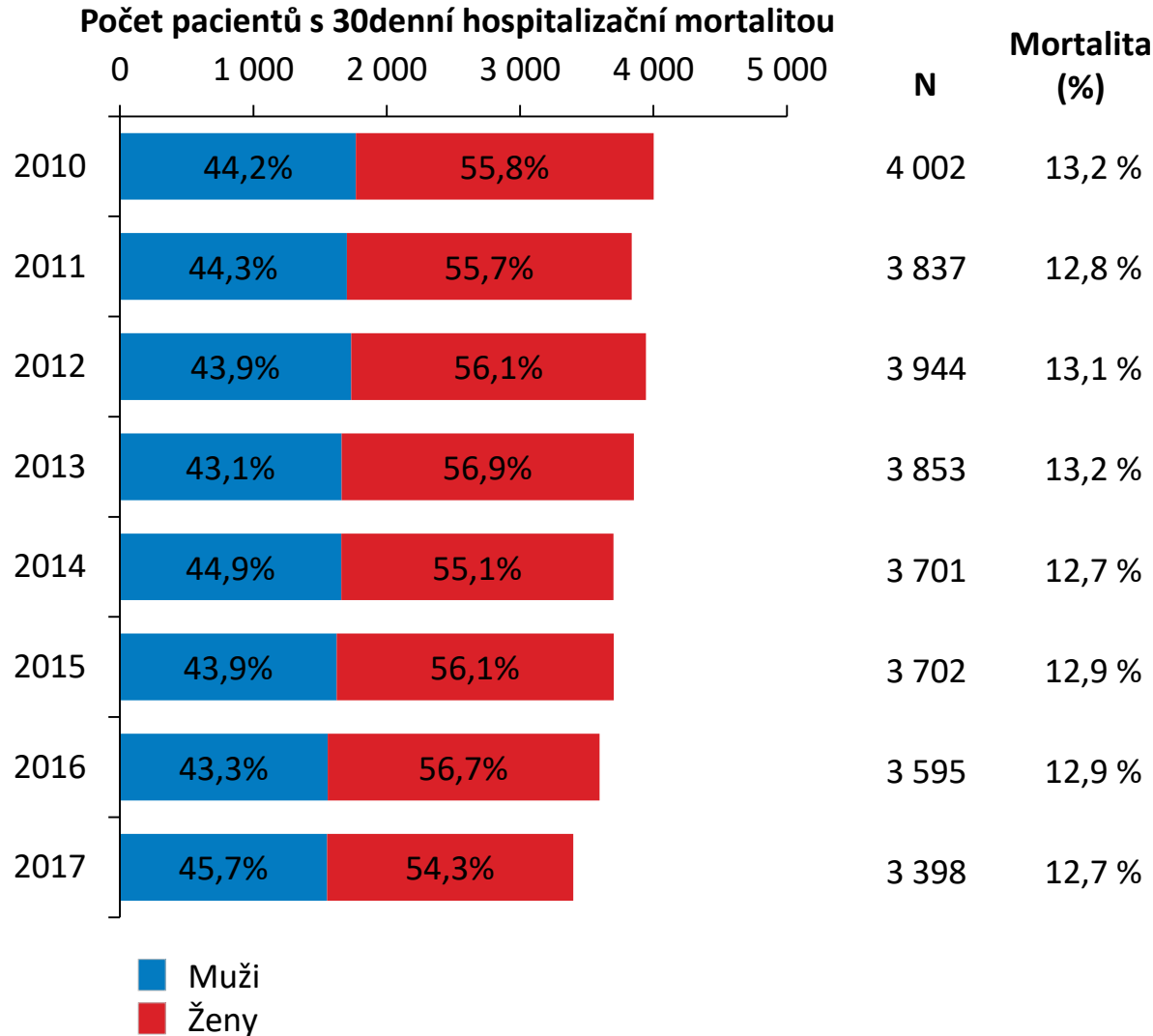
V roce 2017 zemřelo při hospitalizaci do 30 dní od přijetí 1 157 pacientů, což je 7,6 % ze všech pacientů hospitalizovaných pro akutní infarkt myokardu.

Poměr pohlaví je v letech víceméně konstantní. V roce 2017 celkem 54,9 % tvořili muži a 45,1 % ženy.

Mozková mrtvice – hospitalizační mortalita (do 30 dnů)

Zdroj: NRHOSP 2010 - 2017

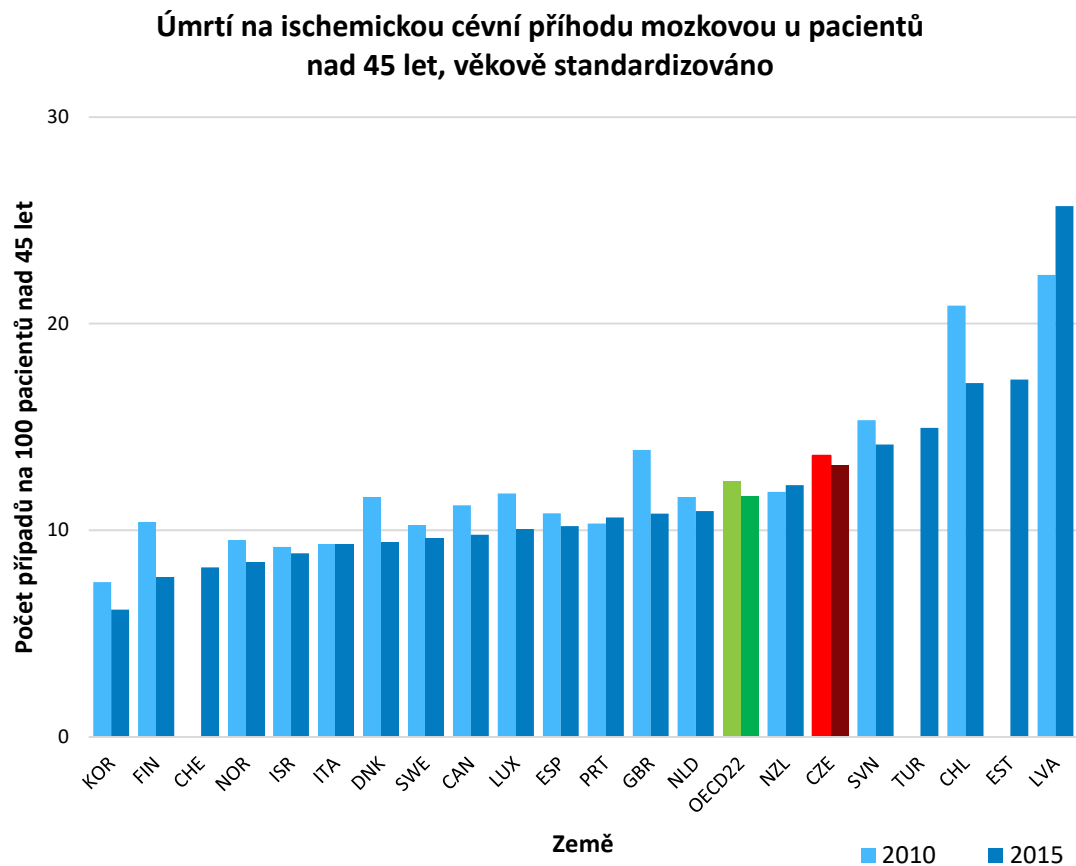
Počet pacientů s diagnózou I60-I64 a hospitalizačním úmrtím do 30 dnů od přijetí.



V roce 2017 zemřelo při hospitalizaci do 30 dní od přijetí 3 398 pacientů, což je 12,7 % ze všech pacientů hospitalizovaných pro mozkovou mrtvici. Poměr pohlaví je v letech víceméně konstantní. V roce 2017 45,7 % tvořili muži a 54,3 % ženy.

Úmrtnost na ischemickou cévní příhodu mozkovou

Zdroj: OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris



Úmrtnost po hospitalizaci pro ischemickou cévní mozkovou příhodu nevykazuje mezi lety 2010 a 2015 žádný významný trend (hodnoceno v mezinárodním srovnání pro pacienty nad 45 let věku). Ve srovnání s průměrem zemí OECD hodnoty dosahované v ČR mírně nadprůměrné.

„ZDRAVÍ 2030“ – analytická studie



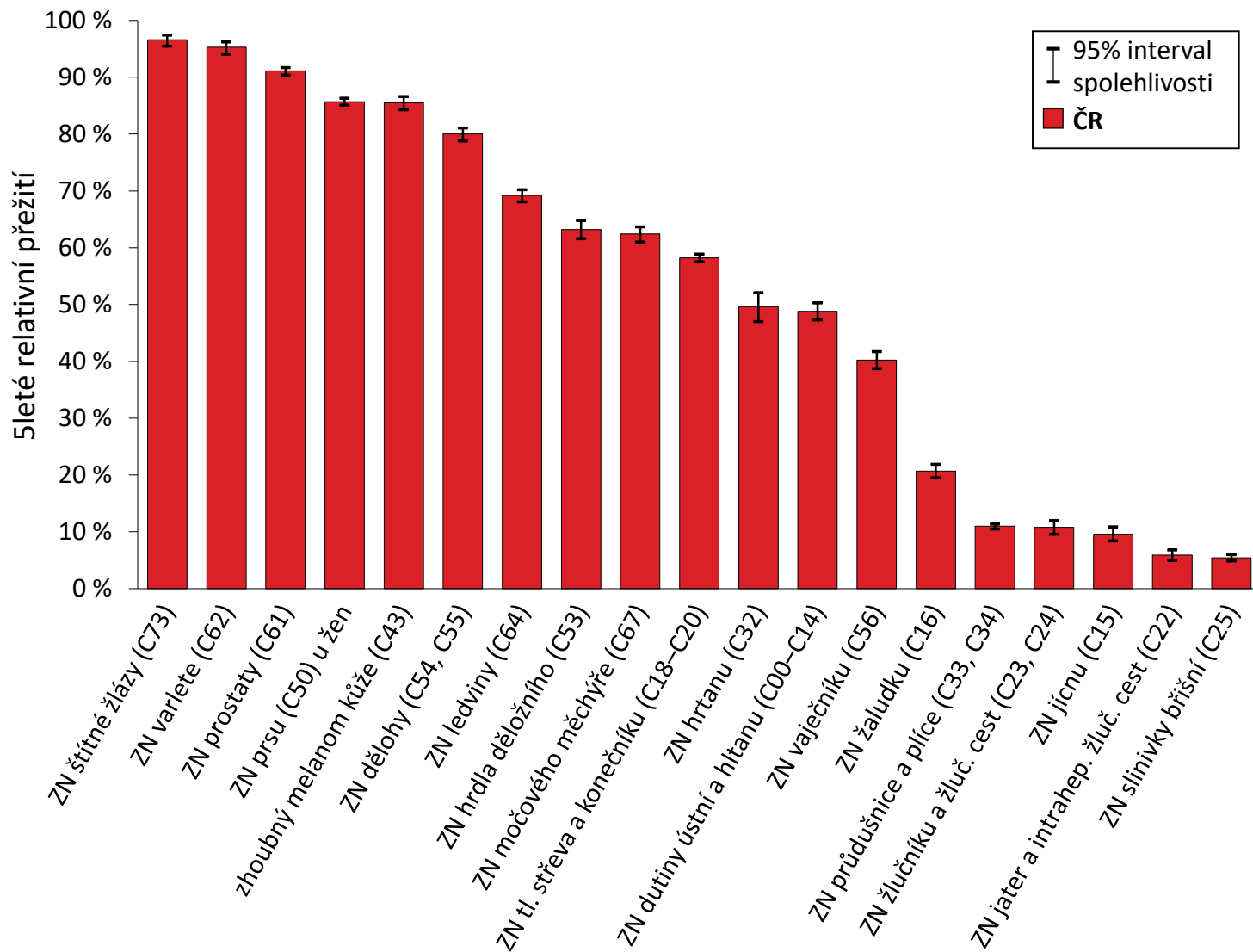
**Kvalita a výkon zdravotních služeb – příklady analýz:
– přežití pacientů se zhoubnými novotvary**

5leté relativní přežití pacientů se zhoubnými novotvary v ČR

Zdroj: Národní onkologický registr, ÚZIS ČR

Analýza periody 2013–2016, všichni pacienti s diagnostikovaným onemocněním

Diagnózy jsou seřazeny sestupně dle 5letého přežití



Přežití pacientů se zhoubnými novotvary se z celkového pohledu mezi jednotlivými diagnózami výrazně liší:

- nejvyšší pětileté relativní přežití bylo pozorováno u pacientů se zhoubným novotvarem štítné žlázy, varlete, prostaty a u pacientek se ZN prsu,
- nejnižší naopak u pacientů se zhoubným novotvarem slinivky břišní, jater a intrahepatálních žlučových cest, jícnu a u pacientů se ZN žlučníku a žlučových cest.

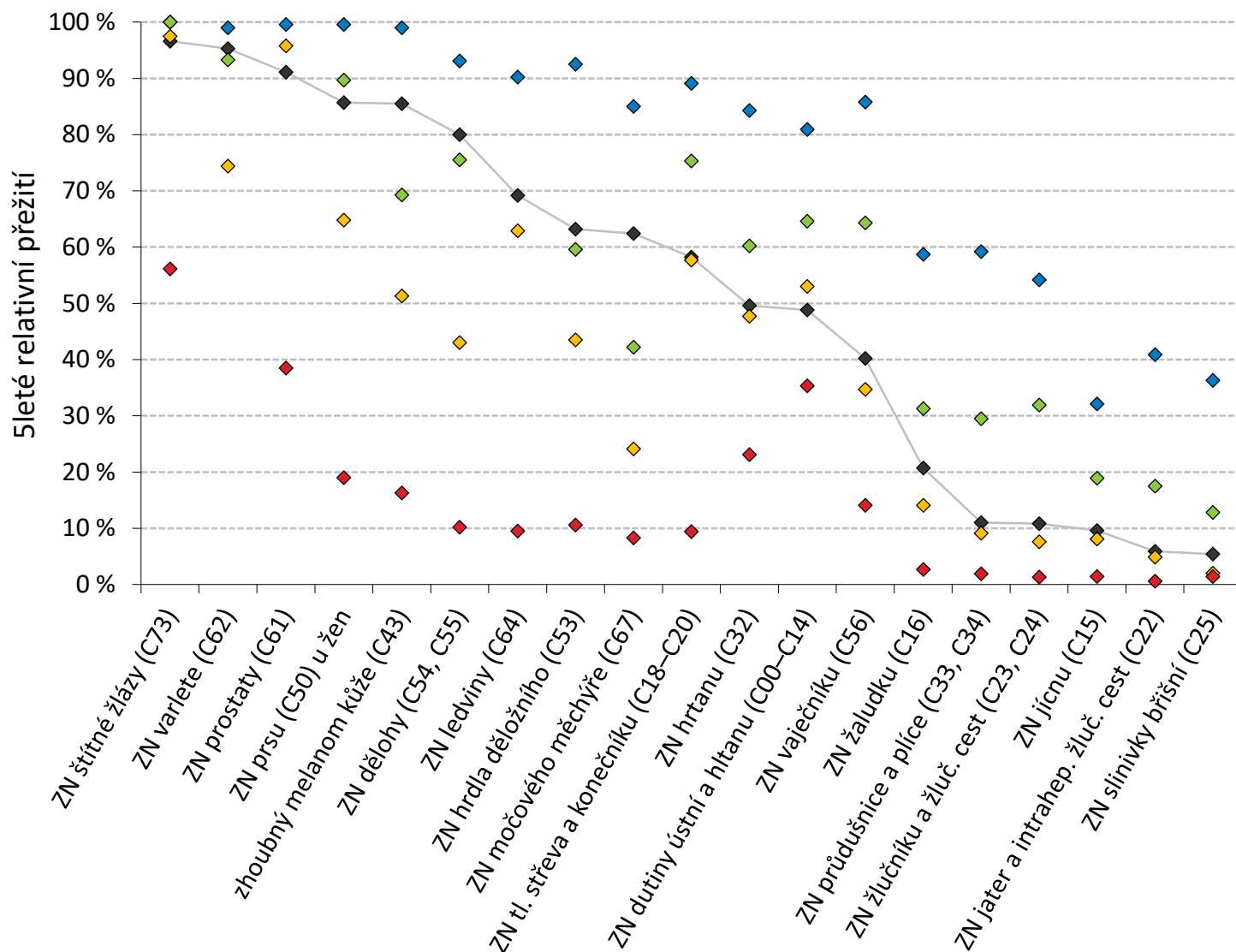
Tyto rozdíly jsou způsobeny více faktory, mezi hlavní patří biologická povaha nádoru a pokročilost onemocnění (stadium), ve kterém je nádor u pacientů zjištěn.

5leté relativní přežití pacientů se zhoubnými novotvary v ČR podle stádií

Zdroj: Národní onkologický registr, ÚZIS ČR

Analýza periody 2013–2016, všichni pacienti s diagnostikovaným onemocněním

Diagnózy jsou seřazeny sestupně dle celkového 5letého přežití



Mezi hlavní faktory, které ovlivňují přežití pacientů s nádory, patří pokročilost onemocnění – stadium, ve kterém je nádor zjištěn. Zatímco u stadia 1 pozorujeme u většiny diagnóz přežití pacientů téměř srovnatelné s běžnou populací, u nejpokročilejších onemocnění ve stadiu 4 je naděje na delší přežití velmi malá.

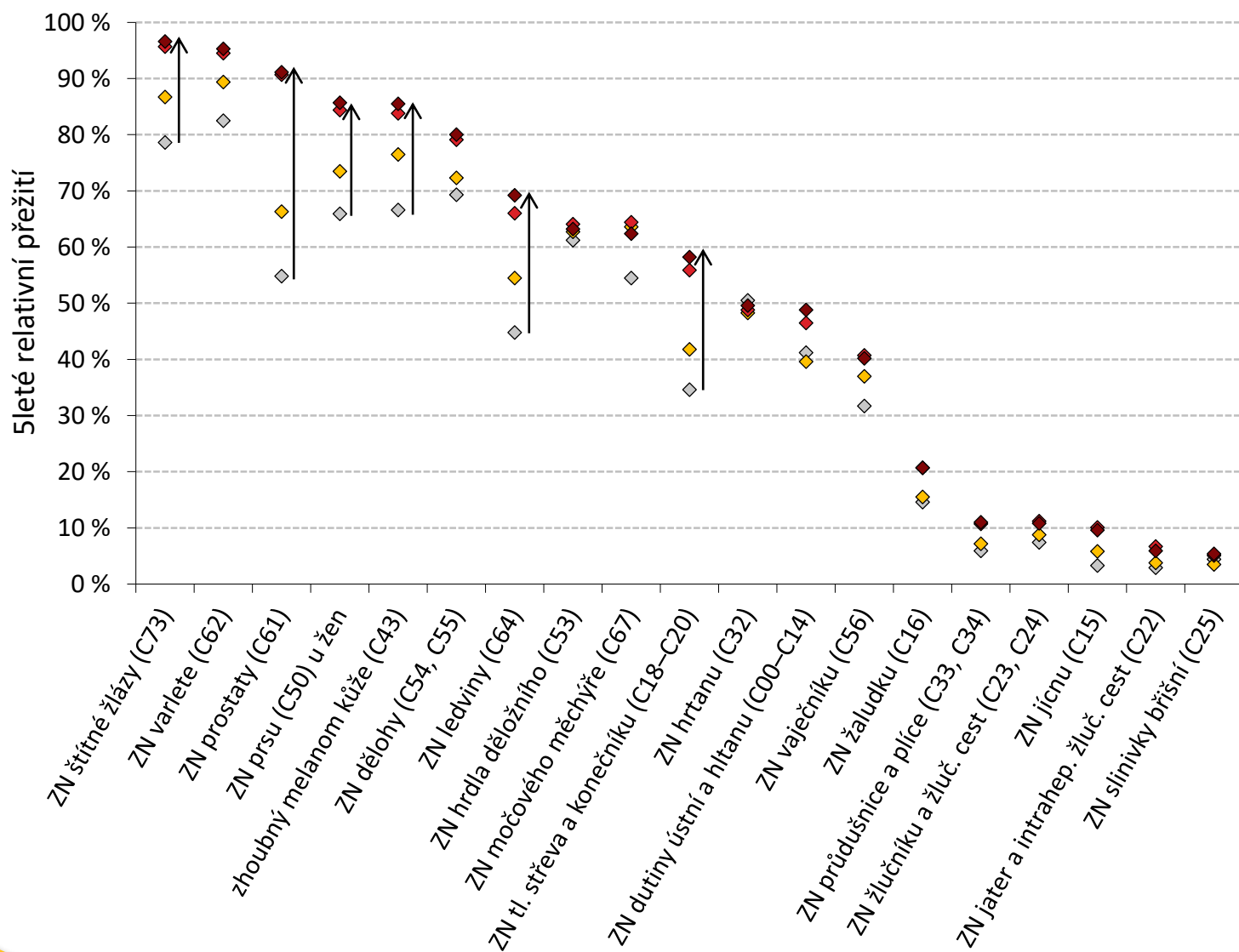
Jednoznačným závěrem z těchto zjištění je potřeba včasného zachytu onemocnění pro zajištění dobré prognózy a úspěšné léčby pacientů.

Vývoj 5letého relativního přežití pacientů se zhoubnými novotvarami v ČR

Zdroj: Národní onkologický registr, ÚZIS ČR

Všichni pacienti s diagnostikovaným onemocněním; uváděné hodnoty přežití jsou věkově standardizovány

Diagnózy jsou seřazeny sestupně dle 5letého přežití v období 2013–2016



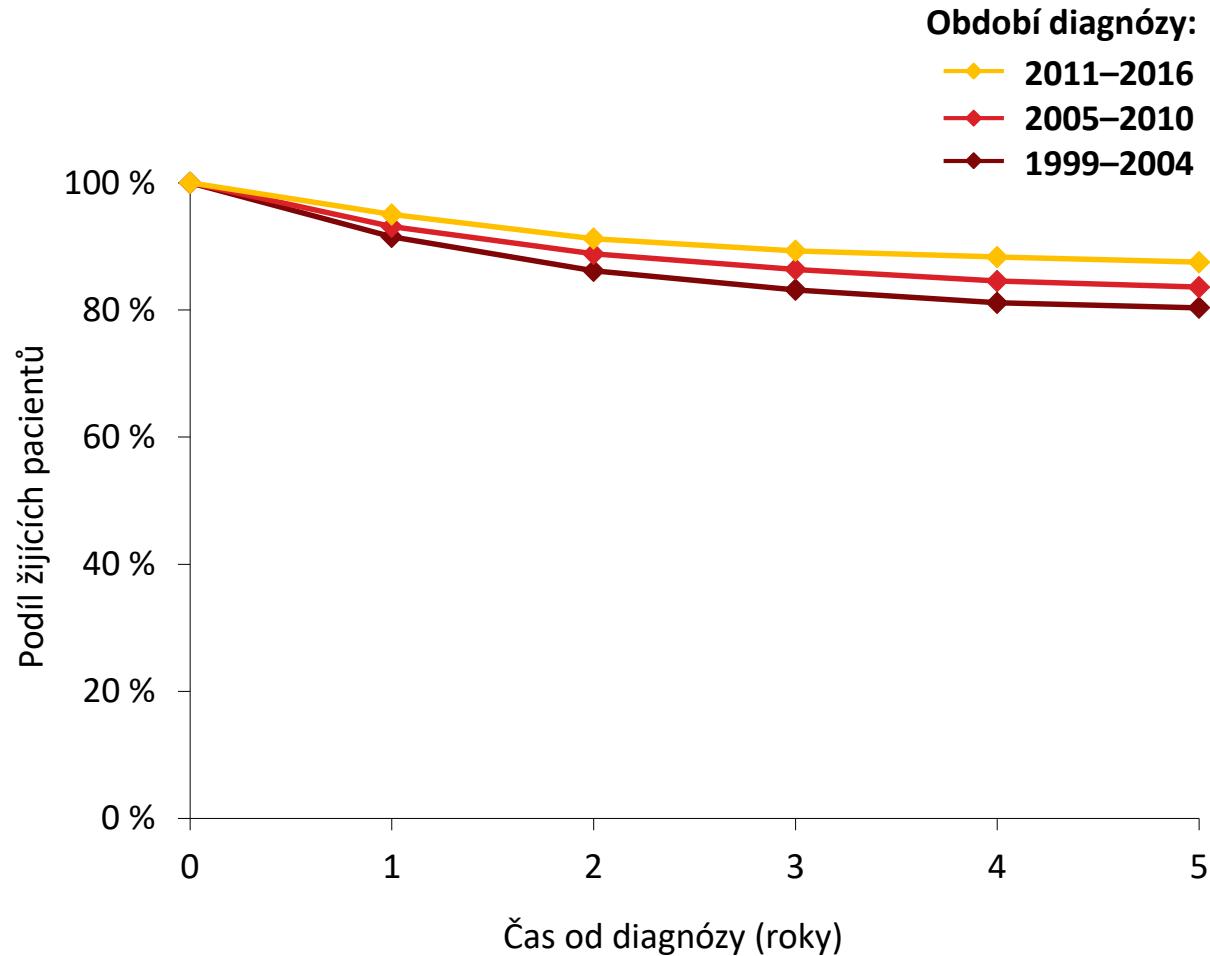
5leté relativní přežití se u onkologických pacientů v čase stále zlepšuje, především u pacientů diagnostikovaných se zhoubným novotvarem prostaty, ledviny a u pacientů se ZN tlustého střeva a konečníku. Dále pak u pacientek se zhoubným novotvarem prsu, u pacientů se zhoubným melanomem kůže a ZN štítné žlázy.

Stále zvyšující se hodnoty přežití odráží zlepšující se kvalitu léčebné péče pacientů se zhoubnými novotvarami v ČR.

- ◆ Perioda 2013–2016
- ◆ Kohorta 2009–2012
- ◆ Kohorta 1995–1999
- ◆ Kohorta 1990–1994

Celkové přežití pacientů se ZN u dětí (0–19 let) dle období diagnózy

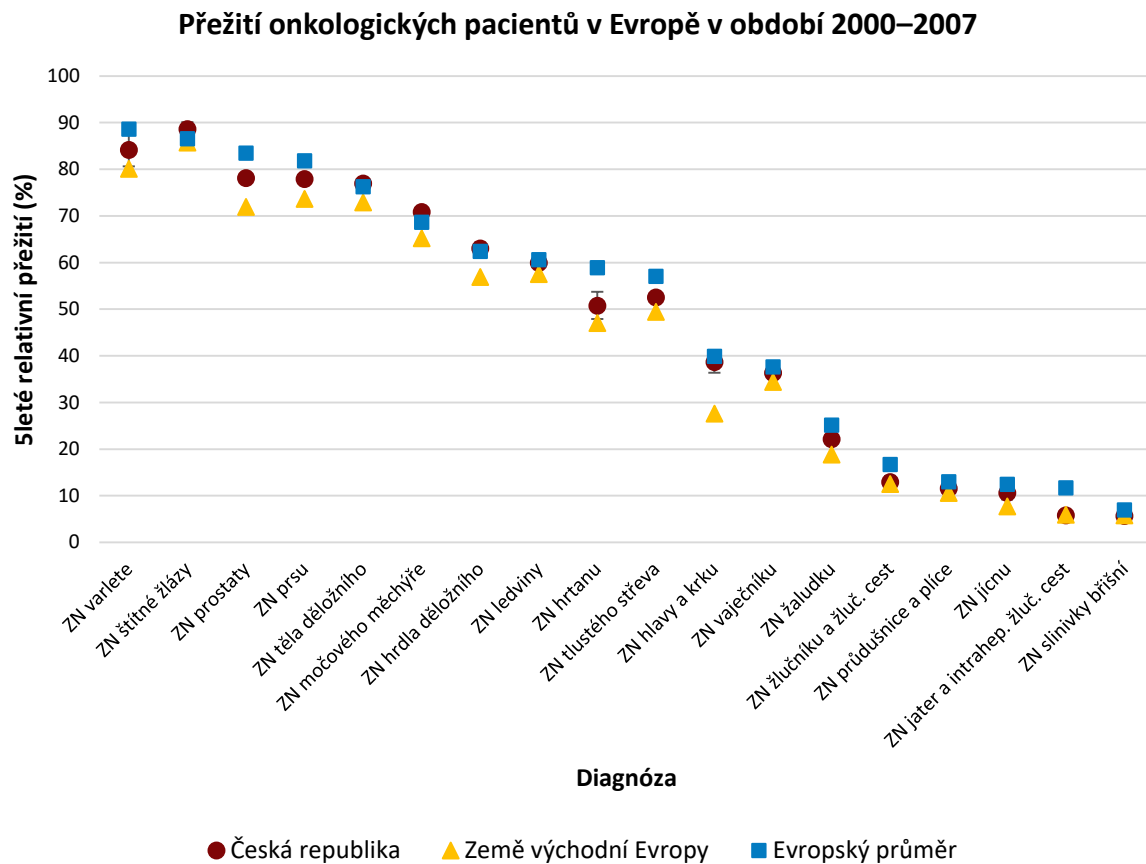
Zdroj: Národní onkologický registr



Hodnota **jednoletého celkového přežití** všech dětských pacientů diagnostikovaných v období **2011–2016** se rovnala **95,0 %**, **pětileté celkové přežití** pak dosahovalo hodnoty **87,5 %**. Pětileté přežití se oproti období **1999–2004** zvýšilo o **+7,2 %**.

Přežití onkologických pacientů – studie EUROCARE-5

Zdroj: De Angelis et al. Lancet Oncology 2014; 15: 23–34.

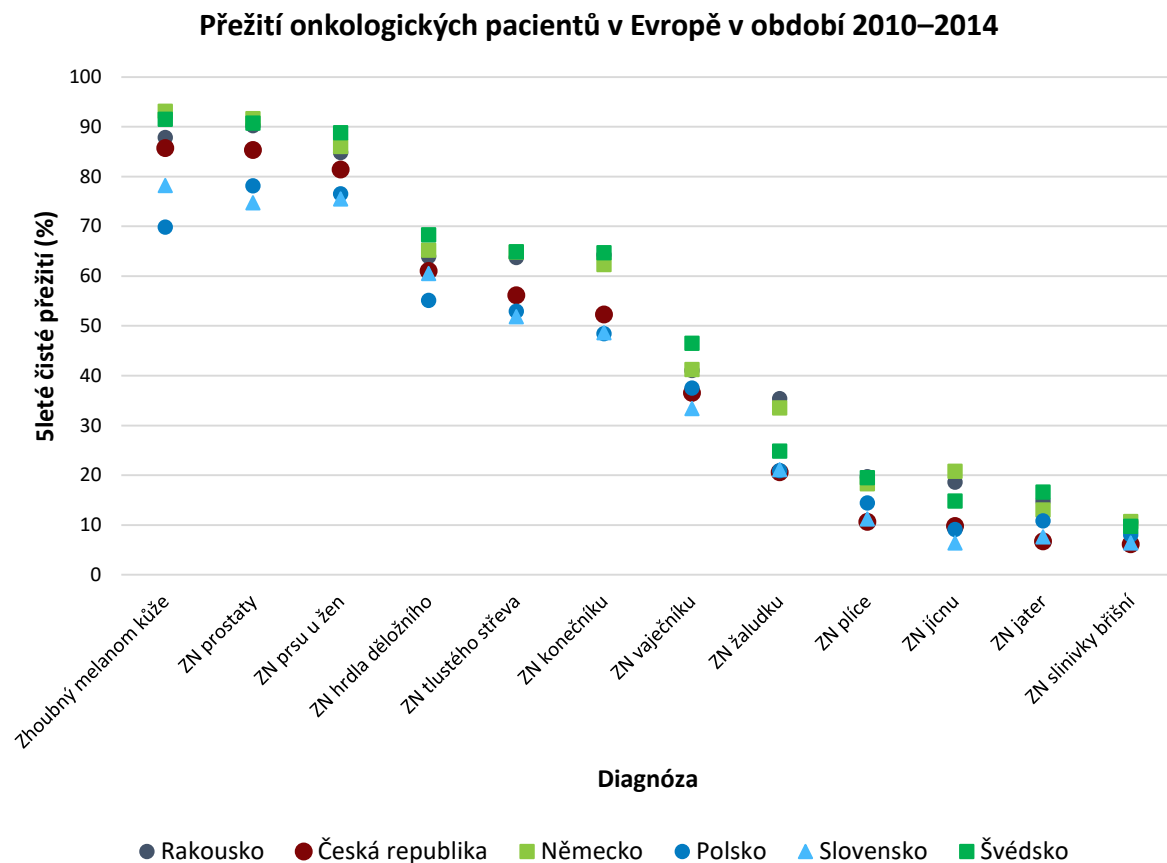


Studie EUROCARE-5, publikovaná v roce 2014, přinesla pozitivní zprávy pro českou onkologii. Úspěšnost léčby pacientů se zhoubnými nádory se obecně zvyšuje a u většiny diagnóz se hodnoty pětiletého relativního přežití blíží evropskému průměru nebo jsou těsně pod ním. Zároveň jsou výrazně nad hodnotami dosahovanými v ostatních státech bývalého východního bloku.

Diagnózy v nichž ČR dosahovala signifikantně nižších hodnot než je evropský průměr jsou ZN varlete, ZN prostaty, ZN prsu, ZN hrtanu, ZN tlustého střeva, ZN žaludku, ZN žlučníku, ZN plic, ZN jícnu, ZN jater a ZN slinivky břišní.

Přežití onkologických pacientů – studie CONCORD-3

Zdroj: Allemani et al. The Lancet 2018; 391: 1023–1075.



Výsledky EUROCORE-5 byly potvrzeny i studií CONCORD-3, publikovanou o 4 roky později. Přežití českých pacientů je u většiny diagnóz výrazně vyšší než v ostatních státech východní Evropy. Je třeba nicméně věnovat pozornost (v oblasti včasné diagnostiky i léčby) především zhoubným nádorům trávicího traktu, u nichž je úspěšnost léčby stále poměrně nízká, zejména ve srovnání se státy západní a severní Evropy.

„ZDRAVÍ 2030“ – analytická studie



**Poskytovatelé zdravotních služeb
- problematické aspekty sítě ambulantních služeb**

Počet míst poskytování zdravotních služeb (zdravotnická zařízení dle druhu)

Zdroj: NRPZS Analýza je provedena na úrovni jednotlivých adres zdravotnických zařízení (každé IČO poskytovatele může mít více adres) - ICO+PCZ+PCDP.

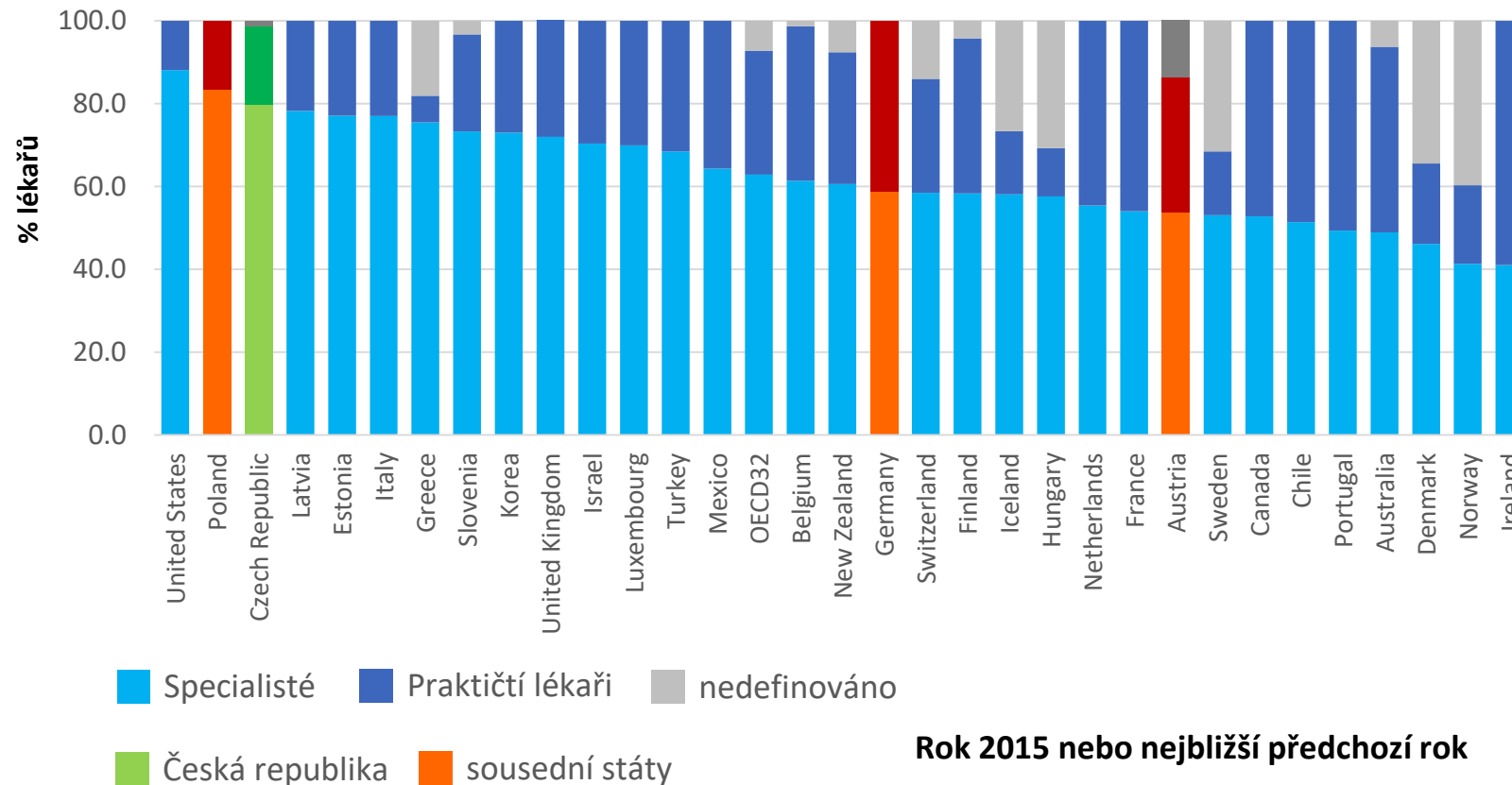
V roce 2018 obsahuje registr NRPZS celkem 41 541 míst poskytování zdravotních služeb.

Druh ZZ	2014	2015	2016	2017	2018
Samostatná ordinace lékaře specialisty	10 760	10 950	10 999	10 949	10 892
Samostatná ordinace PL - stomatologa	6 536	6 610	6 588	6 517	6 427
Samost.ordinace prakt.lék.pro dospělé	6 299	6 323	6 198	6 108	6 010
Lékárna	2 965	2 955	2 979	2 886	2 862
Sam.ord.prakt.lékaře pro děti a dorost	2 965	2 885	2 746	2 662	2 575
Samostatná ordinace PL - gynekologa	1 862	1 852	1 853	1 808	1 763
Samostatná stomatologická laboratoř	1 825	1 830	1 798	1 752	1 717
Samostatné zařízení fyzioterapeuta	1 371	1 440	1 501	1 555	1 618
Domácí zdravotní péče	660	679	726	732	720
Oční optika	459	604	668	703	714
Zdravotní péče v ústavech sociální p.	350	409	417	433	623
Samostatné zařízení logopeda	538	553	565	559	555
Samostatná odborná laboratoř	490	513	505	552	551
Samostatné zařízení psychologa	545	536	534	544	551
Samostatné zařízení nelékaře - jiné	305	342	380	431	527
Nemocnice	364	438	481	490	482
Sdružené ambulantní zařízení - malé	219	236	284	351	373
Zdravotnická záchraná služba	293	294	287	290	289
Zdravotnická dopravní služba	324	308	301	294	286
Lázeňská léčebna	131	243	272	283	281
Sdružené ambulantní zařízení - velké	198	221	230	229	245
Výdejna zdravotnických prostředků	243	242	234	236	231
Zdravotnické středisko	178	167	211	204	214
Ostatní ambulantní zařízení	134	141	141	143	167
Krajská hygienická stanice	84	84	84	84	84
Hemodialyzační středisko	63	67	70	71	76
Fakultní nemocnice	52	64	66	68	69
Nemocnice následné péče	54	57	65	67	65
Zařízení závodní preventivní péče	81	78	54	54	56
Zdravotní ústav	56	55	55	53	53
Ostatní zdravotnická zařízení	73	65	63	60	52
Léčebna pro dlouhodobě nemocné (LDN)	80	82	40	39	41
Psychiatrická léčebna	27	31	33	34	35
Dětský domov pro děti do 3 let	39	38	45	34	33
Dětský stacionář	35	37	35	35	31

Druh ZZ	2014	2015	2016	2017	2018
Převaha pacientů neodkladné péče	12	13	19	20	24
Hospic	17	19	22	22	23
Zařízení pro léčbu závislostí	11	11	13	20	22
Záchytná stanice	18	18	18	18	20
Ostatní odborné léčebné ústavy	19	21	21	24	18
Psychoterapeutický stacionář	16	17	19	19	17
Zařízení LPS	24	22	20	20	17
Stacionář	22	19	20	19	17
Rehabilitační ústav	7	7	7	7	13
Samostat.zař.nelék. - návš.služ.sestry	63	64	67	65	13
Ostatní zvláštní zdravotnická zařízení	10	10	8	7	11
Léčebna tuberkul.a respir.nemocí (TRN)	10	10	10	10	10
Sdružení zdravotnických zařízení	9	9	9	9	9
Ostatní dětské odborné léčebné ústavy	9	9	9	9	9
Hospodářská org. neposkyt. zdrav. péči	2	2	2	2	8
Další lůžkové zařízení	14	16	12	9	6
Ostatní organizace MZ	14	14	13	13	5
Krizové centrum	5	5	5	5	5
Dětská ozdravovna	5	5	5	5	4
Dětská psychiatrická léčebna	3	3	3	3	3
Samostatná transfúzní stanice	3	3	2	2	3
Dětské centrum	2	2	2	2	3
Sdružení lékáren	3	3	3	3	3
Sdružení ambulantních zařízení	4	3	3	3	2
Další zařízení záchrané služby	2	2	1	2	2
Sdružení dětských zařízení	1	1	1	1	1
Státní ústav pro kontrolu léčiv	1	1	1	1	1
Státní zdravotní ústav	1	1	1	1	1
Další zařízení hygienické služby	2	2	1	1	1
IPVZ	1	1	1	1	1
NCONZO	1	1	1	1	1

Mezinárodní srovnání: počet ambulantních specialistů a praktických lékařů

Zdroj dat: OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

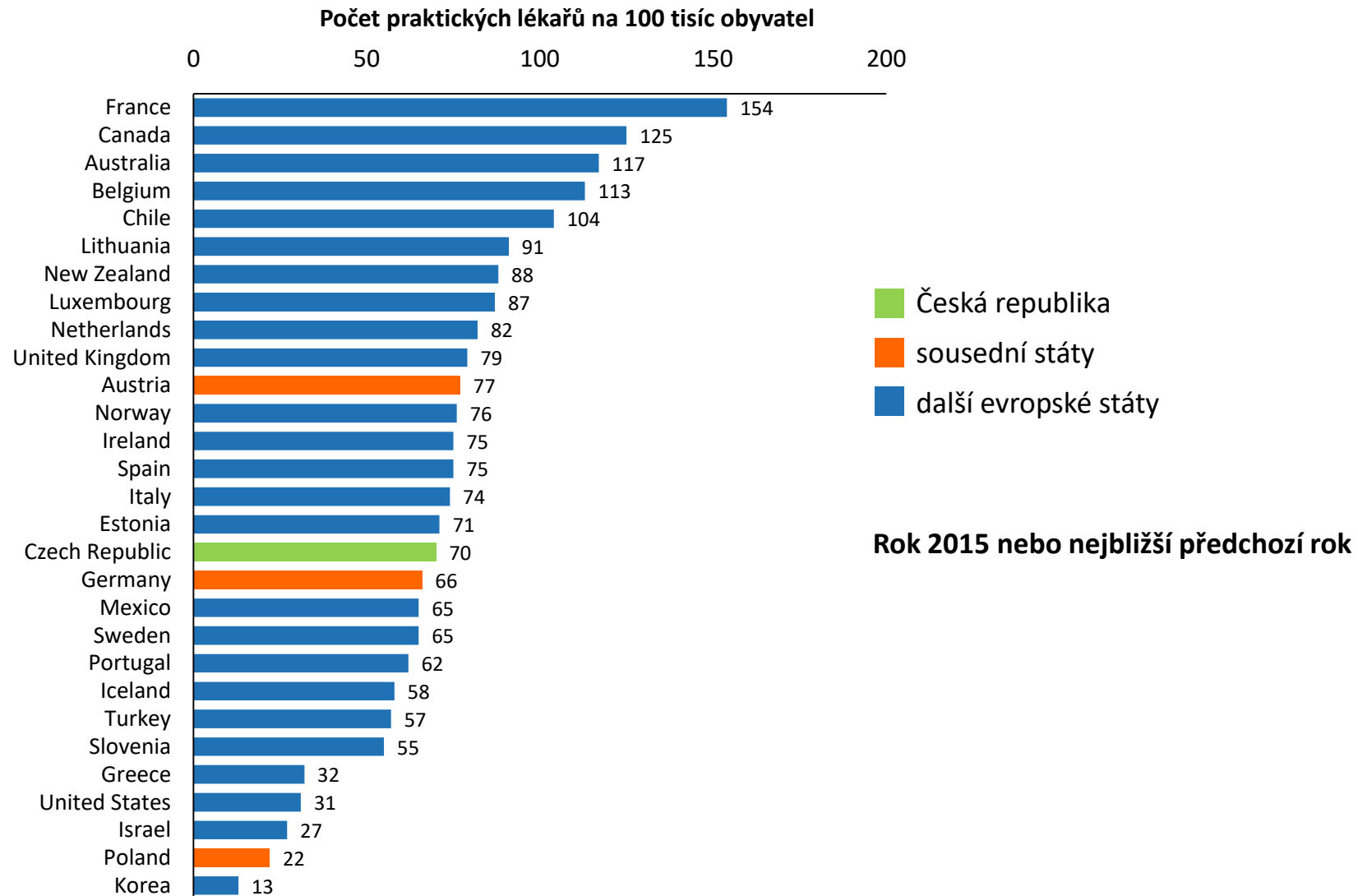


V ČR je dlouhodobě vysoce nevyrovnaný podíl počtu ambulantních specialistů a praktických lékařů. Počty ambulancí specialistů jsou až 2,5x četnější (v relaci k počtu praktických lékařů) než je tomu ve vyspělých zemích OECD.

Významně vysoký (až excentricky) podíl ambulantních specialistů vs. nízká a klesající kapacita praktických lékařů jsou opakovaně zmiňovány jako kritické místo českého zdravotnictví ve srovnávacích analýzách OECD.

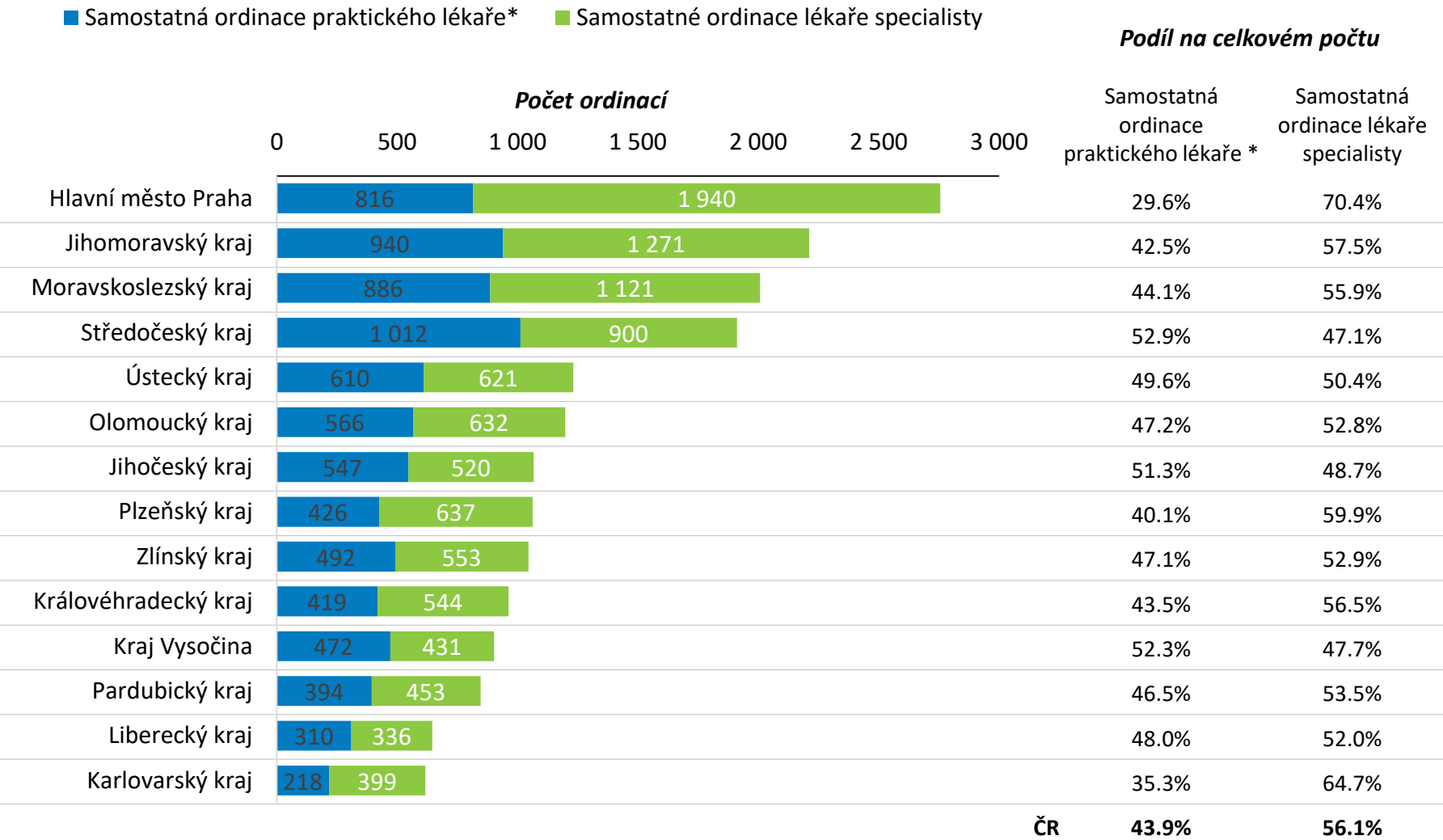
Mezinárodní srovnání: počet praktických lékařů dle dat OECD

Zdroj dat: OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en



Samostatné ordinace (ambulance) v ČR: stav k 1.2. 2019

Zdroj dat: NRPZS 1.2.2019

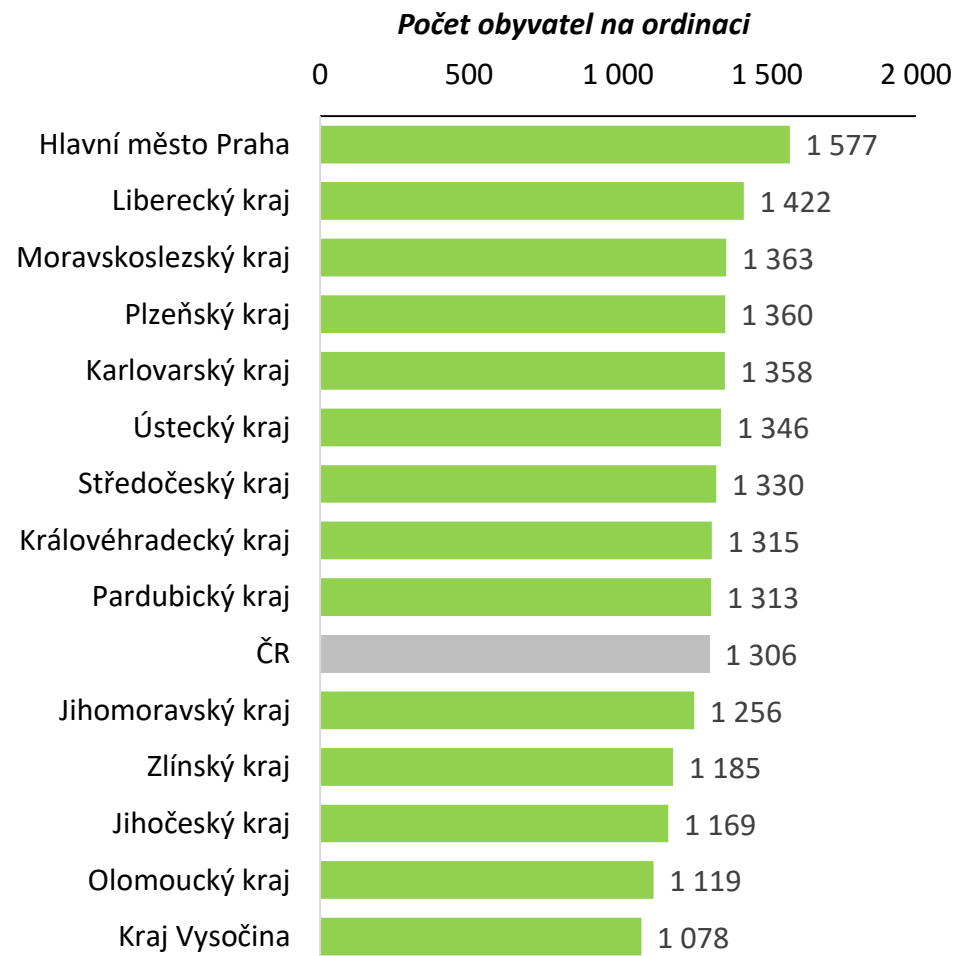


Rozdíly v dostupné kapacitě ambulantních specialistů vs. praktických lékařů se významně liší mezi regiony ČR – velmi vysoký podíl ambulantních specialistů je patrný ve velkých městech, zejména pak v Praze. U praktických lékařů je nadto velkým problémem jejich demografické stárnutí, které zvyšuje riziko uzavírání ordinací z důvodu odchodu do důchodu.

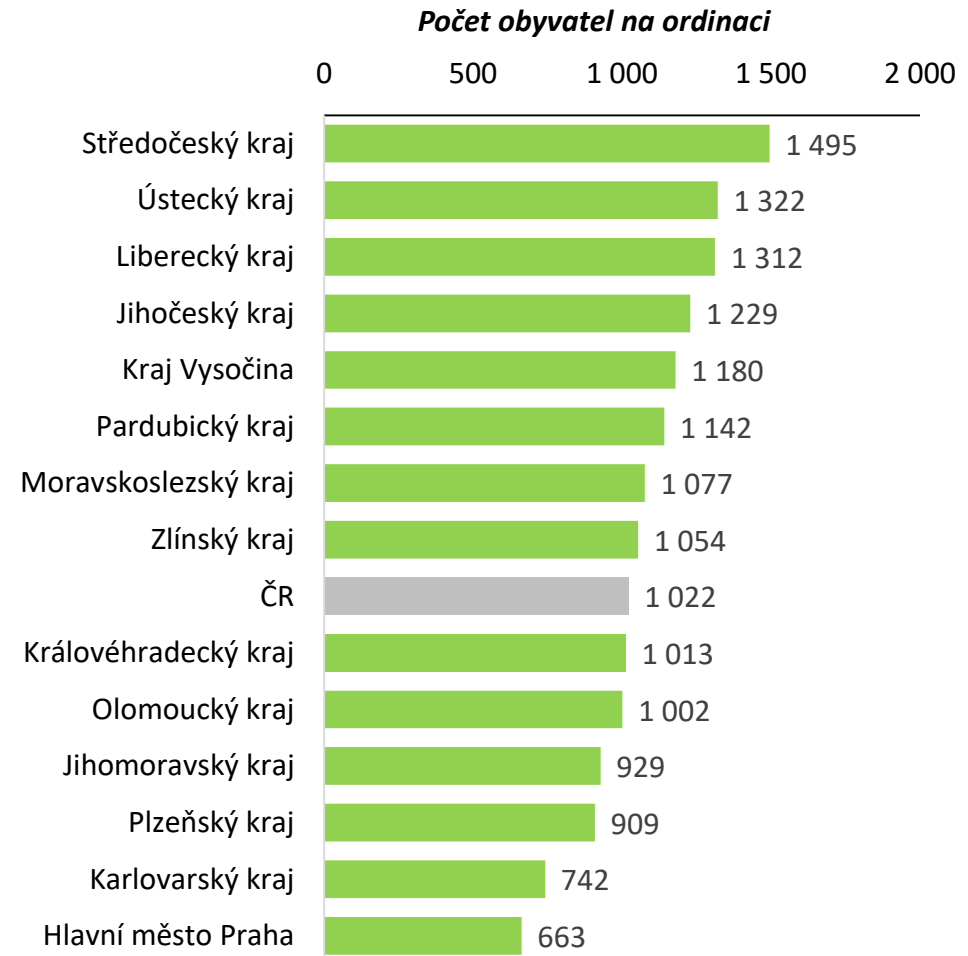
Samostatné ordinace (ambulance) v ČR: počet obyvatel na ordinaci

Zdroj dat: NRPZS 1.2.2019

Samostatná ordinace praktického lékaře*



Samostatná ordinace lékaře specialisty



Analýza je provedena na úrovni jednotlivých adres zdravotnických zařízení (každé IČO poskytovatele může mít více adres) - IČO+PCZ+PCDP. * Počet ordinací praktických lékařů zahrnuje PLD + PLDD.

Věk evidovaných lékařů

Zdroj: Národní registr zdravotnických pracovníků (NR-ZP), stav k 2. 1. 2019

Registr lékařů, zubních lékařů a farmaceutů

Všichni evidovaní lékaři

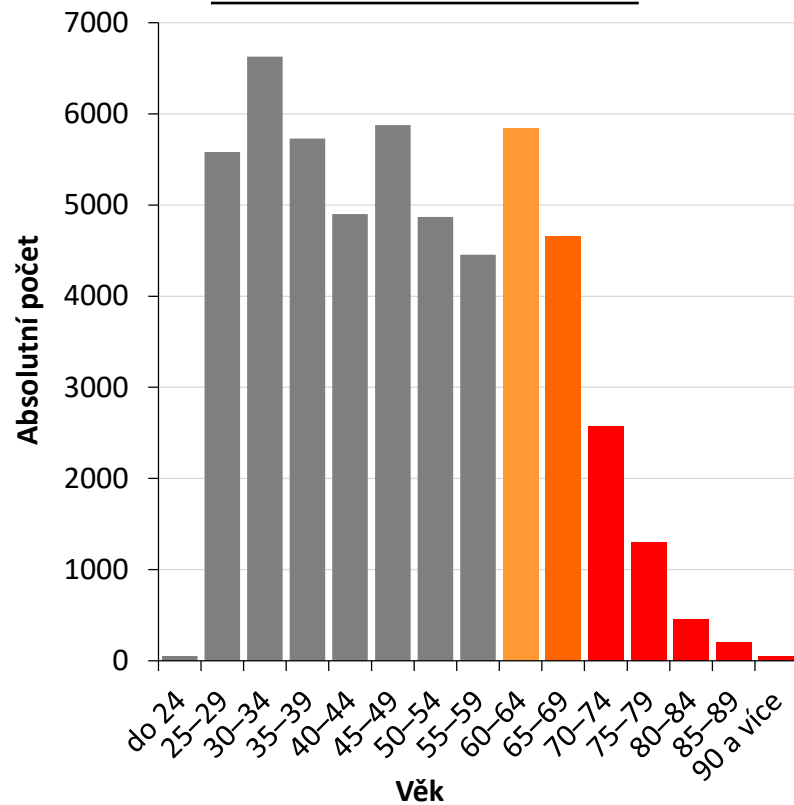
N = 53 177

Průměr 49 let

Medián 48 let

60 a více let 15 080 (28,4 %)

65 a více let 9 235 (17,4 %)

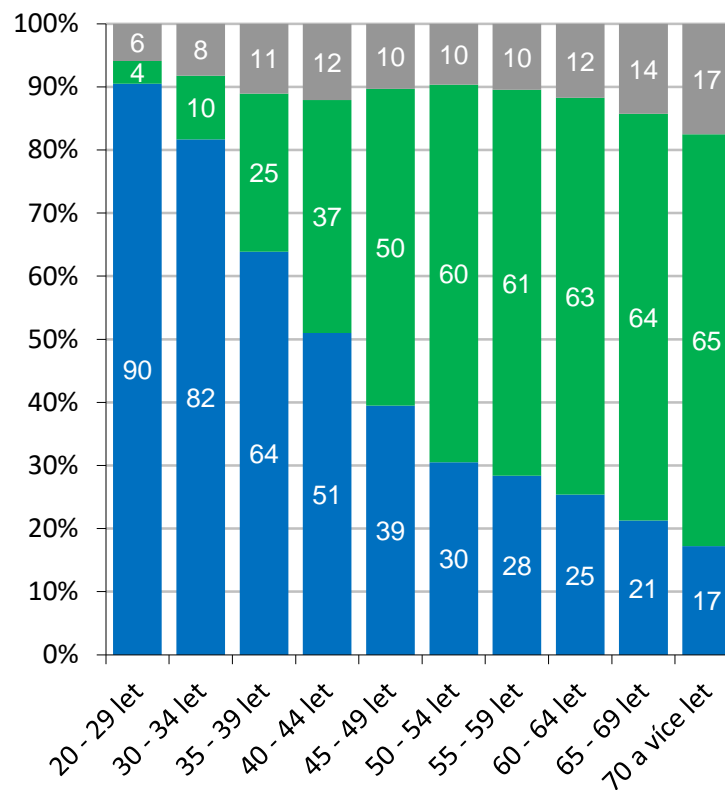


Zastoupení pracovního zařazení lékařů dle věku

Ostatní lékaři

Ambulantní lékaři

Lékaři v nemocnicích akutní péče

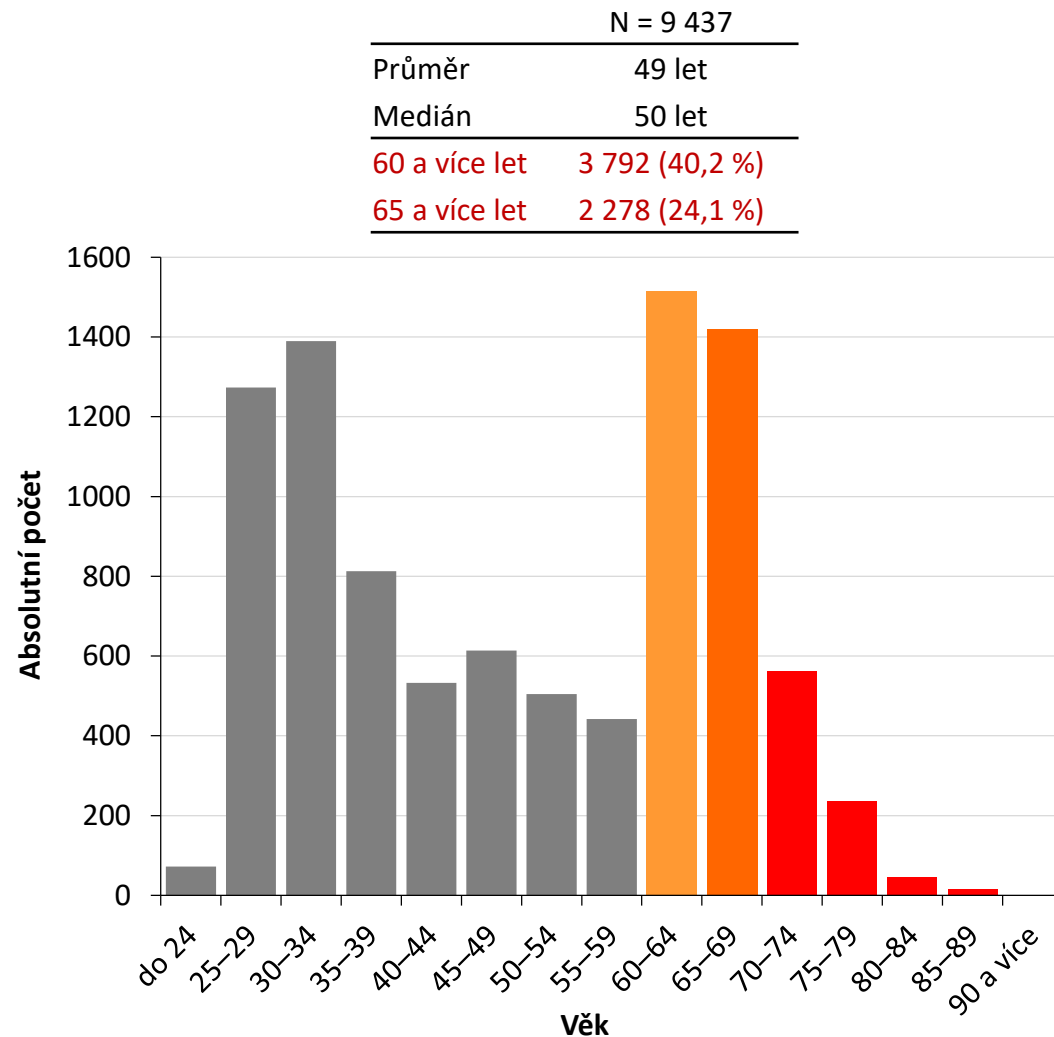


Populace českých lékařů stárne, ve věku nad 60 let je téměř více než 28 % lékařů.

Nejzávažněji se tato situace projevuje v oblasti ambulantní péče, a to zejména v segmentu praktických lékařů.

Věk evidovaných zubních lékařů

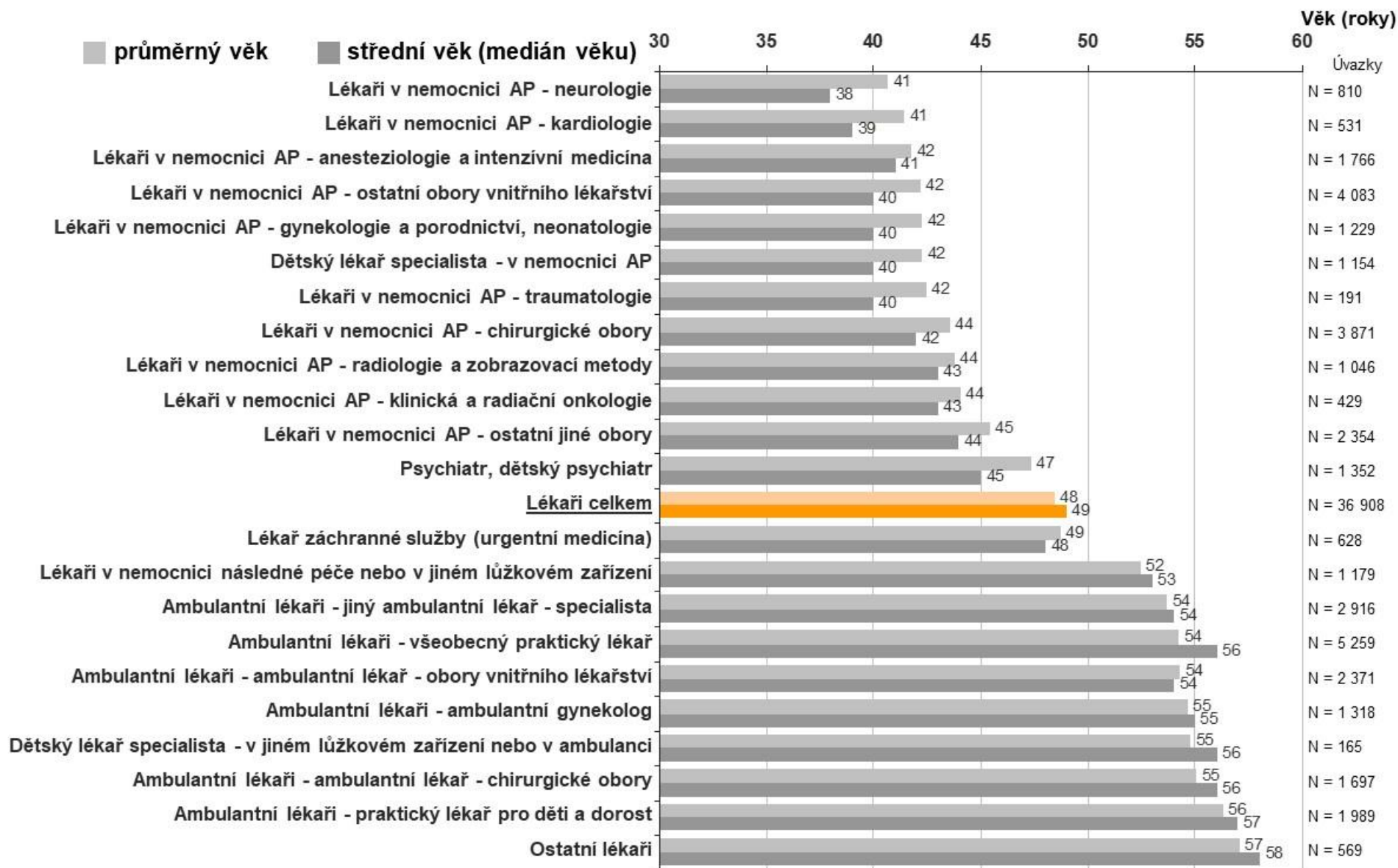
Zdroj: Národní registr zdravotnických pracovníků (NR-ZP),
stav k 2. 1. 2019



Populace českých zubních lékařů
výrazně stárne, více než 40 % z nich je ve
věku nad 60 let.

Neoptimální demografický vývoj českých lékařů

Zdroj: Národní registr zdravotnických pracovníků (NR-ZP)



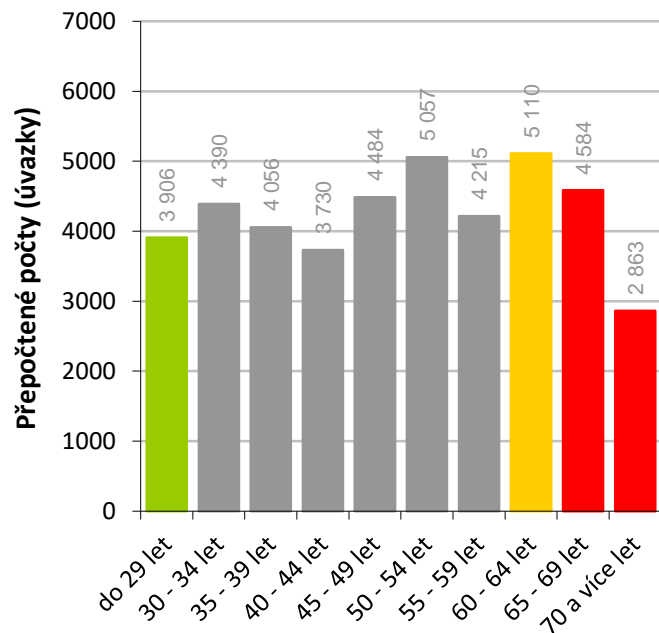
Dostupná data nově vybudovaného Národního registru zdravotnických pracovníků potvrzují významné demografické stárnutí populace českých lékařů, zejména v primární péči. Řada ambulantních profesí, včetně praktických lékařů, se průměrným věkem blíží hranici 60 let.

Predikce vývoje věku aktivních lékařů

Zdroj: Národní registr zdravotnických pracovníků (NR-ZP)

**Předpokládaný stav
v roce 2020**

N = 42 395



Přepočtené počty (úvazky)

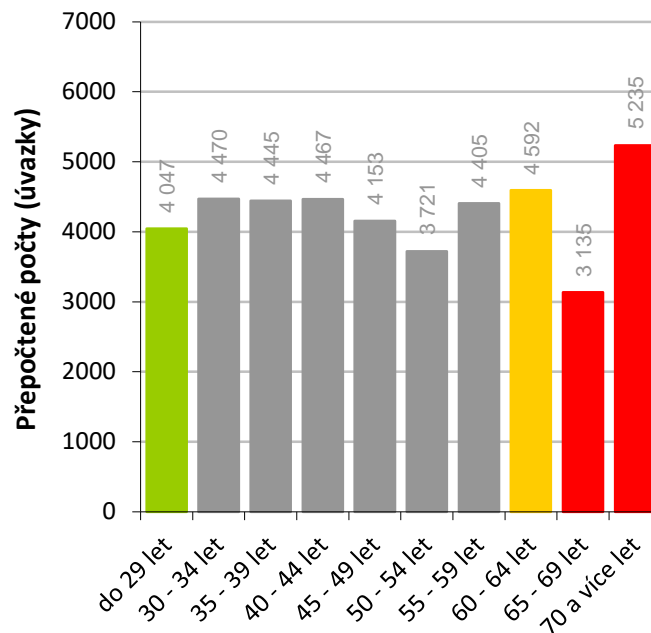
N = 42 395

věk 60 a více let 12 557 (30 %)

věk 65 a více let 7 447 (18 %)

**Předpokládaný stav
v roce 2030**

N = 42 671



Přepočtené počty (úvazky)

N = 42 671

věk 60 a více let 12 963 (30 %)

věk 65 a více let 8 370 (20 %)

Predikce vývoje věku populace českých lékařů předpokládá výrazný nárůst podílu lékařů aktivních v důchodovém věku.

Dynamika počtu ordinací praktických lékařů pro dospělé

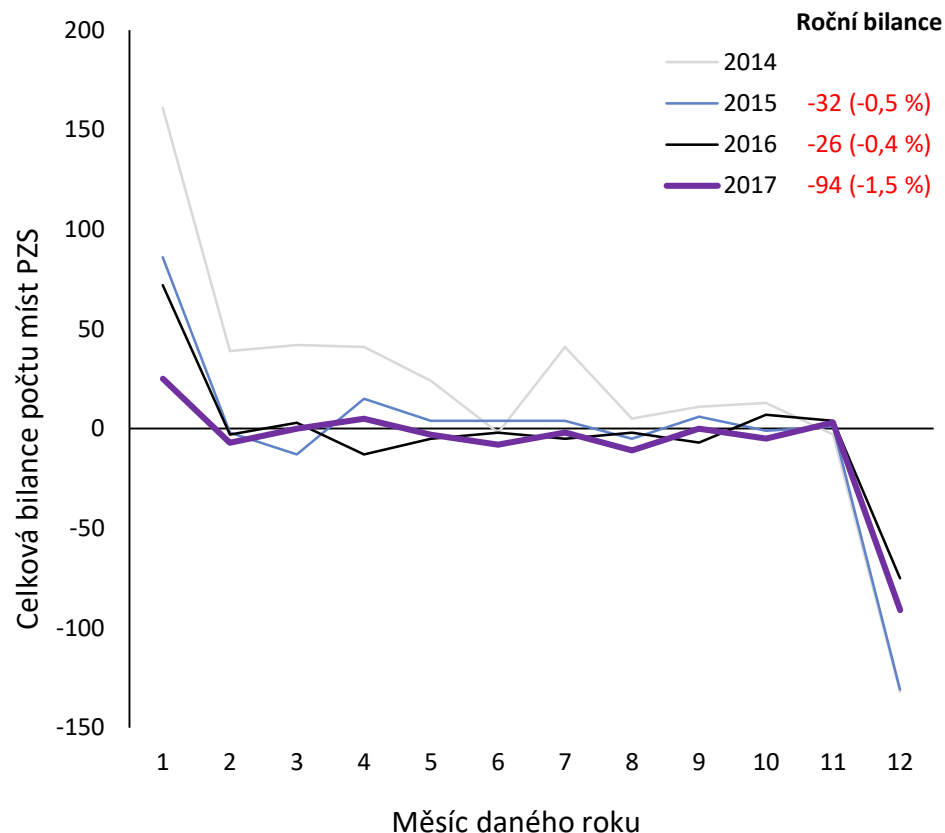
Zdroj: Národní registr zdravotnických pracovníků (NR-ZP)

Celková bilance počtu míst PZS v roce 2017

Dle kraje	-60	-50	-40	-30	-20	-10	0	10	+	-
Karlovarský kraj							4	11	7	
Liberecký kraj							4	16	12	
Královéhradecký kraj						-1		21	22	
Pardubický kraj						-1		18	19	
Jihočeský kraj						-2		25	27	
Olomoucký kraj						-3		18	21	
Kraj Vysočina						-5		15	20	
Zlínský kraj						-5		8	13	
Hlavní město Praha						-6		23	29	
Plzeňský kraj						-6		15	21	
Moravskoslezský kraj						-11		31	42	
Ústecký kraj						-11		25	36	
Středočeský kraj						-16		17	33	
Jihomoravský kraj						-35		38	73	
Dle velikosti sídla										
≤ 2000								56	104	
2001 - 5000						-9		38	47	
5001 - 10000							1	32	31	
10001 - 50000						-11		68	79	
50001 - 100000						-6		28	34	
> 100 000						-21		59	80	

	Bilance	+	-
Celá ČR 2017	-94	281	375

Bilance počtu míst PZS v průběhu roku



Již v období 2015 – 2017 je možné pozorovat začínající trend úbytku aktivních ordinací praktických lékařů z důvodu jejich odchodu do důchodu. Roční úbytek činí v průměru 0,5 až 1,5 %.

Měsíc 2017	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
+ 2017	65	23	25	18	19	20	22	14	30	17	19	9
- 2017	40	30	25	13	22	28	24	25	30	22	16	100
Bilance 2017	25	-7	0	5	-3	-8	-2	-11	0	-5	3	-91

Dynamika počtu ordinací praktických lékařů pro děti a dorost

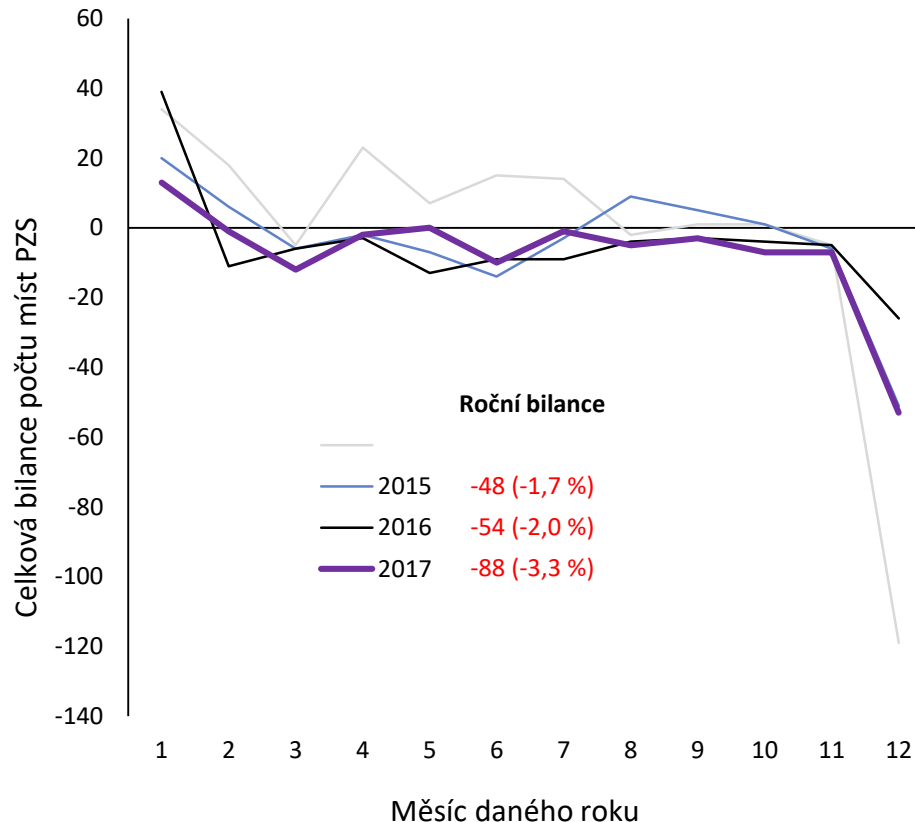
Zdroj: Národní registr zdravotnických pracovníků (NR-ZP)

Celková bilance počtu míst PZS v roce 2017

Dle kraje	-50	-40	-30	-20	-10	0	10	+	-
Pardubický kraj						1	6	5	
Karlovarský kraj					-1		0	1	
Liberecký kraj					-3		2	5	
Zlínský kraj					-3		6	9	
Královéhradecký kraj					-4		0	4	
Plzeňský kraj					-5		5	10	
Ústecký kraj					-5		6	11	
Hlavní město Praha					-6		10	16	
Jihočeský kraj					-7		7	14	
Moravskoslezský kraj					-7		14	21	
Kraj Vysočina					-8		4	12	
Olomoucký kraj					-12		3	15	
Jihomoravský kraj					-14		5	19	
Středočeský kraj					-14		5	19	
Dle velikosti sídla									
≤ 2000	-44						13	57	
2001 - 5000					-8		9	17	
5001 - 10000					-6		5	11	
10001 - 50000					-18		15	33	
50001 - 100000						0	10	10	
> 100 000					-12		21	33	

	Bilance	+	-
Celá ČR 2017	-88	73	161

Bilance počtu míst PZS v průběhu roku



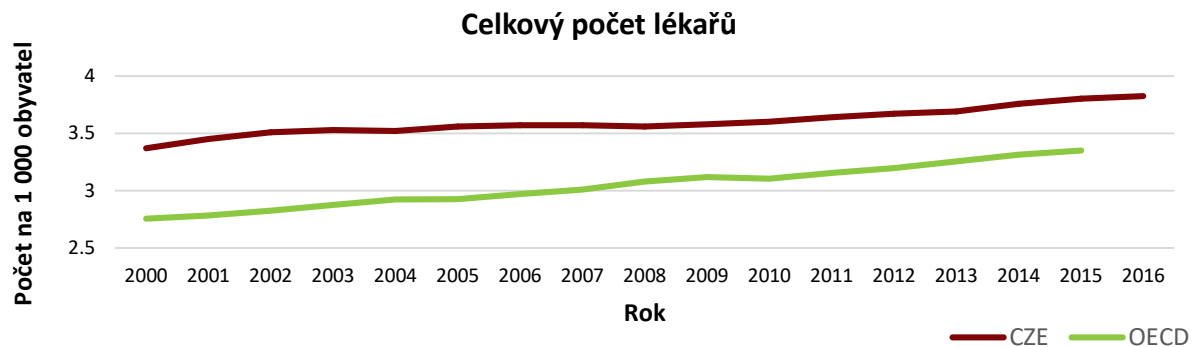
Již v období 2015 – 2017 je možné pozorovat začínající trend úbytku aktivních ordinací praktických lékařů z důvodu jejich odchodu do důchodu. Roční úbytek činí v průměru 1,7 až 3,3 %.

Měsíc 2017	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
+ 2017	20	8	4	9	6	2	6	2	8	4	4	0
- 2017	7	9	16	11	6	12	7	7	11	11	11	53
Bilance 2017	13	-1	-12	-2	0	-10	-1	-5	-3	-7	-7	-53

Analýza je provedena na úrovni jednotlivých adres zdravotnických zařízení (každé IČO poskytovatele může mít více adres) - ICO+PCZ+PCDP.

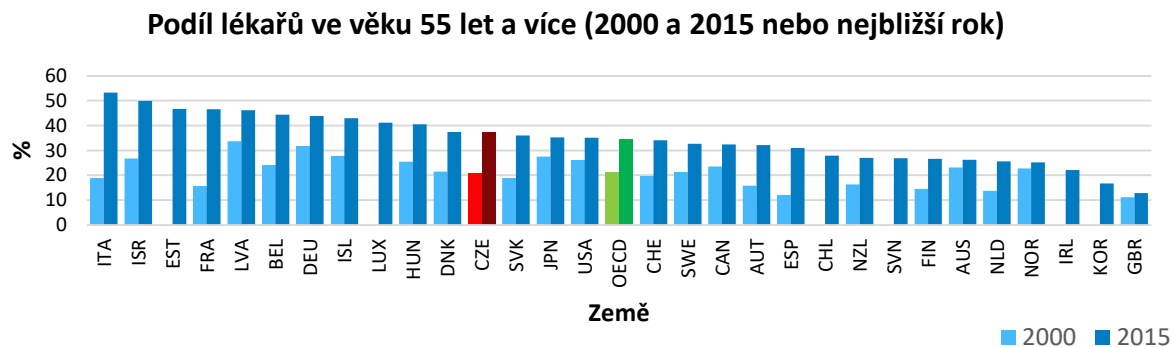
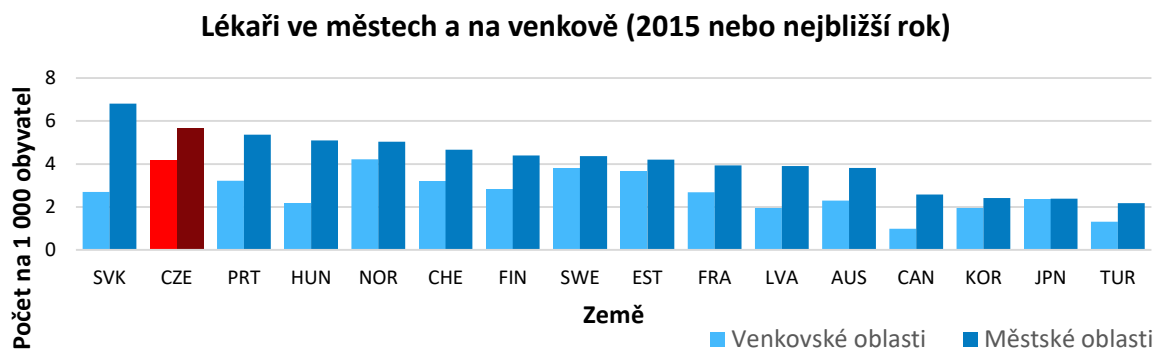
Vývoj počtu lékařů v mezinárodním srovnání

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



Celkový počet lékařů se v ČR v posledních dvaceti letech mírně zvyšuje. Problémem je avšak nerovnoměrná distribuce jejich kapacit a u praktických lékařů i velmi vysoký věk lékařů v přibližně 30% ambulancí.

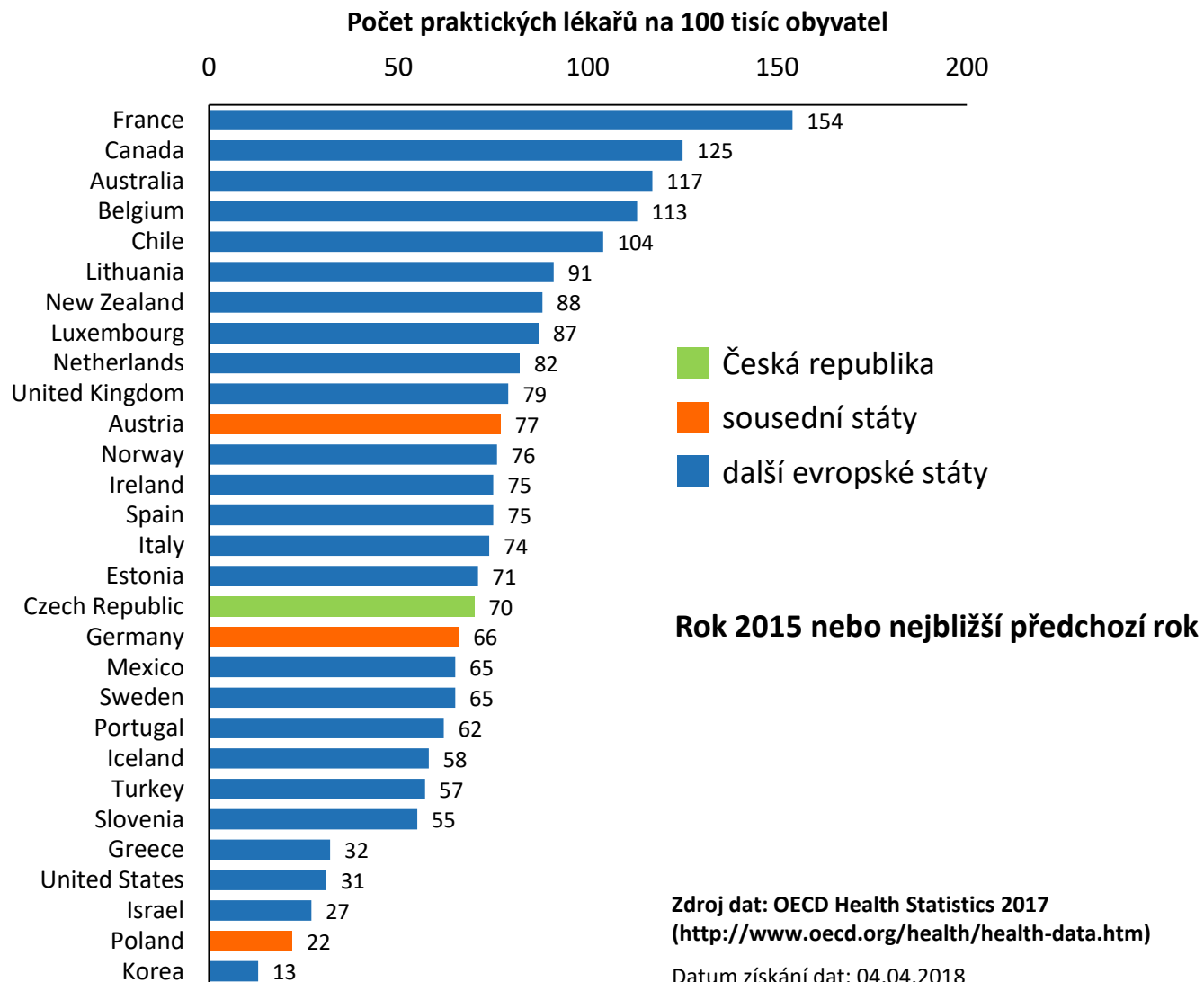
Hustota lékařů na 1 000 obyvatel činí 5,7 v městských oblastech a 4,2 ve venkovských oblastech. Přestože je počet lékařů v současné době poměrně vysoký, vysoký průměrný věk lékařů může brzy vést k omezení nabídky, které ovlivní pokrytí a kvalitu péče. Mezi lety 2000 a 2015 se podíl lékařů starších 55 let zvýšil z 20 % na 37 % a patří k nejvyšším v OECD. Mezi praktickými lékaři je podíl lékařů v předdůchodovém věku dokonce ještě vyšší. Odchod těchto lékařů do důchodu v blízké budoucnosti ohrozí dostupnost zdravotní péče, zejména ve venkovských oblastech. Struktura lékařů poskytujících základní a speciální primární péči je rovněž nevyvážená, neboť všeobecných lékařů je podstatně méně než specialistů. 19 % lékařů je všeobecných, zatímco průměr OECD činí 30 % (OECD, 2017).



Poznámka: Údaje za Českou republiku do roku 2013 jsou převzaty z databáze OECD Health Statistics. Počínaje rokem 2014 se počty odhadují na základě údajů ÚZIS týkajících se personální kapacity lékařů ve zdravotnictví (registrovaní a smluvní lékaři) a je použit opravný koeficient k zajištění souladu s dostupnými údaji z předchozích let.

Počet praktických lékařů v mezinárodním srovnání

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



Počet praktických lékařů je v ČR z mezinárodního hlediska podprůměrný. Rovněž je patrné, že obdobný problém v tomto segmentu péče řeší i Německo, které reportuje do mezinárodních statistik rostoucí problémy s kapacitou praktických lékařů v důsledku jejich stárnutí.

Poznámka: Údaje za Českou republiku do roku 2013 jsou převzaty z databáze OECD Health Statistics. Počínaje rokem 2014 se počty odhadují na základě údajů ÚZIS týkajících se personální kapacity lékařů ve zdravotnictví (registrovaní a smluvní lékaři) a je použit opravný koeficient k zajištění souladu s dostupnými údaji z předchozích let.

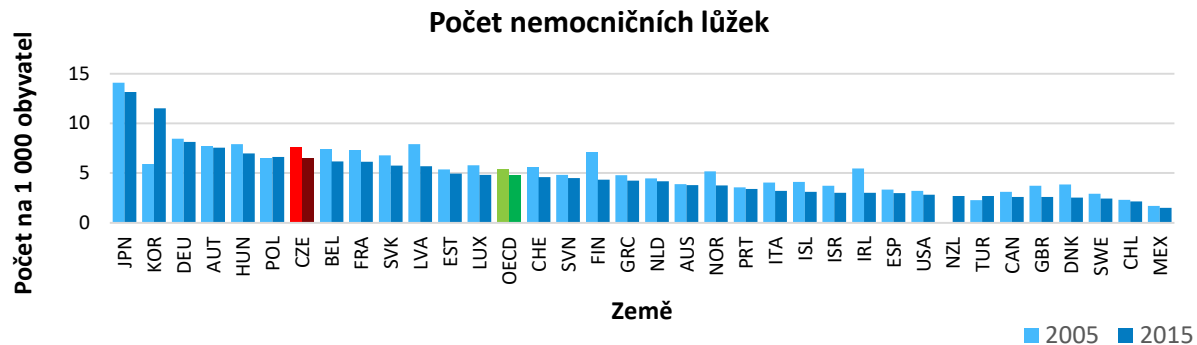
„ZDRAVÍ 2030“ – analytická studie



**Poskytovatelé zdravotních služeb
- problematické aspekty struktury lůžkového fondu**

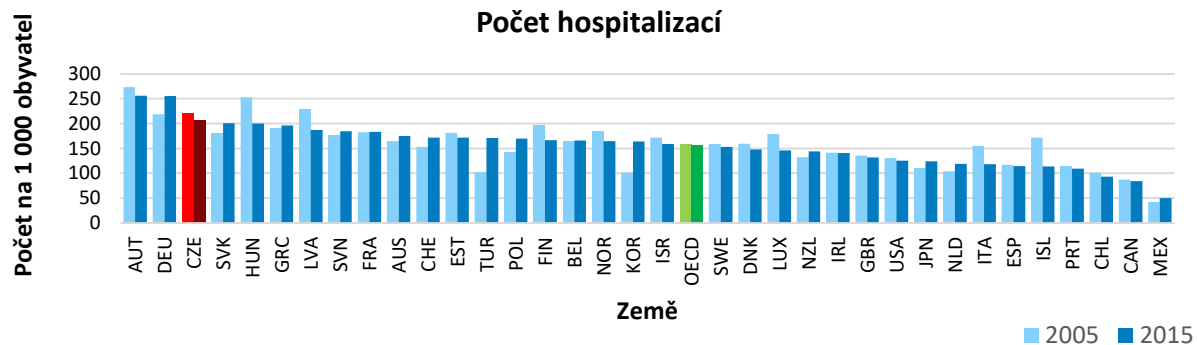
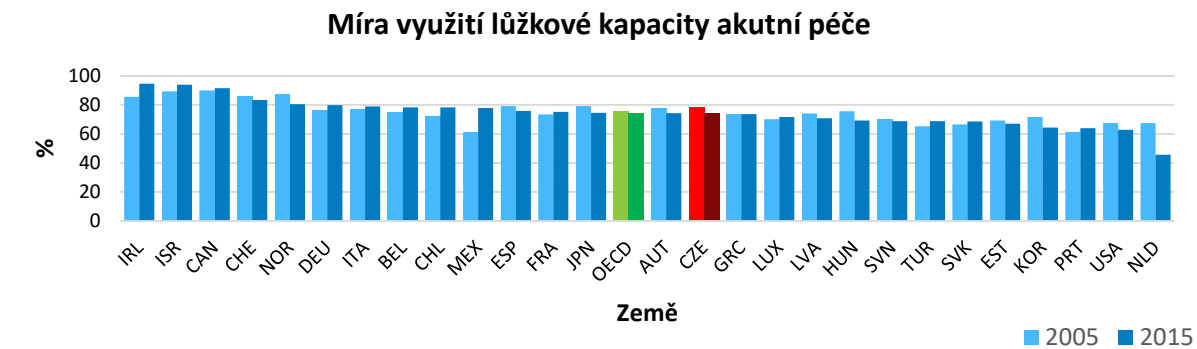
Kapacita nemocniční péče v mezinárodním srovnání

Zdroj: OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris



Přestože počet nemocničních lůžek od roku 2000 mírně poklesl (6,2 na 1 000 obyvatel), stále zůstává nad průměrem OECD (4,7 na 1 000 obyvatel). Vysoký počet lůžek koreluje s celkovým počtem nemocnic, které nejsou v ČR zcela rovnoměrně geograficky rozmístěny. Lepší koordinace sousedních obcí a krajů vedoucí ke sloučení či přeskupení některých služeb může dále zvýšit efektivitu nemocničního sektoru a zlepšit celkovou kvalitu péče.

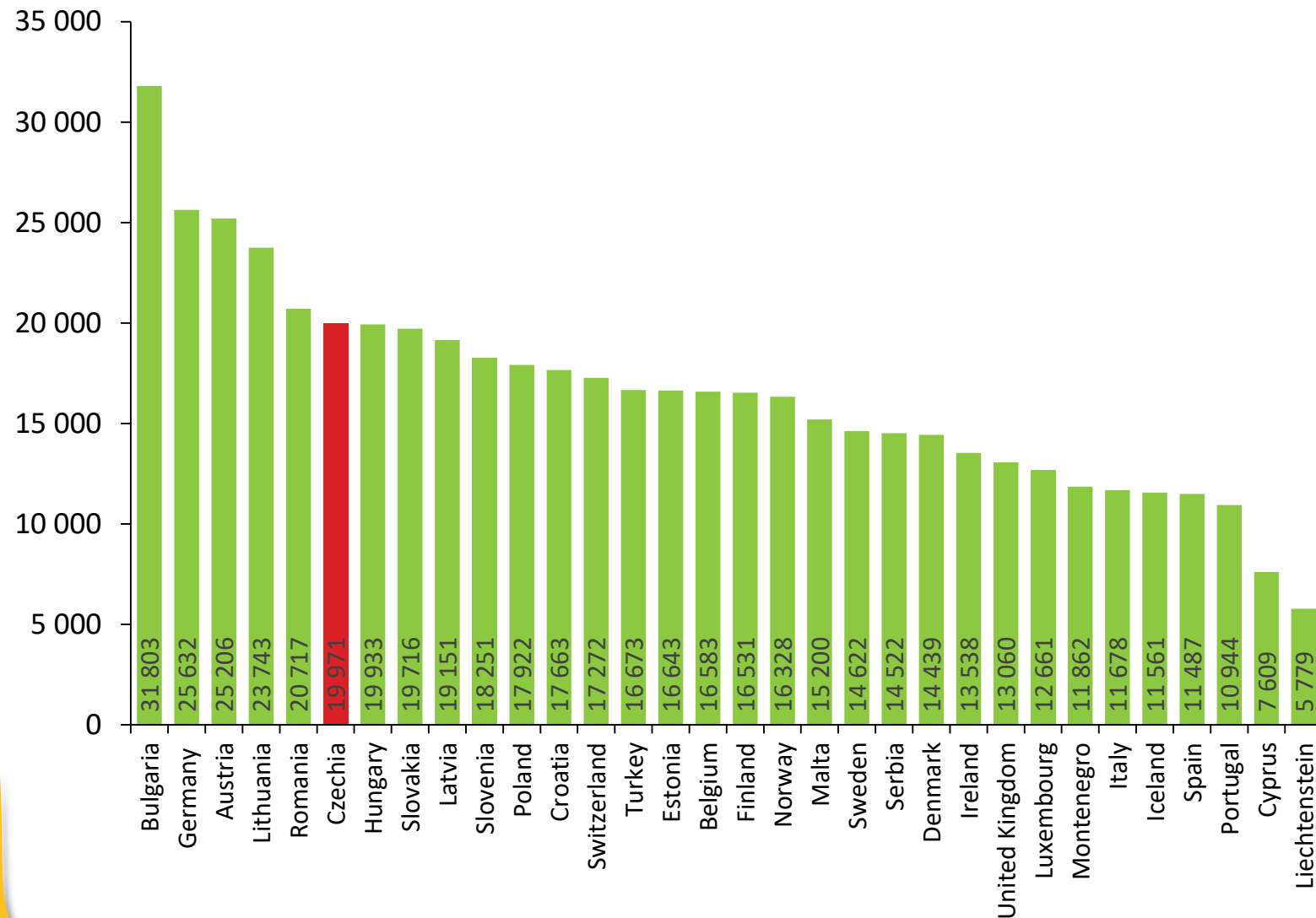
Velkou výzvu před nemocniční segment péče klade stárnutí populace a očekávaná rostoucí potřeba následné a dlouhodobé péče. Je třeba analyticky a plánovitě připravit restrukturalizaci lůžkového fondu, posílení segmentů neakutní lůžkové péče a implementovat nové modely organizace péče integrující péči nemocniční s péčí primární a ambulantní.



Počty hospitalizací 2016: mezinárodní srovnání

Zdroj: Eurostat, https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_co_dischls (Hospital discharges and length of stay for inpatient and curative care)
<http://ec.europa.eu/health/dyna/echi/datatool/index.cfm>

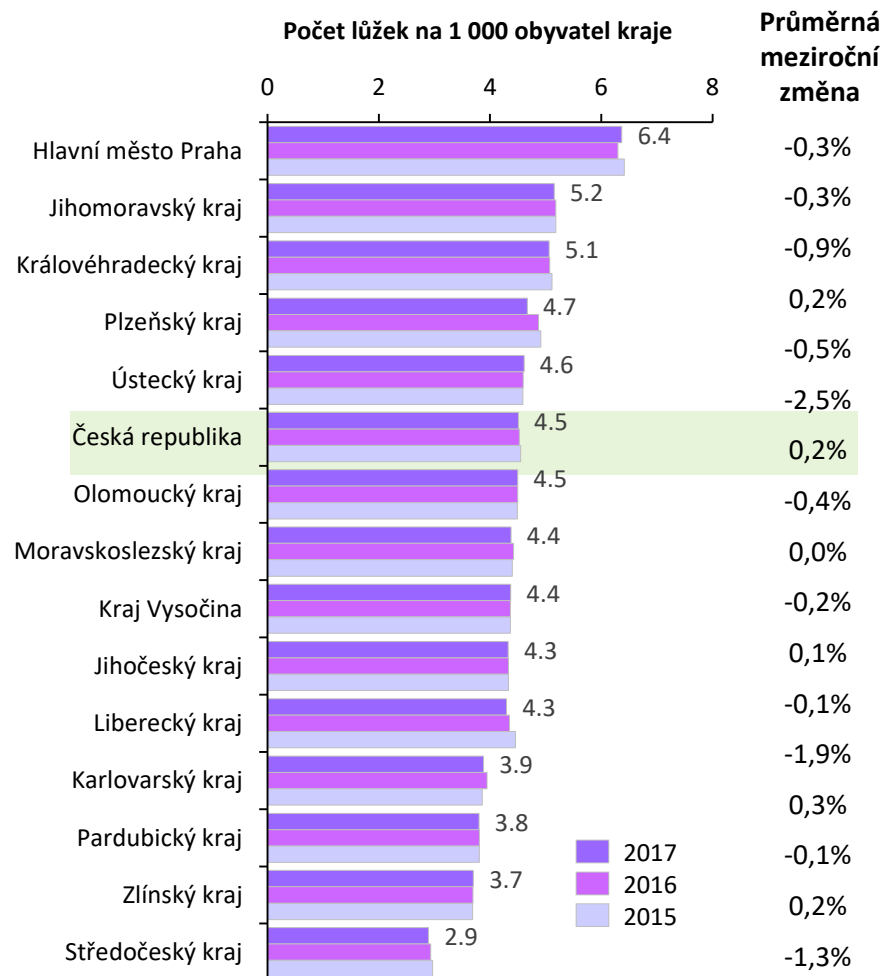
Počet hospitalizací (2016) v přepočtu na 100 tisíc obyvatel



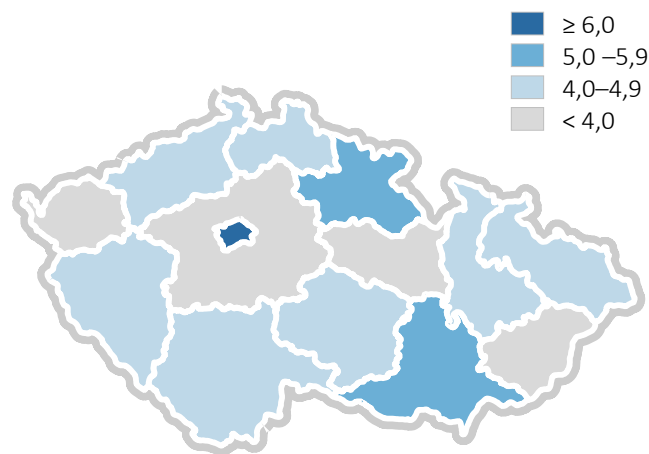
Česká republika se řadí k zemím nadprůměrným počtem hospitalizací v přepočtu na 100 tisíc obyvatel.

Počet lůžek akutní péče dle krajů ČR (2015 – 2017)

Zdroj: NRHZS

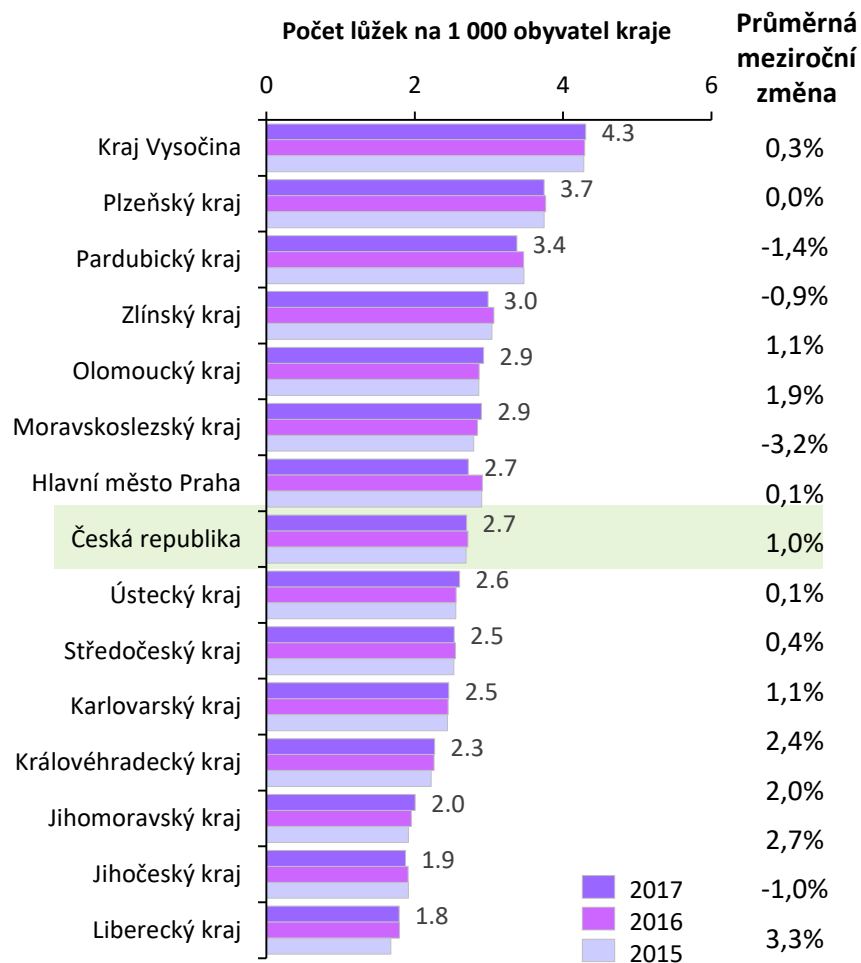


Akutní lůžkový fond je v ČR velmi stabilní, průměrné meziroční změny v počtech lůžek na 1000 obyvatel nepřekračují 1%. Počet akutních lůžek není rovnoměrně distribuován, ve vazbě na fakultní nemocnice a na centra vysoce specializované péče ve velkých městech lůžek signifikantně přibývá. Současný průměr za celou ČR činí 4,5 lůžka na 1000 obyvatel.

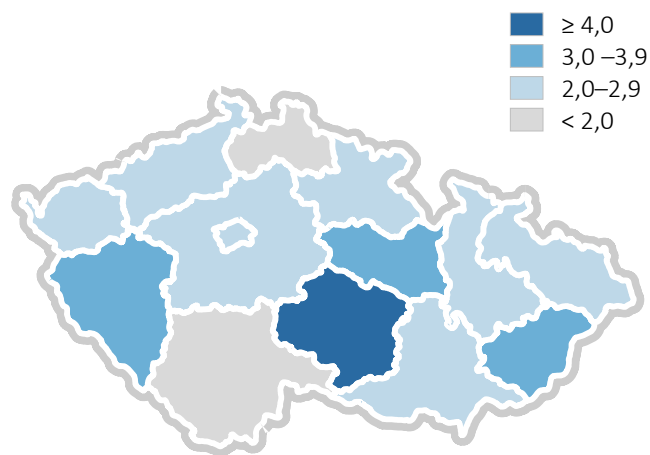


Počet lůžek následné a dlouhodobé péče dle krajů ČR (2015 – 2017)

Zdroj: NRHZS

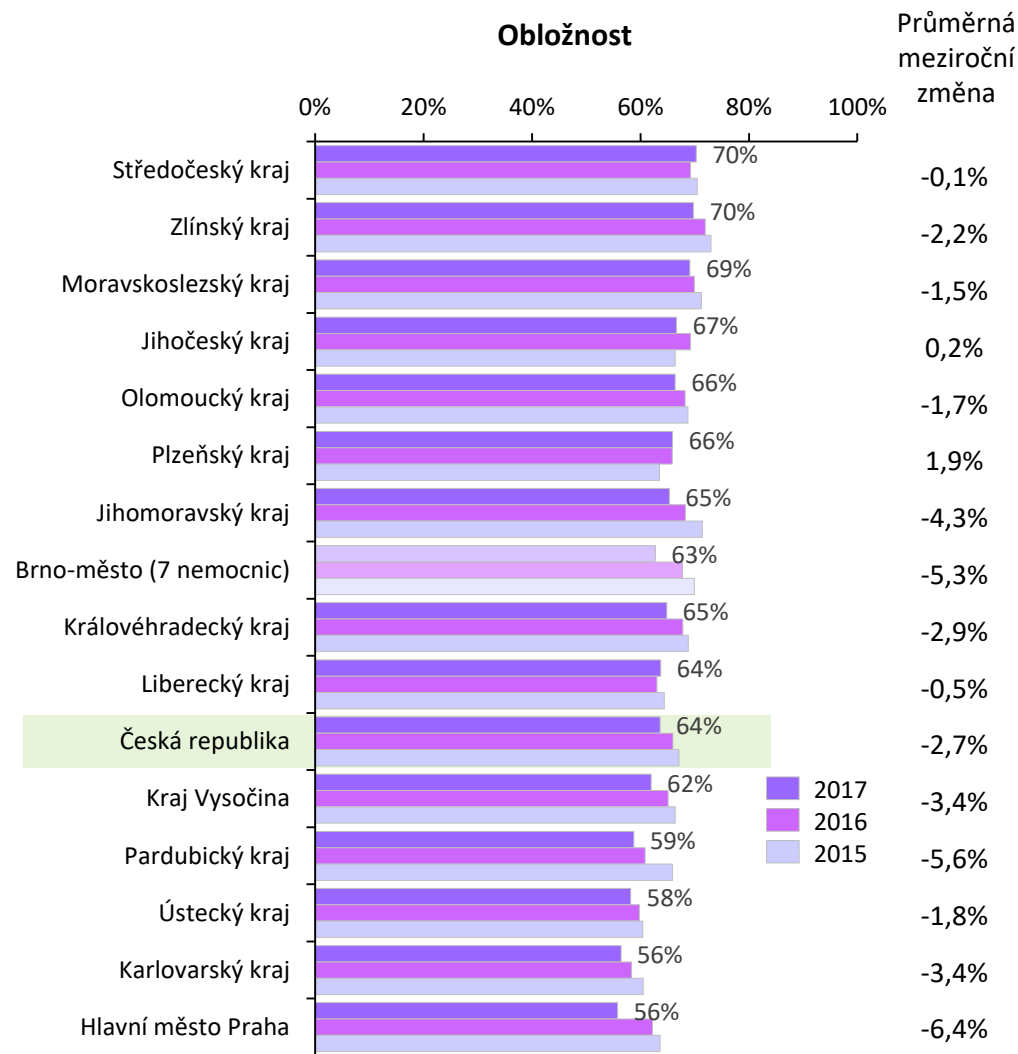


Ačkoli se počet lůžek následné a dlouhodobé péče v čase postupně zvyšuje (v průměru meziročně o +1%), jejich počet v přepočtu na 1000 obyvatel není dostatečný a velmi významně se liší mezi jednotlivými regiony ČR. Průměr za celou ČR činí 2,7 těchto lůžek na 1000 obyvatel, což je cca 60% kapacity akutních lůžek. Avšak zejména ve velkých městech je nepoměr mezi kapacitou akutních a dlouhodobých lůžek výraznější, což vede k výraznějšímu obsazování nákladných akutních lůžek.

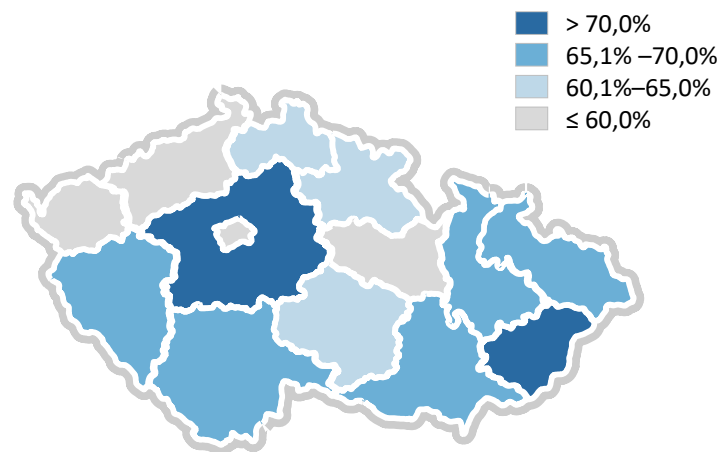


Obložnost lůžek akutní péče dle kraje nemocnice

Zdroj: NRHZS



Obložnost lůžek nemocnic akutní péče v krajích ČR se pohybuje cca v rozsahu 55-70%, v období 2015 -> 2017 dochází v mnoha regionech k jejímu poklesu až o 6,4%. Například Hlavní město Praha vykazuje recentně 56% obložnost akutních lůžek a meziroční pokles dosahuje hodnoty – 6,4%. Pro srovnání nemocnice České republiky vykazují průměrnou obložnost 64%. Je tedy doloženým faktem, že obložnost lůžek akutní péče v posledních třech letech postupně klesá téměř ve všech regionech ČR. Avšak k tomuto faktu nelze přistupovat paušální výzvou k rušení nemocnic. V rámci strategických analýz a plánování kapacit lůžkové péče je nutné poznat důvody daného trendu, které se v jednotlivých regionech liší. Rovněž je třeba odlišovat specifika vysoce specializované péče od péče ostatní.



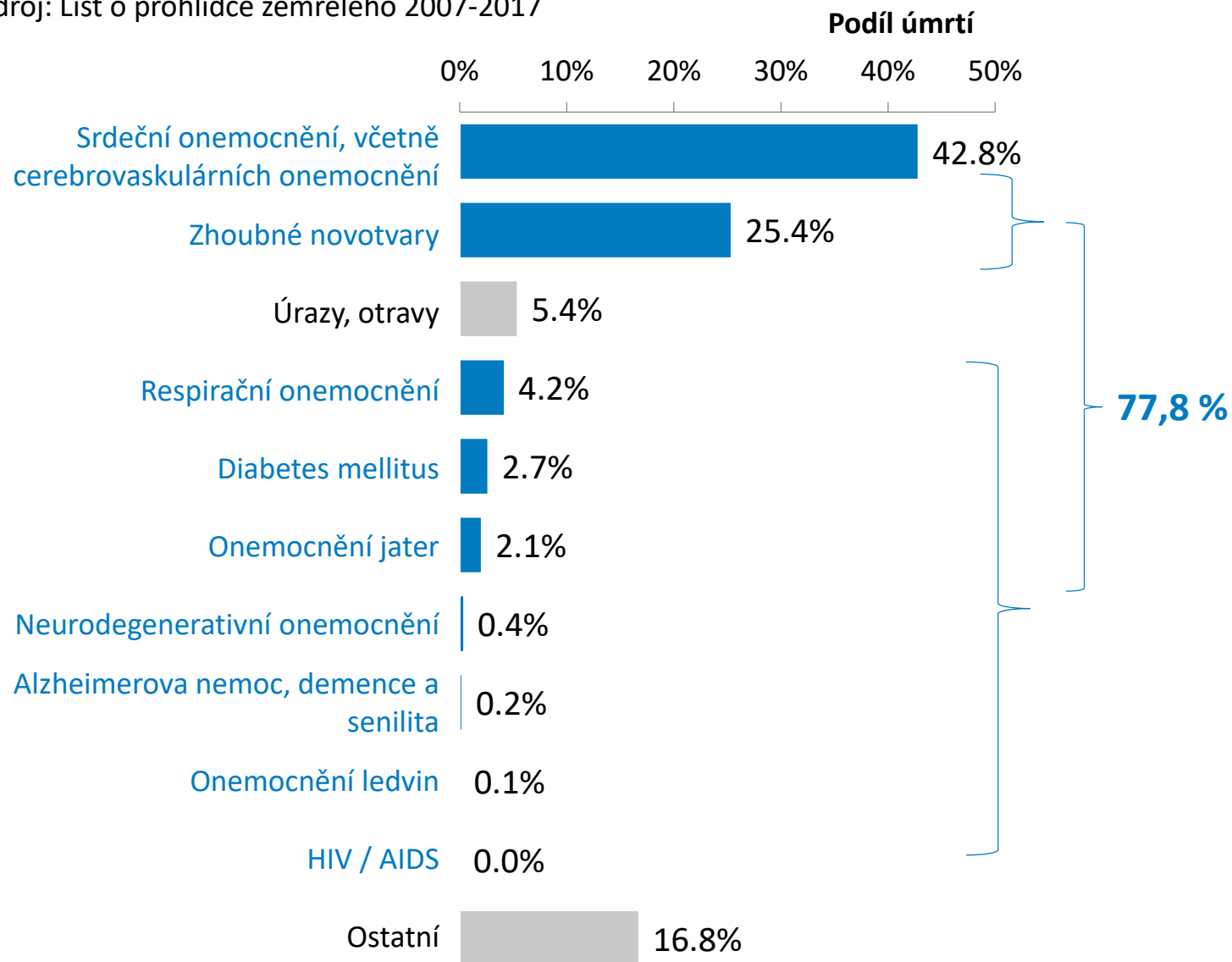
„ZDRAVÍ 2030“ – analytická studie



**Poskytovatelé zdravotních služeb
- rostoucí potřeba paliativní péče a péče v závěru života**

Potřeba paliativní péče v ČR

Zdroj: List o prohlídce zemřelého 2007-2017



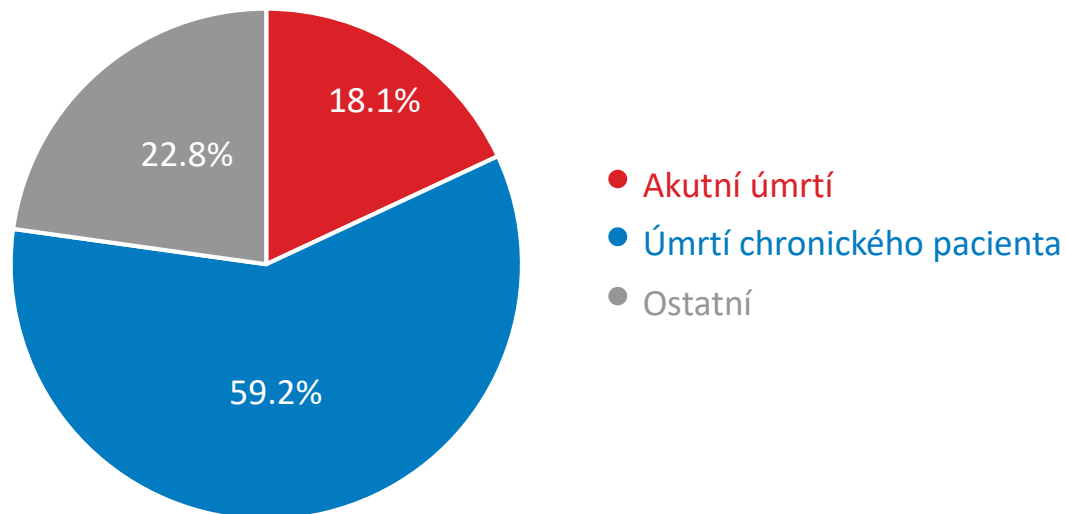
Recentní data Listu o prohlídce zemřelých ukazují, že téměř 78% všech úmrtí spadá do diagnostických skupin, které jsou relevantní pro paliativní péči (dle definice Murtagh et al. 2014).

Kvalifikované odhady z vyspělých zemí západního světa deklarují potřebu některé z forem paliativní péče u 60-80 % všech úmrtí. Populace ČR vzhledem ke struktuře mortality bude generovat přibližně stejný objem péče v závěru života.

Tzv. očekávatelná úmrtí jsou výzvou pro integrované modely organizace péče, neboť vhodnou kombinací a dostupností služeb z různých segmentů lze dosáhnout nejen vyšší kvality, ale i úspory nákladů. Kombinace služeb poskytovaných v domácím prostředí pacientů, mobilních služeb a služeb specializovaných týmů může přinést snížení počtu akutních hospitalizací v závěru života pacientů.

Potřeba paliativní péče – očekávatelná úmrtí

Zdroj: Zdroj: List o prohlídce zemřelého 2007-2017; Národní registr hospitalizovaných 2007-2017



Celkem 59,2 % všech úmrtí v ČR lze na základě úmrtní diagnózy a hospitalizační historie zpětně označit jako úmrtí z chronické příčiny.

U těchto úmrtí lze předpokládat značnou míru očekávatelnosti a vysokou pravděpodobnost potřeby některé z forem paliativní péče. Tento podíl představuje cca 60 tisíc zemřelých ročně.

Vzhledem k současným demografickým trendům, lze předpokládat, že podíl úmrtí chronických pacientů bude narůstat a představovat zvyšující se zátěž pro systém zdravotní péče.



Téměř 60% všech úmrtí je výsledkem eskalace déle trvajících zdravotních problémů.

Jedná se o očekávatelná úmrtí z chronických příčin, často po déle trvající hospitalizaci.



Až 50% těchto pacientů je opakovaně převáženo k hospitalizaci RZS

Opakované přijetí k akutní hospitalizaci z RZS významně narůstá v posledním měsíci před smrtí.

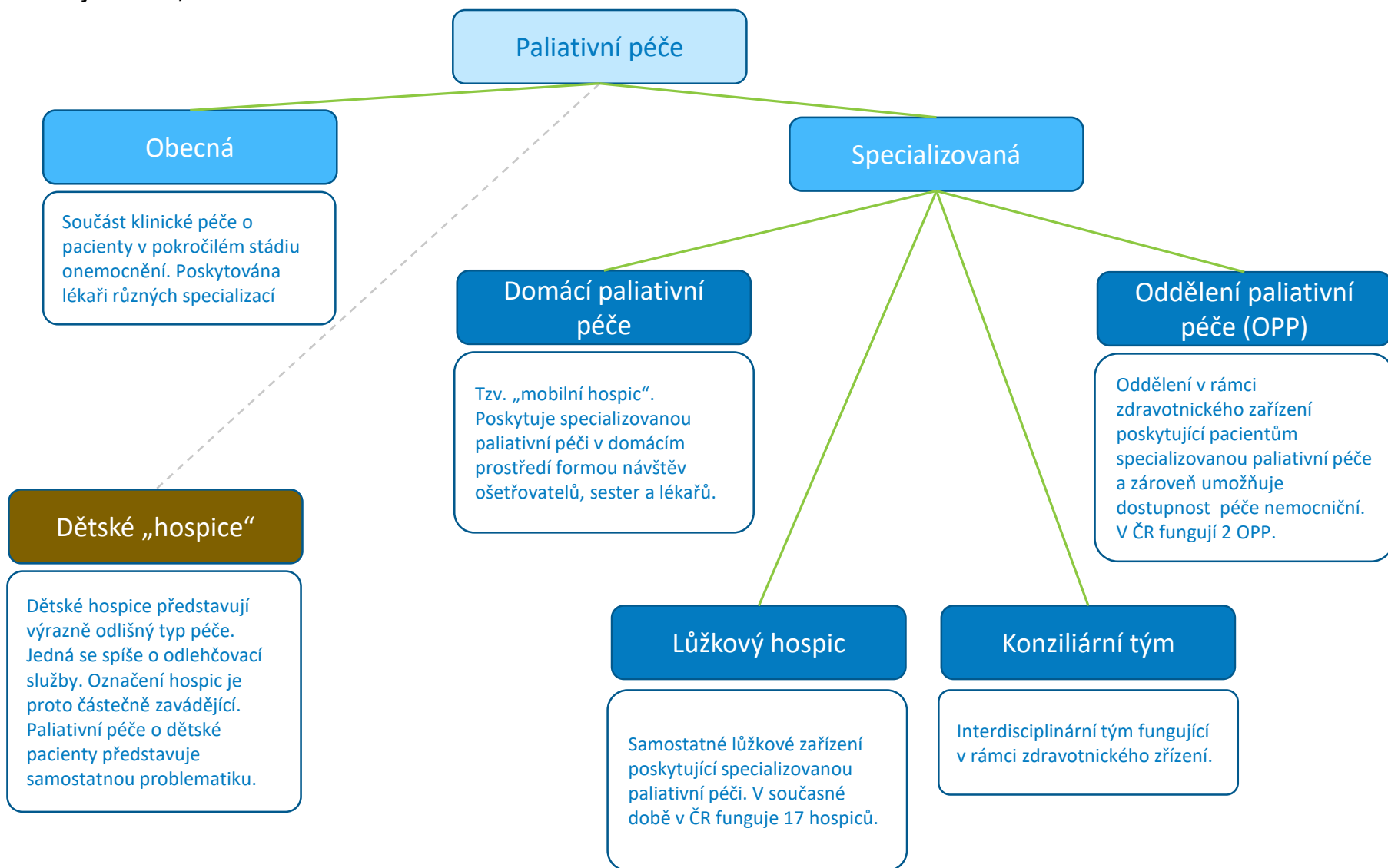


68 % všech úmrtí **nastává na lůžku zdravotnického zařízení**

V průměru na jednoho zemřelého připadá v posledním roce života 42 dní hospitalizace, z toho 23 dní tvoří pobyt na lůžku akutní péče.

Schéma struktury paliativní péče v ČR

Zdroj: NRPZS, NZIS



Predikovaný demografický vývoj české populace, stárnutí a s tím spojená nemocnost si vyžádají změnu koncepce paliativní péče. Nové modely integrované péče musí být postaveny na multidisciplinárních konziliárních týmech nemocnic a na úzké spolupráci nelůžkových zdravotně – sociálních služeb, např. mobilní specializované paliativní péče, domácí péče apod. Posílení kapacit mobilních týmů a týmů schopných poskytovat péči v domácím prostředí pacientů je vysoce efektivním opatřením, které šetří personální kapacity a finanční prostředky zejména akutní lůžkové péče v nemocnicích.

Je třeba hledat víceúrovňové modely organizace paliativní péče a modely, které umožní její časnou integraci v procesech péče poskytované různými segmenty poskytovatelů.

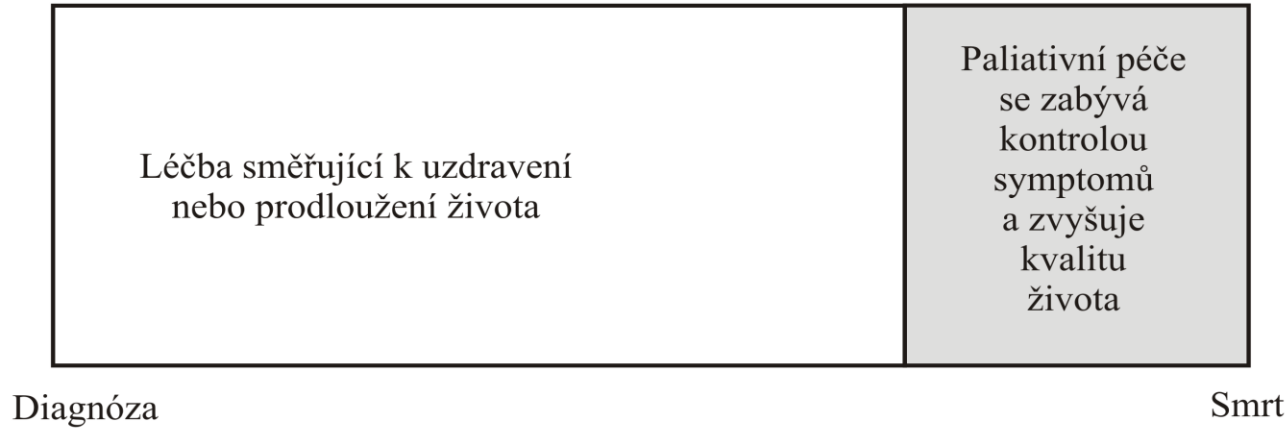
Ukázka modelu víceúrovňové paliativní péče

	Typ paliativní péče			
	Obecná paliativní péče	Specializovaná paliativní péče ve spolupráci s obecnou paliativní péčí		Specializovaná paliativní péče
Akutní péče	Nemocnice	Domácí hospicová péče (vyškolení dobrovolníci, poskytující poradenství a podporu, v ČR dosud neexistující služba)	Nemocniční paliativní konziliární týmy	Oddělení paliativní péče
Dlouhodobá péče	LDN, domovy pro seniory		Mobilní specializovaná paliativní péče	Lůžkové hospice
Domácí péče	Praktičtí lékaři, agentury domácí péče			Mobilní specializovaná paliativní péče, stacionáře

Ačkoli v období 2014 – 2018 došlo v ČR v oblasti podpory paliativní péče a péče v závěru života k řadě pozitivních kroků a proběhly pilotní projekty zaměřené na mobilní paliativní péči, v mnoha regionech stále chybí komplexní model víceúrovňové a formami dostatečně heterogenní paliativní péče. Zejména kapacity zaměřené na domácí hospicovou péči nejsou dostatečné. To v řadě regionů vede k nadužívání nemocniční péče, typicky spojené s výjezdy zdravotnické záchranné služby. Tato oblast se musí v následujícím období stát jednou z priorit reorganizace zdravotních služeb, neboť představuje velký potenciál pro úsporu dostupných kapacit českého zdravotnictví.

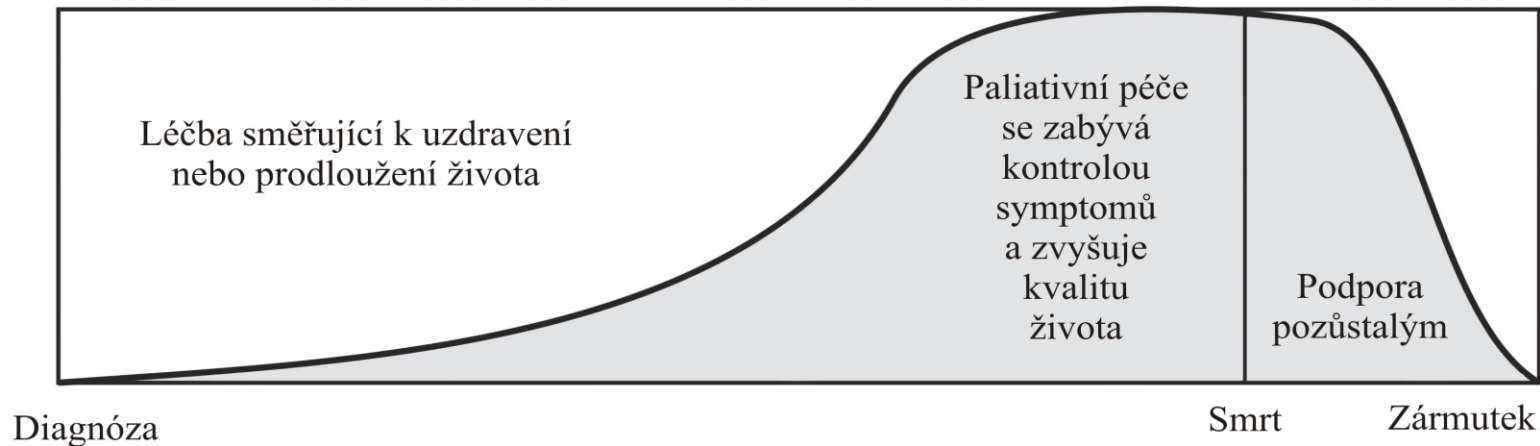
Model časný integrace paliativní péče

Tradiční přechod mezi kurativní a paliativní péčí



Současná úroveň péče o řadu chronických onemocnění dosahuje zlepšujících se výsledků a významně prodlužuje délku života pacientů. Tento vývoj představuje podnět ke změně přístupu k paliativní péči, tato by nadále neměla být vnímána jen jako synonymum péče v závěru života, tedy péče ve fázi kdy je opuštěn jakýkoli kurativní záměr probíhající terapie.

Model časný integrace paliativní péče



Je třeba hledat modely časný integrace paliativní péče a včas indikovat pacienty, u který je úmrtí očekávatelné v předvídatelném časovém horizontu. Správná indikace a včasná podpora těchto pacientů zásadně zvyšuje potenciál a efektivitu paliativních intervencí a umožňuje organizovat péči o pacienty s těžištěm mimo lůžková zařízení.

Mobilní specializovaná paliativní péče v ČR

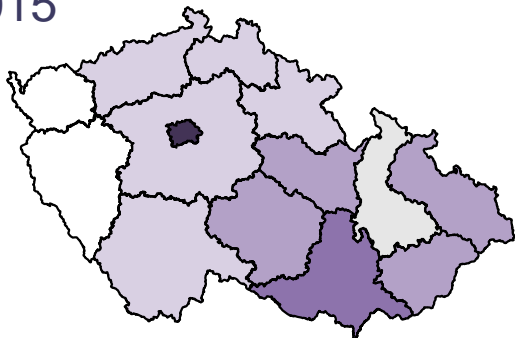
REGION	Počet pacientů jimž byla vykázána zdravotní péče na odbornost 926		
	2015	2016	2017
Hlavní město Praha	86	121	128
Středočeský kraj	12	12	19
Jihočeský kraj	1	3	
Plzeňský kraj		1	2
Karlovarský kraj			
Ústecký kraj	1		17
Liberecký kraj	1		
Královéhradecký kraj	20	34	70
Pardubický kraj	1	2	37
Kraj Vysočina	36	62	90
Jihomoravský kraj	42	75	98
Olomoucký kraj		1	10
Zlínský kraj	35	64	21
Moravskoslezský kraj	21	24	31

Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP) se postupně etabluje v českém zdravotním systému jako jedna z plnohodnotných alternativ zdravotní péče o umírající. MSPP byla nejprve provozována zcela mimo systém zdravotního pojištění. V letech 2015 a 2016 byla část této péče hrazena formou pilotního projektu VZP. Od roku 2017 je tato forma zdravotní péče součástí úhradové vyhlášky.

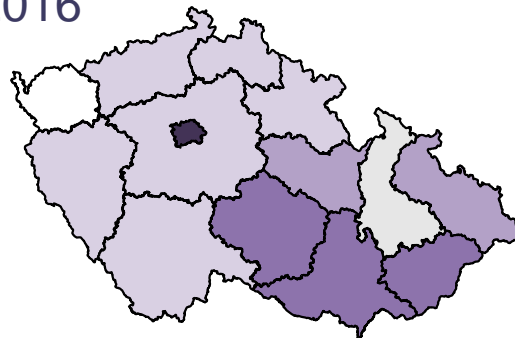
V administrativních datech souvisejících s vykazováním zdravotních služeb nelze najít všechnu péči poskytovatelů MSPP (neboť je stále dost často hrazena přímo či formou darů), ale přesto lze zaznamenat signifikantní nárůst té služby poskytované v rámci služeb hrazených ze zdravotního pojištění.

Nárůst počtu pacientů MSPP jejichž péče je hrazená zdravotní pojišťovnou

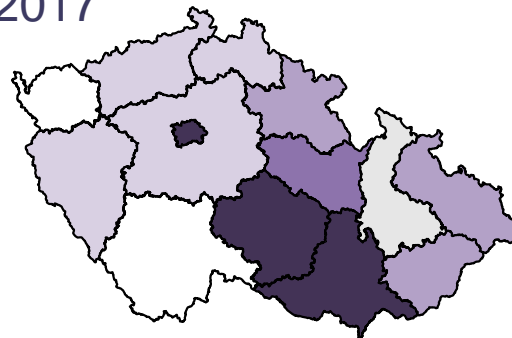
2015



2016



2017



Příčina úmrtí ve vybraných typech zdravotnických zařízení

Zdroj: ÚZIS, LPZ 2008-2015, NRHOSP – zemřelí ve zdravotnickém zařízení, N = 588 629

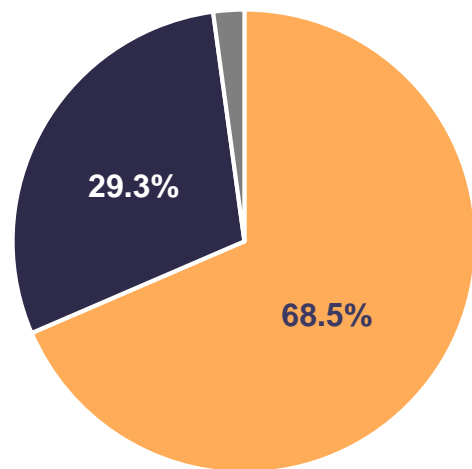
	Hospic (N=18.3 tis.)	Nemocnice / Fakultní nem. (N=418.4 tis.)	LDN (N=61.8 tis.)	Nem. následné péče (N=18.7 tis.)
Příčina úmrtí				
Zhoubné novotvary	84.9	28.7	22.2	21.5
Srdeční onemocnění	8.2	38.1	50.2	51.9
Neurodegenerativní onemocnění	0.6	0.4	0.6	0.5
Onemocnění jater	0.4	2.8	1.5	1.2
Respirační onemocnění	0.4	5.1	3.0	3.0
Diabetes mellitus	0.4	2.7	3.1	3.3
Úrazy, otravy	0.4	3.2	3.1	3.6
Alzheimerova nemoc, demence a senilita	0.1	0.1	0.3	0.3
Onemocnění ledvin	0.0	0.1	0.0	0.0
HIV / AIDS	0.0	0.0	0.0	0.0
Ostatní	4.6	18.7	15.8	14.7

Z dlouhodobé analýzy databáze zemřelých vyplývá, že úmrtí v hospicích, LDN či v nemocnicích následné péče je v ČR významně méně četné než úmrtí v nemocnicích či fakultních nemocnicích. Zhoubné novotvary jsou dominantní příčinou úmrtí mezi hospicovými pacienty. Oproti LDN i nemocnicím následné péče je v hospicích velmi málo pacientů umírajících na srdeční onemocnění.

Typ lůžek, na kterých dochází k úmrtí v hospitalizační péči

Zdroj: NRPZS, NRHOSP, NZIS, 2008 - 2016

Typ lůžka na kterém došlo k úmrtí



- Akutní péče
- Následné péče
- Neznámo

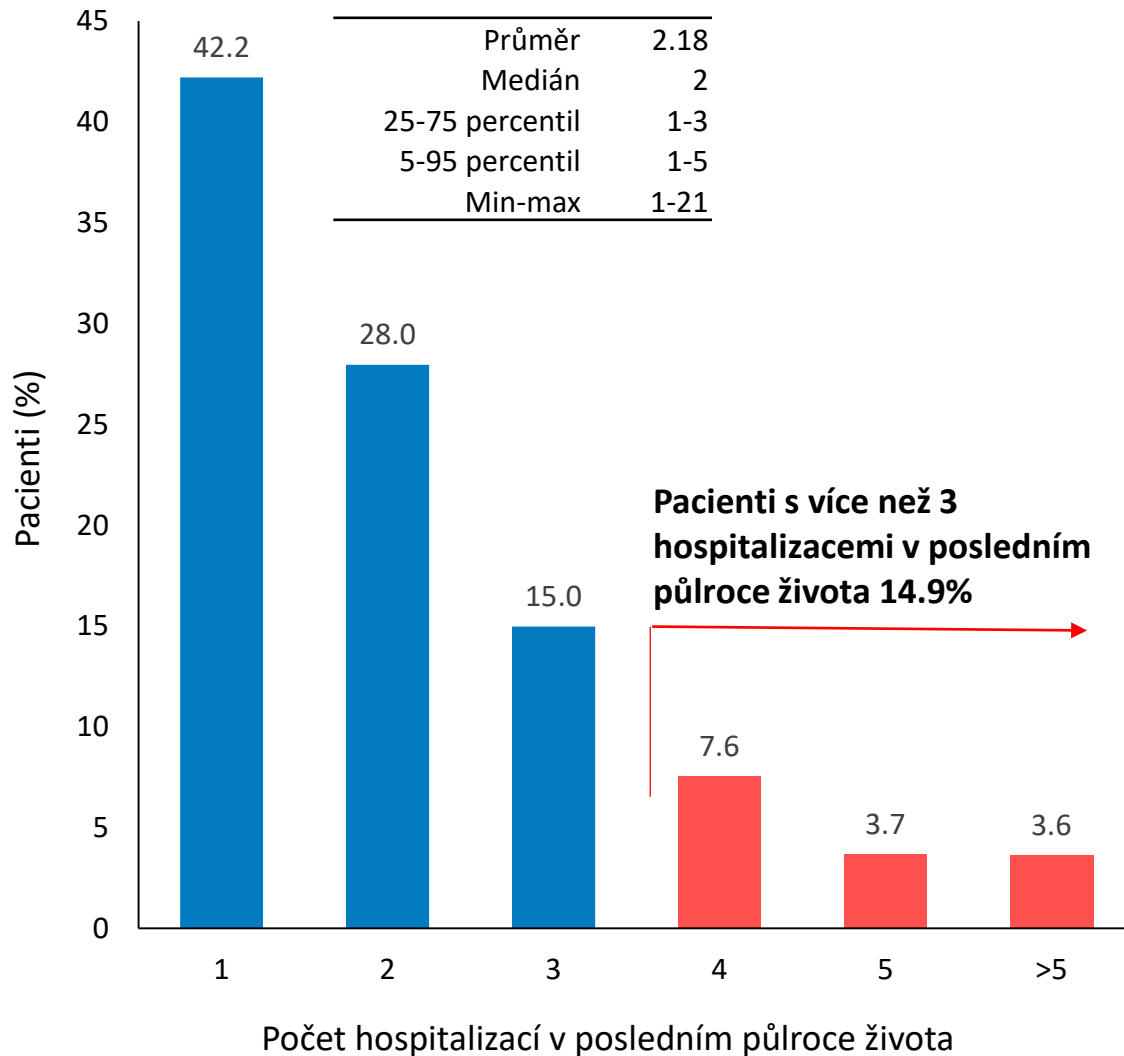
Sekvence lůžek při poslední hospitalizaci

Akutní	56.3	N = 331.5 tis.
Následné	24.1	N = 141.8 tis.
Akutní -> Akutní	11.8	N = 69.2 tis.
Akutní -> Následné	4.6	N = 26.8 tis.
Akutní -> Akutní -> Následné	0.6	N = 3.3 tis.
Následné -> Akutní	0.4	N = 2.6 tis.
Následné -> Následné	0.1	N = 0.6 tis.
Jiné	2.2	N = 12.9 tis.

K více než dvěma třetinám úmrtí dochází na lůžku akutní péče. Pacient většinou umírá na tom typu lůžka, na které byl přijat. Tato situace není optimální a dostupná data dokládají, že existuje velký podíl hospitalizací v závěru života pacientů, kterým by při efektivní organizaci paliativní péče šlo předejít.

Hospitalizace – počet hospitalizací v posledním půlroce života

Zdroj: NRHOSP 2013 – 2017; hospitalizace v posledním půlroce života (posledních 5 let, bez hospitalizací pro „XIX. Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin“



Pacienti s více než 3 hospitalizacemi v posledním půlroce života (celkem 14.9%)

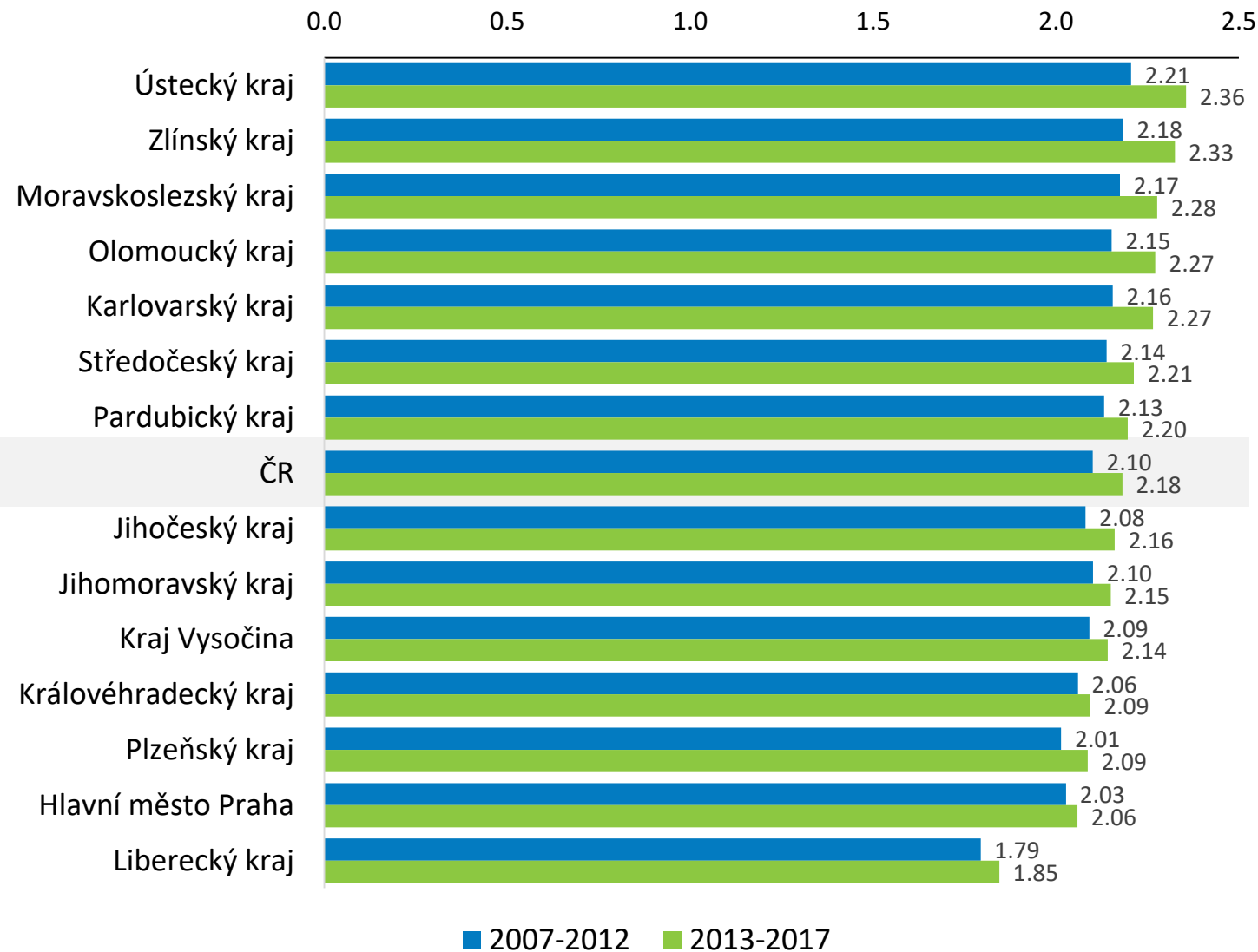
Ústecký kraj	17.9%
Zlínský kraj	17.4%
Karlovarský kraj	16.9%
Moravskoslezský kraj	16.5%
Olomoucký kraj	16.1%
Středočeský kraj	15.7%
ČR	14.9%
Pardubický kraj	14.7%
Jihočeský kraj	14.3%
Kraj Vysočina	14.1%
Jihomoravský kraj	13.8%
Královéhradecký kraj	12.9%
Plzeňský kraj	12.5%
Hlavní město Praha	12.4%
Liberecký kraj	11.3%

Dostupná data Národního registru hospitalizací dokládají, že posledním půlroce života absolvuje více než polovina pacientů opakované hospitalizace, a to téměř z 15% více než tři hospitalizační pobyty. Evidentně jsou v ČR velké rezervy v organizaci péče, neboť řadě těchto hospitalizací jde předejít efektivním managementem péče o umírající. Velmi četné hospitalizace u více než 15% pacientů v posledním půlroce života vykazuje celkem 6 krajů ČR.

Počet hospitalizací v posledním půlroce života

Zdroj: NRHOSP 2007 – 2017

Průměrný počet hospitalizací v posledním půlroce života

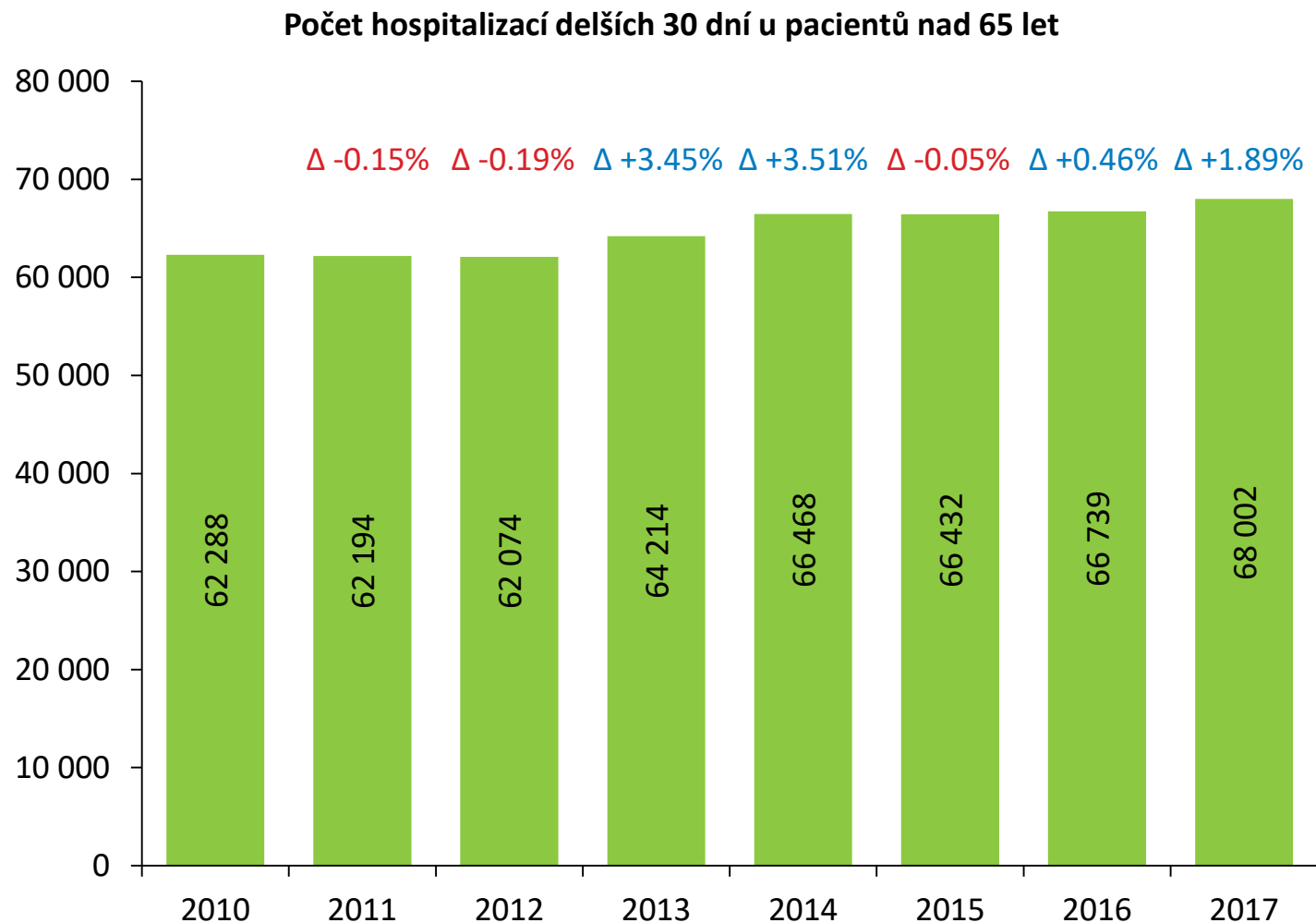


Průměrný počet hospitalizací v průběhu posledního půlroku života pacientů je v posledních pěti letech 2,18. Tato hodnota představuje mírný nárůst oproti předchozímu období 2007-2012 (2,10). Tuto průměrnou hodnotu je možné interpretovat jako vysokou v řadě oblastí (okresů) lze pozorovat i hodnoty blízké čtyřem opakovaným hospitalizacím v posledních šesti měsících života pacientů.

Mezi regiony ČR jsou výrazné rozdíly v průměrném počtu hospitalizací v průběhu posledního půlroku života, nejvyšší je v Ústeckém kraji (2,36), nejnižší v Libereckém kraji (1,85).

Hospitalizace – počet dlouhodobých hospitalizací u pacientů nad 65 let

Zdroj: NRHOSP 2010 – 2017

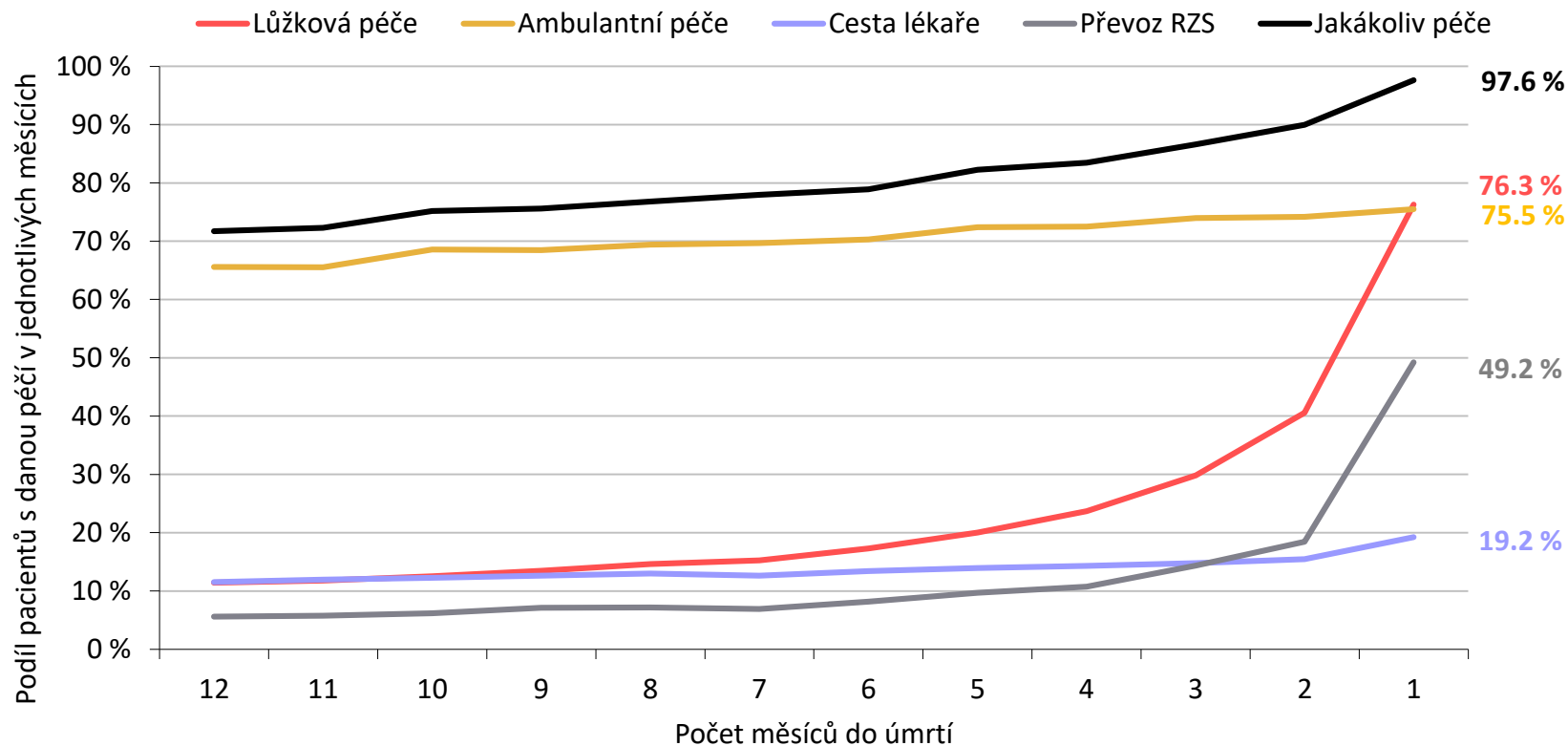


Za poslední roky počet hospitalizací delších 30 dní u pacientů nad 65 let stoupá průměrně o 1,3% ročně. Tento trend signalizuje velmi pravděpodobný budoucí vývoj související se stárnutím české populace.

Čerpání zdravotní péče v závěru života: pacienti s Alzheimerovou nemocí

Zdroj dat: NRHZS 2016–2017;

pacienti s vykázanou Alzheimerovou nemocí a úmrtím v roce 2017 – hodnocena je jejich historie v období 1 roku před datem úmrtí (N = 10 769)



V posledním roce života lze u pacientů s vykázanou Alzheimerovou nemocí pozorovat zvyšující se intenzitu poskytované zdravotní péče.

Dle dat NRHZS celkem 76,3 % pacientů čerpalo v posledním měsíci života lůžkovou péčí, 75,5 % ambulantní péči. Téměř 50 % pacientů bylo v posledním měsíci alespoň jednou převezeno rychlou záchrannou službou, většinou k hospitalizaci na lůžkách akutní péče.

Poskytovatelé sociálních služeb

Zdroj dat: Soc (MPSV) V 1-01 Roční výkaz o sociálních službách (2016)

Druh zařízení sociálních služeb	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK	Celkem
A - centra denních služeb	7	4	3	3	1	2	6	7	4	6	16	6	6	11	82
B - denní stacionáře	26	44	12	11	3	19	9	13	11	21	26	17	22	35	269
C - týdenní stacionáře	4	13	5	1	1	4	4	1	2	2	8	3	6	3	57
D - domovy pro osoby se zdrav. postižením	9	23	7	11	8	33	10	12	8	10	19	10	18	31	209
E - domovy pro seniory	28	73	39	26	14	40	19	37	26	24	47	34	38	69	514
F - domovy se zvláštním režimem	12	43	17	14	9	36	13	14	14	19	39	16	21	40	307
G - chráněné bydlení	15	29	12	6	5	23	5	10	8	12	21	13	12	34	205
H - azylové domy	25	15	13	9	5	27	7	6	9	7	22	20	12	34	211
I - domy na půl cesty	5	4	2	1	2	3	2	1	4	1	3	1	2	6	37
J - zařízení pro krizovou pomoc	9	4	5	2	2	3		1	4	1	4	2		4	41
K - nízkoprahová denní centra	4	8	1	1	3	7	2	1	4		5	6	4	12	58
L - nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	20	21	17	5	7	40	10	12	11	15	18	11	12	36	235
M - noclehárny	5	6	6	4	3	10	2	2	3		7	8	5	15	76
N - terapeutické komunity		3	3	1		1	1				2	1		1	13
O - sociální poradny	77	54	38	28	12	65	19	30	17	22	48	26	19	68	523
P - sociálně terapeutické dílny	10	19	18	6	4	20	7	3	10	10	10	5	10	20	152
Q - centra sociálně rehabilitačních služeb	44	30	17	10	5	21	5	23	16	17	19	15	15	29	266
R - pracoviště rané péče	5	4	4	3	1	1	1	3	2	3	5	2	2	7	43
S - intervenční centra	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	18
T - zařízení následné péče	7	2	3	2		3	1	1	2	2	5	2	1	11	42
CELKEM	313	403	223	145	86	359	124	178	156	173	325	199	206	468	3 358
Podíl zařízení v %	9%	12%	7%	4%	3%	11%	4%	5%	5%	5%	10%	6%	6%	14%	100%

Z dostupných přehledů o počtech poskytovatelů sociálních služeb (MPSV) vyplývá, že distribuce kapacit je mezi jednotlivými regiony ČR značně rozdílná. Jak dokládají i následující mapové přehledy, v některých kategoriích je mezi regiony ČR významný nepoměr a u řada forem služeb není v některých regionech vůbec zastoupena.

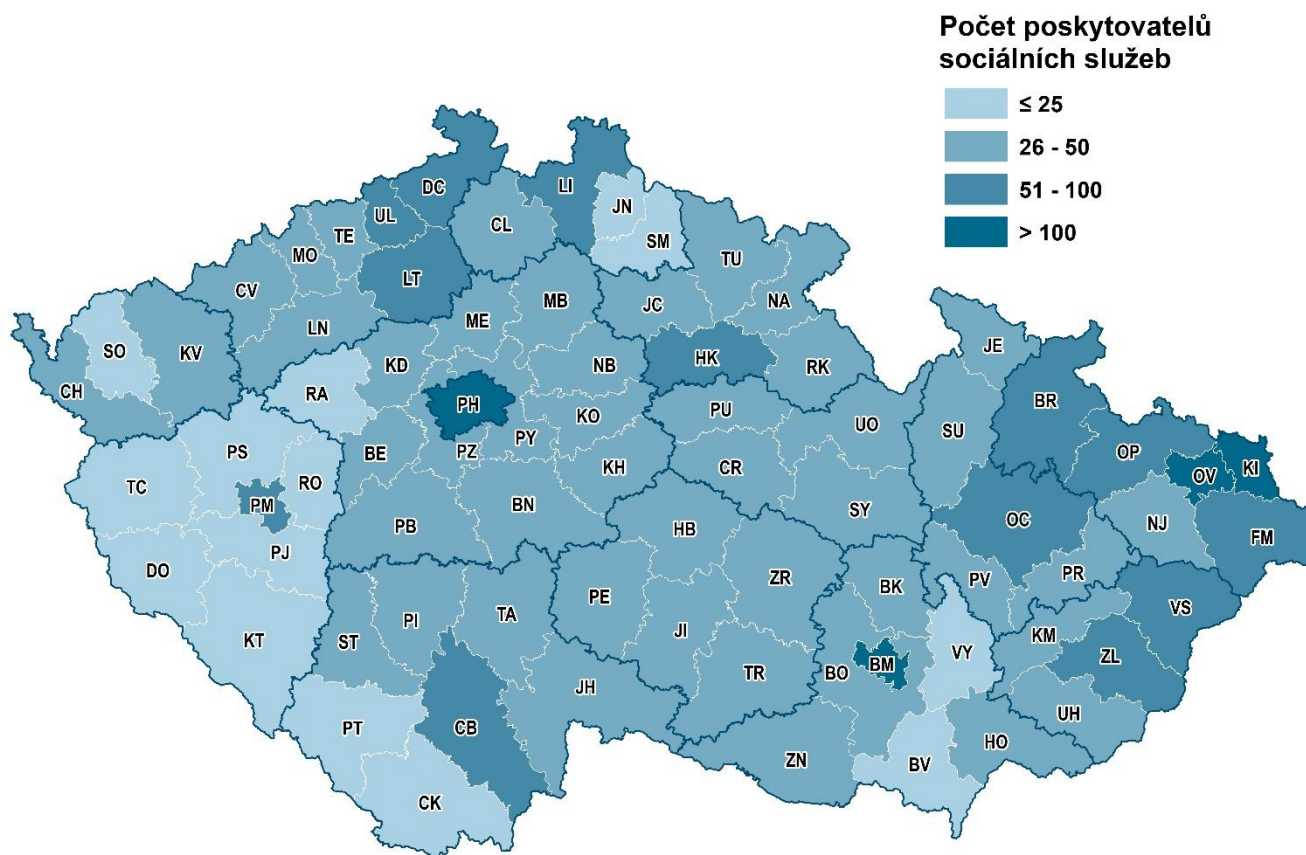
Počet obyvatel na jednoho poskytovatele sociálních služeb

Zdroj dat: Soc (MPSV) V 1-01 Roční výkaz o sociálních službách (2016)

Počet obyvatel na 1 poskytovatele sociálních služeb

Brno-venkov	8 374
Plzeň-jih	6 245
Plzeň-sever	6 001
Vyškov	5 361
Tachov	5 301
Praha-východ	5 210
Břeclav	5 019
Jablonec nad Nisou	4 744
Domažlice	4 386
Český Krumlov	4 368
Praha-západ	4 249
Žďár nad Sázavou	4 218
Praha	4 091
Hodonín	4 068
Ústí nad Orlicí	4 060
Prostějov	4 028
Česká Lípa	3 961
Náchod	3 947
Karlovy Vary	3 860
Kolín	3 831
Nymburk	3 765
Klatovy	3 759
Mladá Boleslav	3 730
Pardubice	3 714
Rokycany	3 706
Přerov	3 637
Sokolov	3 565
Znojmo	3 554
Kroměříž	3 535
Semily	3 531
Trutnov	3 493
Nový Jičín	3 449
Tábor	3 410

Blansko	3 383	Mělník	3 043	Chomutov	2 761	Opava	2 559	Kutná Hora	1 867
Šumperk	3 369	Liberec	2 989	Strakonice	2 719	Jihlava	2 449	Litoměřice	1 865
Kladno	3 262	Hradec Králové	2 969	Frýdek-Místek	2 704	Vsetín	2 430	Bruntál	1 756
Olomouc	3 205	Cheb	2 962	České Budějovice	2 703	<u>Brno-město</u>	<u>2 407</u>	Jeseník	1 443
Louny	3 198	Benešov	2 953	Zlín	2 700	Karviná	2 371		
Havlíčkův Brod	3 153	Jindř.Hradec	2 940	Prachatice	2 668	Most	2 352		
Beroun	3 146	Svitavy	2 894	Rychn. nad Kněžnou	2 626	Písek	2 215		
Třebíč	3 101	Teplice	2 855	Chrudim	2 601	Pelhřimov	2 181		
Uherské Hradiště	3 099	Rakovník	2 765	Příbram	2 596	Ústí nad Labem	1 988		
Plzeň-město	3 051	Ostrava-město	2 765	Jičín	2 564	Děčín	1 868		

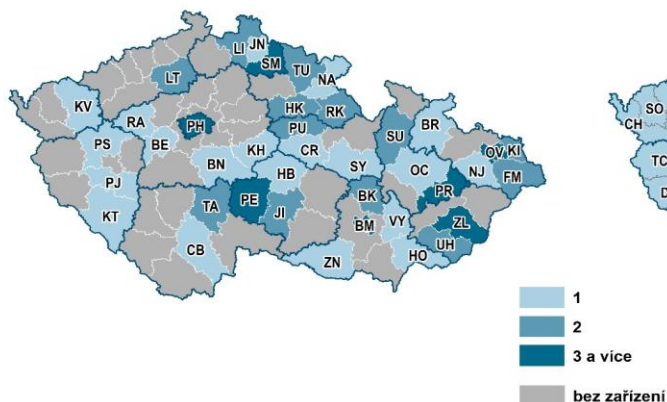


Z dostupných přehledů o počtech poskytovatelů sociálních služeb (MPSV) vyplývá, že distribuce kapacit je mezi jednotlivými regiony ČR značně rozdílná.

Poskytovatelé sociálních služeb – mapové srovnání regionů I.

Zdroj dat: Soc (MPSV) V 1-01 Roční výkaz o sociálních službách (2016)

Centra denních služeb



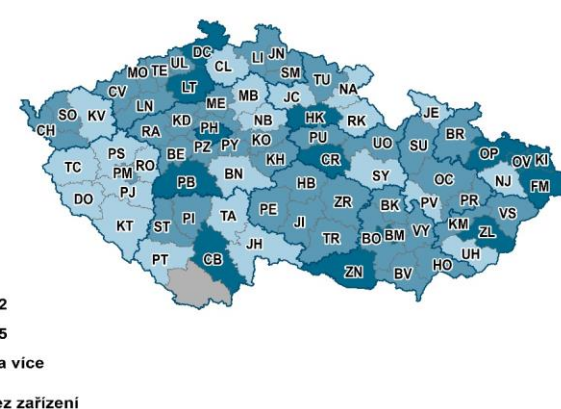
Denní stacionáře



Domovy pro seniory



Domovy se zvláštním režimem



Týdenní stacionáře



Domovy pro osoby se zdrav. post.



Chráněné bydlení



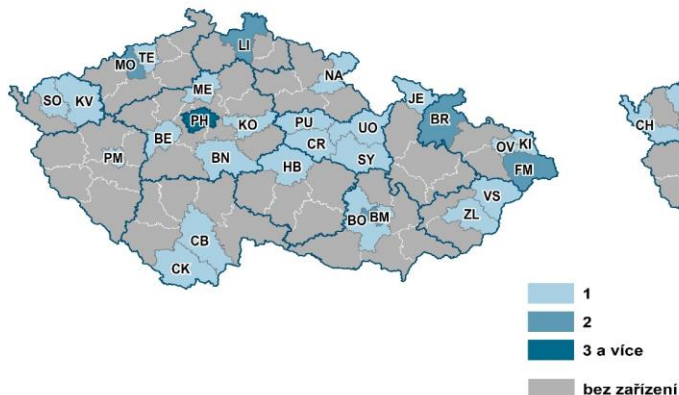
Azylové domy



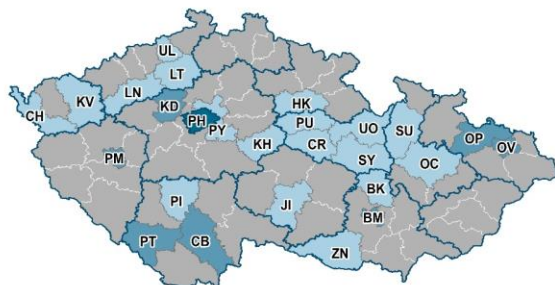
Poskytovatelé sociálních služeb – mapové srovnání regionů II.

Zdroj dat: Soc (MPSV) V 1-01 Roční výkaz o sociálních službách (2016)

Domy na půl cesty



Zařízení pro krizovou pomoc



Noclehárny



Terapeutické komunity



Nízkoprahová denní centra



Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež



Sociální poradny



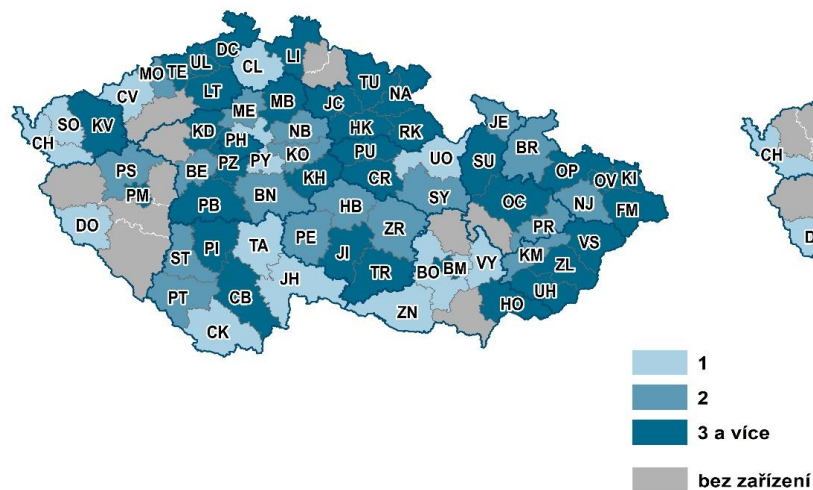
Sociálně terapeutické dílny



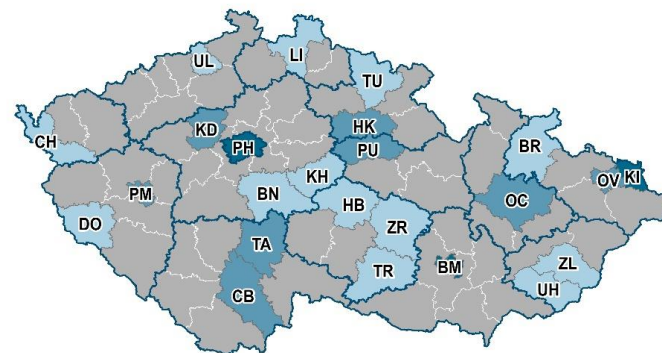
Poskytovatelé sociálních služeb – mapové srovnání regionů III.

Zdroj dat: Soc (MPSV) V 1-01 Roční výkaz o sociálních službách (2016)

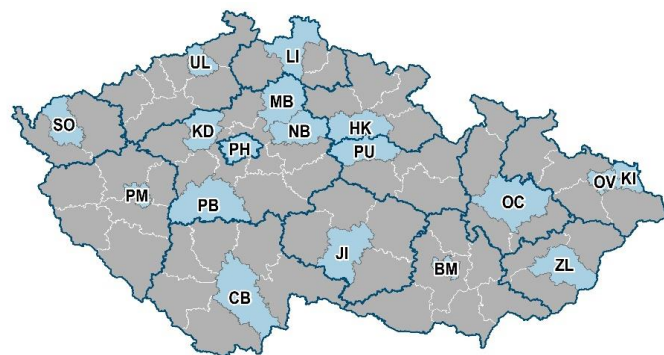
Centra sociálně rehabilitačních služeb



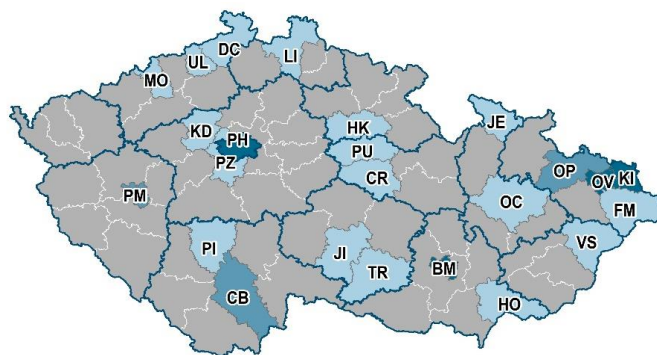
Pracoviště rané péče



Intervenční centra



Zařízení následné péče



Mezi nečastější a také relativně rovnoměrně zastoupené typy sociálních služeb v regionech patří sociální poradny, domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, a částečně též centra sociálně rehabilitačních služeb. U celkově četných azylových domů a chráněného bydlení existují zcela nepokryté regiony. 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.

Kapacita a klienti poskytovatelů sociálních služeb

Zdroj dat: Soc (MPSV) V 1-01 Roční výkaz o sociálních službách (2016)

Ukazatel	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK	Celkem
Kapacita pobytové sociální služby	5 104	10 366	5 328	4 717	2 140	8 515	2 441	4 186	4 398	3 931	8 553	5 720	5 242	9 779	80 420
z toho počet lůžek v ústavním zařízení sociální péče	3 271	6 537	3 694	2 915	1 591	5 792	1 565	3 327	3 110	2 504	5 106	3 767	3 747	6 071	52 997
Počet - 1 lůžkových pokojů	1 447	2 004	1 444	862	541	2 620	653	758	1 113	1 000	1 948	1 138	1 534	2 861	19 923
Počet - 2 lůžkových pokojů	1 246	2 595	1 372	1 404	538	2 007	691	1 201	1 289	946	2 112	1 601	1 411	2 528	20 941
Počet - 3 a vícelůžkových pokojů	361	1 007	330	318	166	596	127	315	261	334	877	656	282	564	6 194

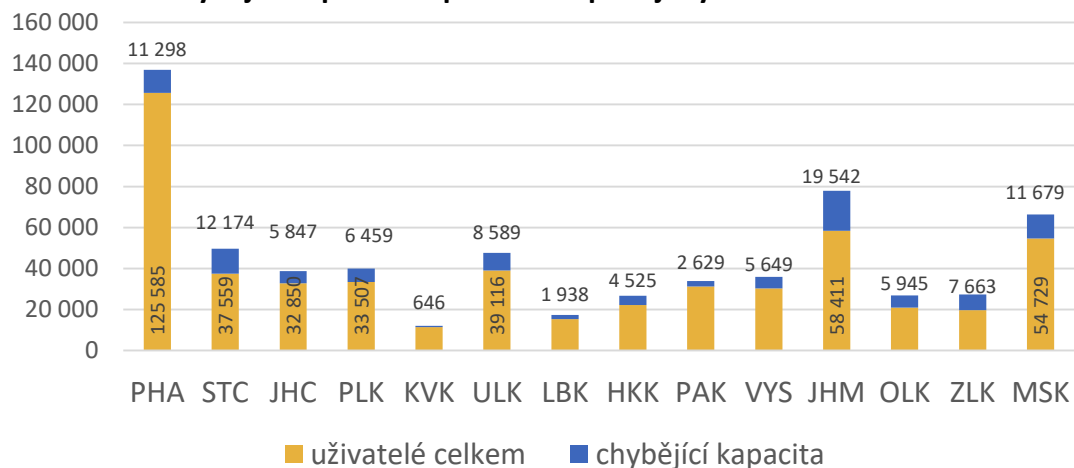
Ukazatel	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK	Celkem
Počet uživatelů (klientů) k 31. 12. 2015	4 151	9 293	4 922	4 262	1 874	7 695	2 089	3 817	4 060	3 605	8 003	5 286	5 002	8 679	72 738
Ve sledovaném roce uživatelé (klienti) - přijetí	3 878	4 560	2 529	2 077	972	3 609	1 099	1 563	1 917	1 416	3 790	2 484	1 738	4 852	36 484
Ve sledovaném roce uživatelé (klienti) - odešli	2 635	1 849	1 304	1 092	584	2 011	404	655	1 017	487	1 981	1 287	779	2 462	18 547
Ve sledovaném roce uživatelé (klienti) - zemřelí	924	2 238	1 120	905	378	1 450	575	820	856	770	1 606	1 028	939	1 854	15 463
Počet uživatelů (klientů) k 31. 12. 2016	4 470	9 766	5 027	4 342	1 884	7 843	2 209	3 905	4 104	3 764	8 206	5 455	5 022	9 215	75 212

Chybějící kapacita poskytovatelů sociálních služeb

Zdroj dat: Soc (MPSV) V 1-01 Roční výkaz o sociálních službách (2016)

Uživatelé (klienti)	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK	Celkem
Uživatelé celkem	125 585	37 559	32 850	33 507	11 472	39 116	15 396	22 261	31 259	30 275	58 411	20 922	19 660	54 729	533 002
Celkový počet Uživatelé - do 18 let	8 012	5 844	7 021	6 220	1 024	7 432	1 528	2 143	2 681	3 451	6 040	2 477	1 395	6 451	61 719
Celkový počet Uživatelé - muži	63 200	12 412	9 839	12 216	4 209	13 914	5 604	8 122	13 266	10 595	22 606	8 842	6 801	21 251	212 877
Celkový počet Uživatelé - ženy	54 373	19 303	15 990	15 071	6 239	17 770	8 264	11 996	15 312	16 229	29 765	9 603	11 464	27 027	258 406
z toho počet uživatelů (klientů) podle §91a zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách Uživatelé - do 18 let	0	194	34	56	315	438	0	137	181	29	264	0	0	3	1 651
z toho počet uživatelů (klientů) podle §91a zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách Uživatelé - muži	5	93	385	40	311	146	238	117	56	55	71	48	217	190	1 972
z toho počet uživatelů (klientů) podle §91a zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách Uživatelé - ženy	20	134	788	43	521	127	121	154	71	104	96	57	377	414	3 027
Evidenční počet neuspokojených žadatelů o sociální službu	11 298	12 174	5 847	6 459	646	8 589	1 938	4 525	2 629	5 649	19 542	5 945	7 663	11 679	104 583

Chybějící kapacita -> počet neuspokojených žadatelů v roce 2016



Poskytovatelé sociálních služeb vykazují chybějící kapacitu vyjádřenou v počtu, resp. podílu neuspokojených klientů v daném kalendářním roce. Z dostupných dat vyplývá, že průměr podílu neuspokojených žadatelů (klientů) za všechny regiony ČR je 20%, přičemž např. v STC je to 32% a nejvyšší podíl je ve Zlínském kraji, a to 39%. V absolutním počtu neuspokojených klientů dominují očekávatelně nejlidnatější regiony, tedy PHA, JHM, MSK.

„ZDRAVÍ 2030“ – analytická studie



Počty a kapacita zdravotnických pracovníků

Počty pracovníků v nemocniční a ambulantní péči – celkový přehled

Zdroj: NRHZS

Stav k 31.12. daného roku.

Rok	Kategorie pracovníka									
	Lékaři - nemocnice		Lékaři - ambulance		Zubní lékaři - ambulance		NLZP* - nemocnice		NLZP* - ambulance	
	N	Počet obyvatel na jednoho lékaře	N	Počet obyvatel na jednoho lékaře	N	Počet obyvatel na jednoho lékaře	N	Počet obyvatel na jednoho NLZP	N	Počet obyvatel na jednoho NLZP
2010	21 169	498	18 941	556	7 063	1 491	51 547	204	15 634	674
2011	22 100	475	19 313	544	7 215	1 456	54 464	193	16 024	656
2012	22 627	465	19 598	537	7 314	1 438	55 443	190	16 715	629
2013	23 051	456	19 798	531	7 434	1 414	55 993	188	17 153	613
2014	23 428	450	20 146	523	7 618	1 383	56 232	187	17 429	605
2015	23 745	444	20 429	517	7 794	1 354	56 239	188	17 978	587
2016	24 090	439	20 859	507	7 902	1 339	56 799	186	18 405	575
2017	24 706	429	21 199	500	7 958	1 333	57 389	185	18 497	574

V ČR je dobudován informační systém umožňující kvantifikovat personální kapacity v nemocničním i ambulantním segmentu péče. Sledovány jsou lékaři i nelékařští zdravotničtí pracovníci dle profesí, systém umožňuje z více zdrojů dat monitorovat počty pracovníků i jejich úvazky. Při sledování pracovníků skutečně aktivních ve zdravotnictví je nejvýznamnějším zdrojem informací Národní registr hrazených zdravotních služeb (NRHZS), jehož primárním editorem jsou zdravotní pojišťovny. Tento systém dále doplňují a verifikují pravidelná resortní statistická šetření sledující dostupné úvazky u poskytovatelů zdravotních služeb.

Celkové shrnutí v obecných kategoriích pracovníků přináší tato data (rok 2017):

- V ČR aktivně působí přibližně 45900 lékařů, z toho 24 700 v lůžkové péči; celková kapacita lékařů představuje více než 42 000 úvazků
- Zdravotní pojišťovny dále mapují téměř 80 000 nelékařských zdravotnických pracovníků uvedených v přílohách smluv s poskytovateli zdravotních služeb

* nelékařský zdravotnický pracovník vyjma klinického psychologa, klinického logopeda a fyzioterapeuta

Úvazky pracovníků v nemocniční a ambulantní péči – celkový přehled

Zdroj: Výkaz E (MZ) 2-01, E (MZ) 3-01 a E (MZ) 4-01

Stav k 31.12. daného roku.

Kategorie	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Rozdíl 17-16	Rozdíl v %
Lékaři	39 720	40 045	40 732	41 290	41 703	42 012	309	101%
Zubní lékaři	7 247	7 413	7 292	7 577	7 462	7 541	80	101%
Farmaceuti	6 265	6 478	6 475	6 521	6 301	6 464	163	103%
Všeobecné sestry a porodní asistentky	83 702	83 090	82 744	82 688	82 680	82 345	-334	100%
Ostatní nelékaři s odbornou způsobilostí	23 746	24 113	24 273	24 753	24 007	28 098	4 091	117%
Nelékaři s odbornou a specializovanou způsobilostí	10 537	10 835	11 141	11 335	11 882	12 326	444	104%
Nelékaři pod odborným dohledem	31 434	31 946	32 825	34 297	35 503	33 430	-2 073	94%
Jiní odborní pracovníci a dentisté	3 344	3 415	3 544	3 448	2 474	2 580	107	104%
Celkem	205 995	207 336	209 024	211 908	212 011	214 797	2 786	101%

Resortní statistická šetření přináší každý rok celkový přehled o dostupné kapacitě zdravotnických pracovníků, a to v počtech přepočítaných úvazků. Celkem je takto v systému kvantifikována kapacita lékařů v celkovém počtu přibližně 42 000 úvazků, dále zubních lékařů (7540 úvazků) a farmaceutů (6460 úvazků).

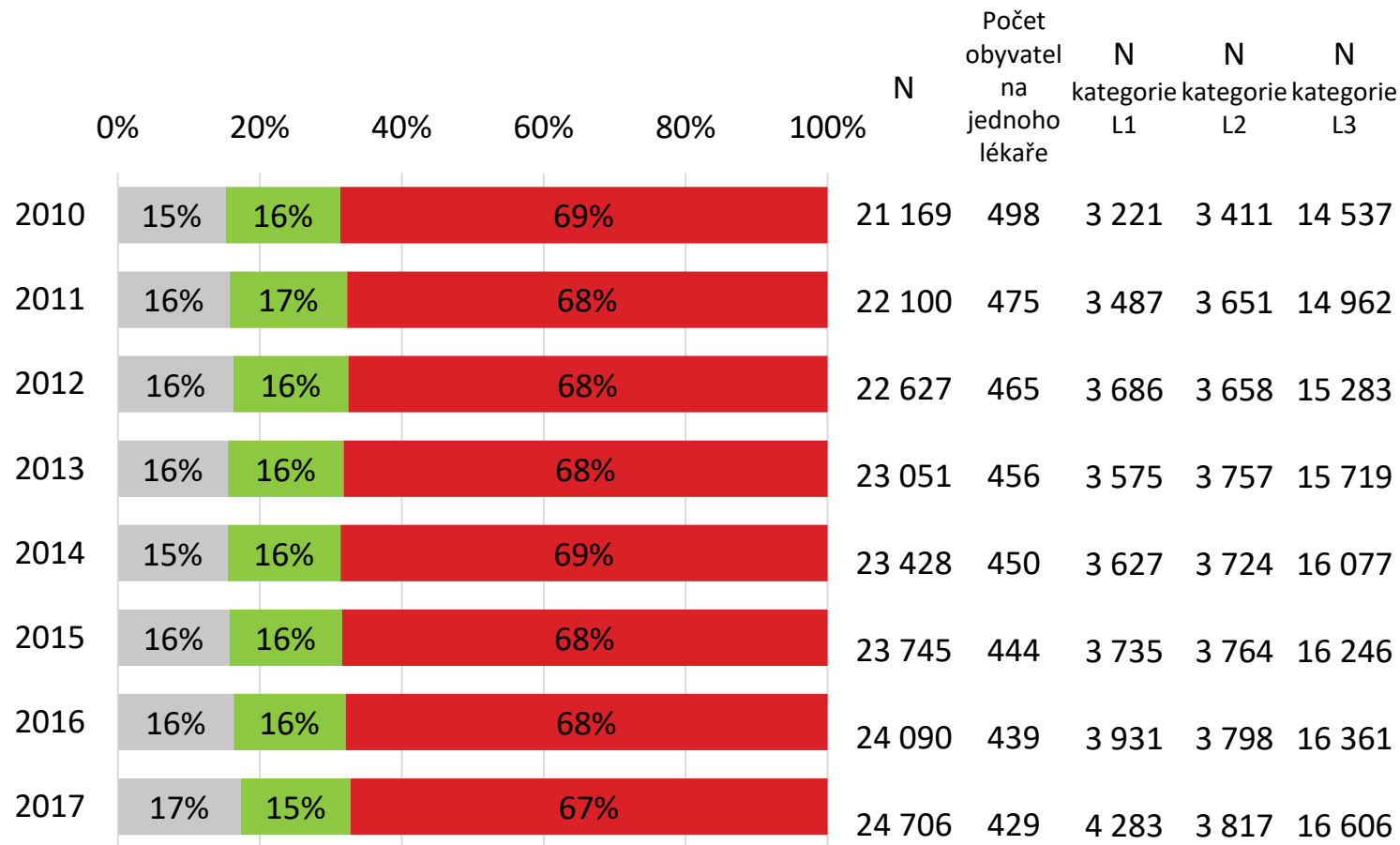
Všeobecné sestry a porodní asistentky vykazují úhrnně 82 300 aktivních plných úvazků v systému.

Celkový počet úvazků všech aktivních zdravotnických pracovníků dosáhl v roce 2017 hodnoty 214 797.

Počty lékařů v nemocniční péči

Zdroj: NRHZS

Stav k 31.12. daného roku.



Kategorie pracovníků: ■ L1 ■ L2 ■ L3

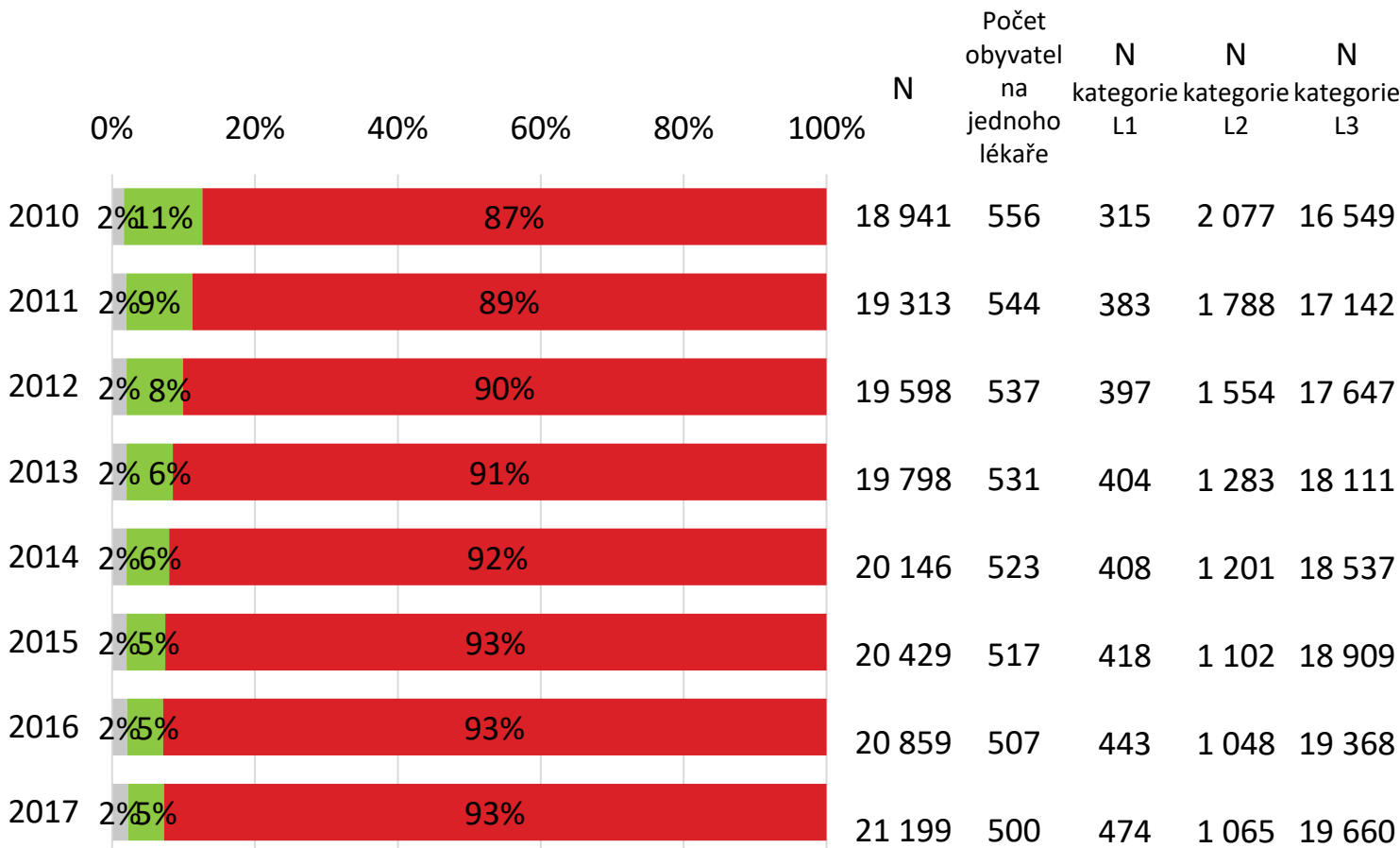
Struktura lékařů v nemocniční péči kategorií L1-L3 se v rámci let 2010 – 2017 výrazně nemění. Z kvantitativního hlediska počet lékařů mírně narůstá a klesá počet obyvatel na jednoho lékaře. Ročně v ČR přibývá do systému poskytovatelů zdravotních služeb přibližně + 300 až + 350 plných úvazků lékařů. Tato hodnota je relativně nízká uvažíme-li, že produkce lékařských fakult dosahuje ročně hodnoty převyšující až 1000 očekávatelných nových úvazků. Důvodů tohoto rozdílu je více:

- určitá kapacita nových absolventů lékařských fakult je absorbována mimo zdravotnictví (posudkové lékařství, hygiena, výzkum, další studium)
- část absolventů-lékařů nenastupuje do zdravotnictví anebo odchází do zahraničí
- každoročně přibližně 400 - 500 úvazků lékařů ze systému odchází z důvodů dosažení vysokého / důchodového věku

Počty lékařů v ambulantní péči

Zdroj: NRHZS

Stav k 31.12. daného roku.



Kategorie pracovníků: ■ L1 ■ L2 ■ L3

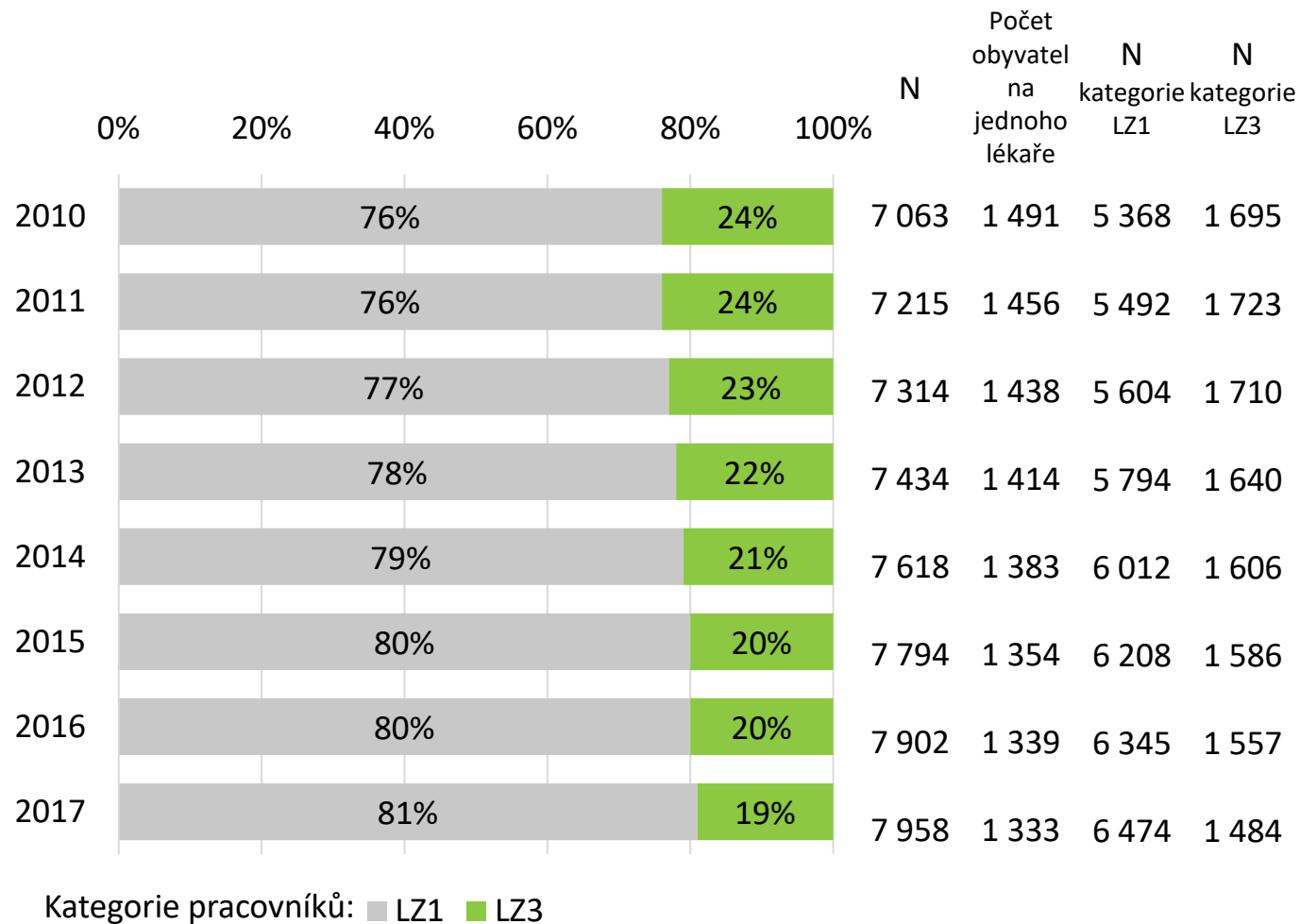
Počty lékařů v ambulantní péči v období 2010 – 2017 zaznamenávají mírný nárůst, navíc dochází ke zvětšování podílu kategorie L3 (k 31.12.2017 se jednalo o 19 660 pracovníků kategorie L3, což je 93% ze všech lékařů v ambulantní péči). Problémem ambulantní péče v ČR není absolutní počet, ale struktura odborností a geograficky asymetrické rozmístění v ní působících lékařů.

Detailní analýzy identifikují problémy ve struktuře kapacit (nepoměr mezi ambulantními specialisty a praktickými lékaři), dále v nerovnoměrné regionální distribuci dostupných kapacit a u praktických lékařů problém s jejich demografickým stárnutím, které není vyvažováno odpovídajícími vstupy nových kapacit.

Počty zubních lékařů v ambulantní péči

Zdroj: NRHZS

Stav k 31.12. daného roku.



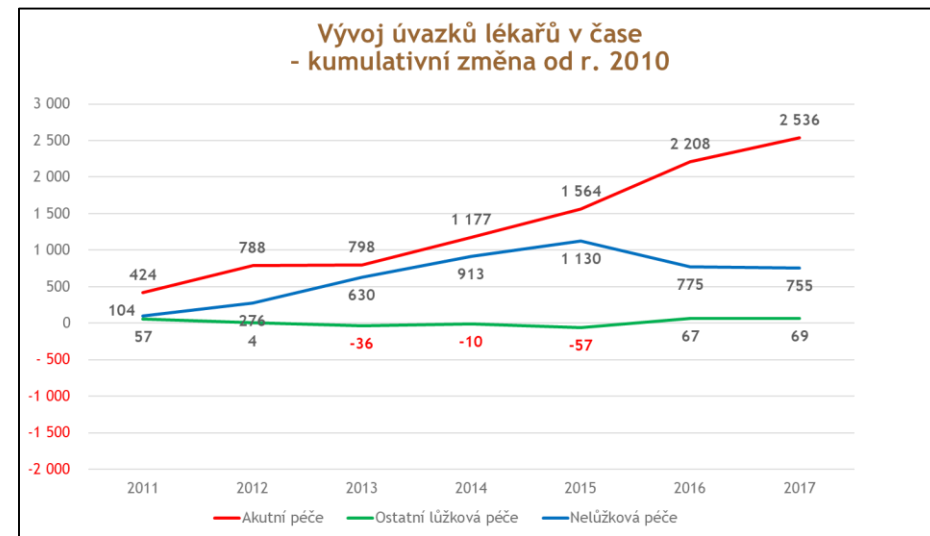
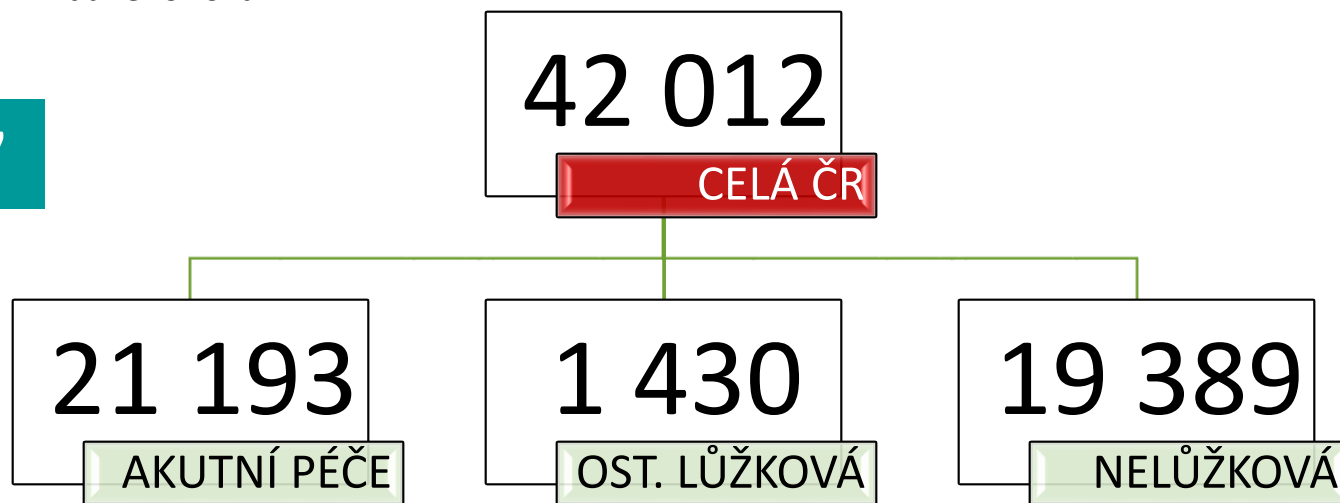
Počty zubních lékařů v ambulantní péči v období 2010 – 2017 zaznamenávají mírný nárůst, navíc dochází ke zvětšování kategorie LZ1 (k 31.12.2017 se jednalo o 6 345 pracovníků kategorie LZ1, což je 81% ze všech zubních lékařů v ambulantní péči). Tento trend je pozitivní a velmi žádoucí, neboť vede k omlazení této skupiny specialistů.

Kapacity lékařů v ČR v počtu úvazků dle segmentů péče

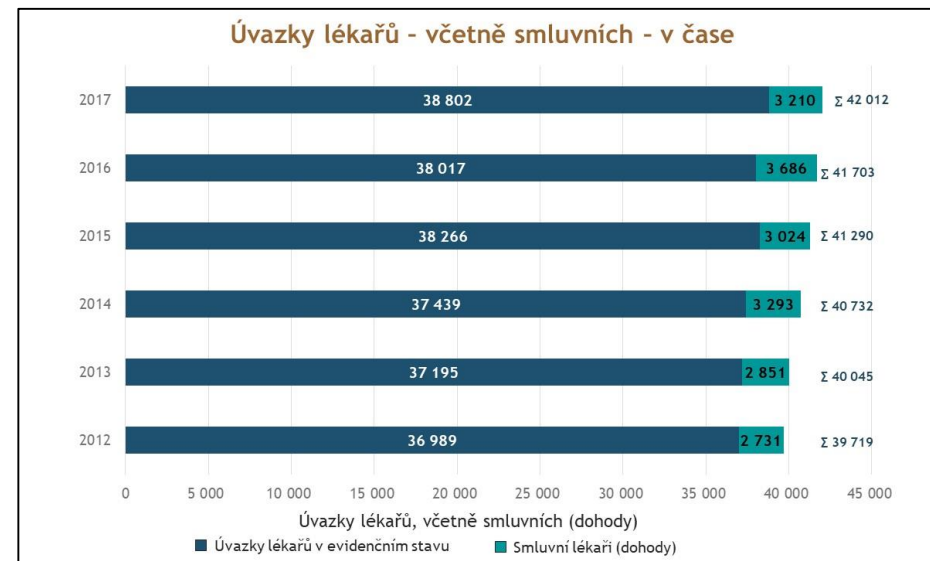
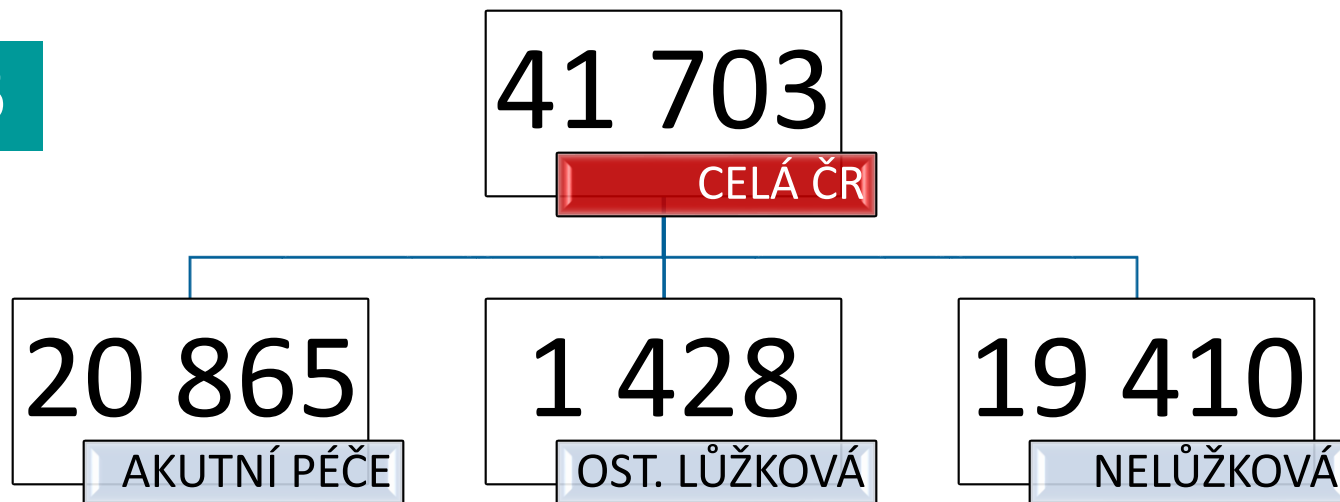
Zdroj: Výkaz E (MZ) 2-01, E (MZ) 3-01 a E (MZ) 4-01

Stav k 31.12. daného roku.

2017



2016

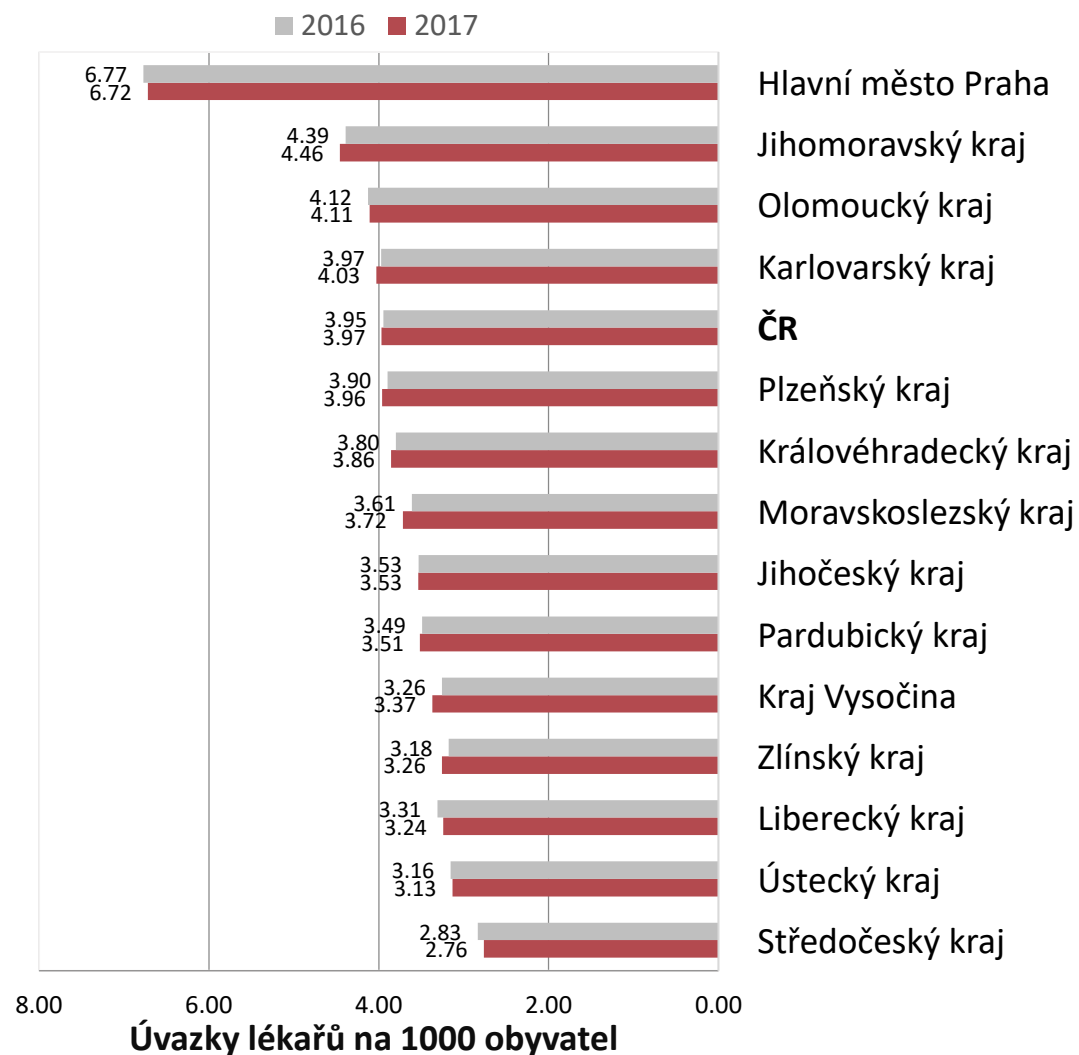


Regionální rozložení úvazků lékařů v ČR

Zdroj: Výkaz E (MZ) 2-01, E (MZ) 3-01 a E (MZ) 4-01

Stav k 31.12. daného roku.

Všechny segmenty péče

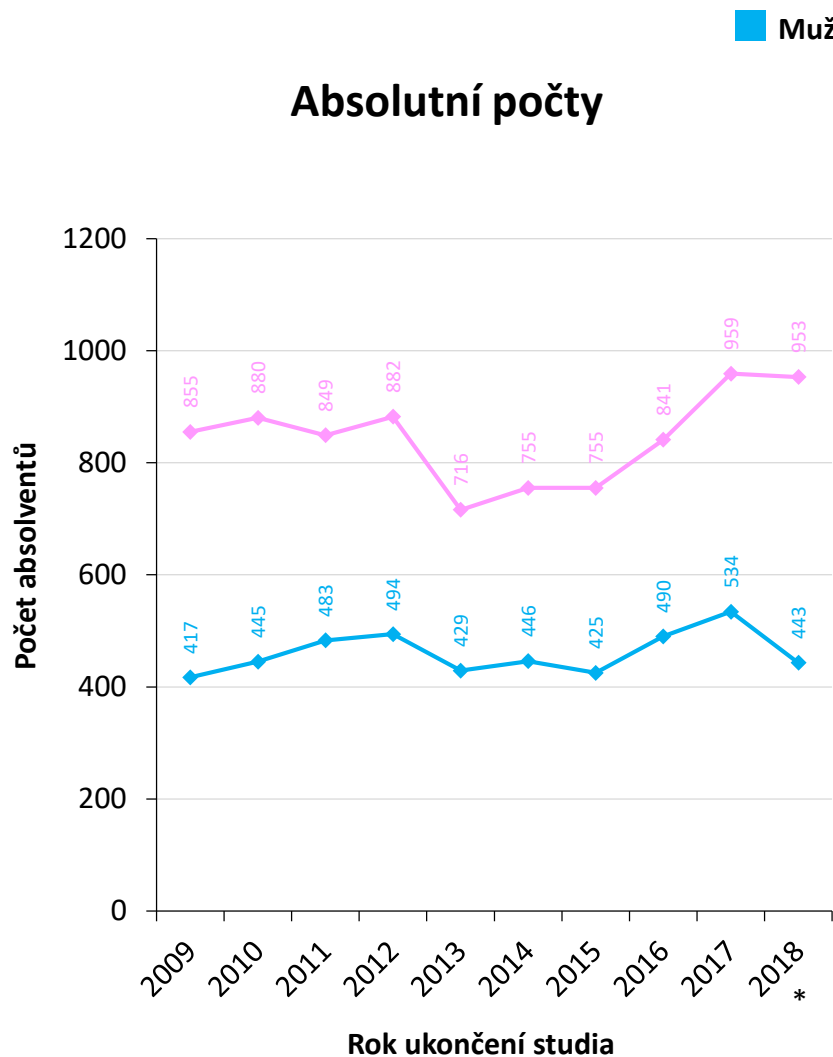


V ČR působí celkově přibližně 4,0 úvazků lékařů na 1000 obyvatel, což je hodnota mírně nadprůměrná v mezinárodním srovnání zemí OECD, nicméně ale podprůměrná ve srovnání s obdobnými zdravotnickými systémy jako je Německo či Rakousko (4,1 – 4,3 úvazku na 1000 obyvatel).

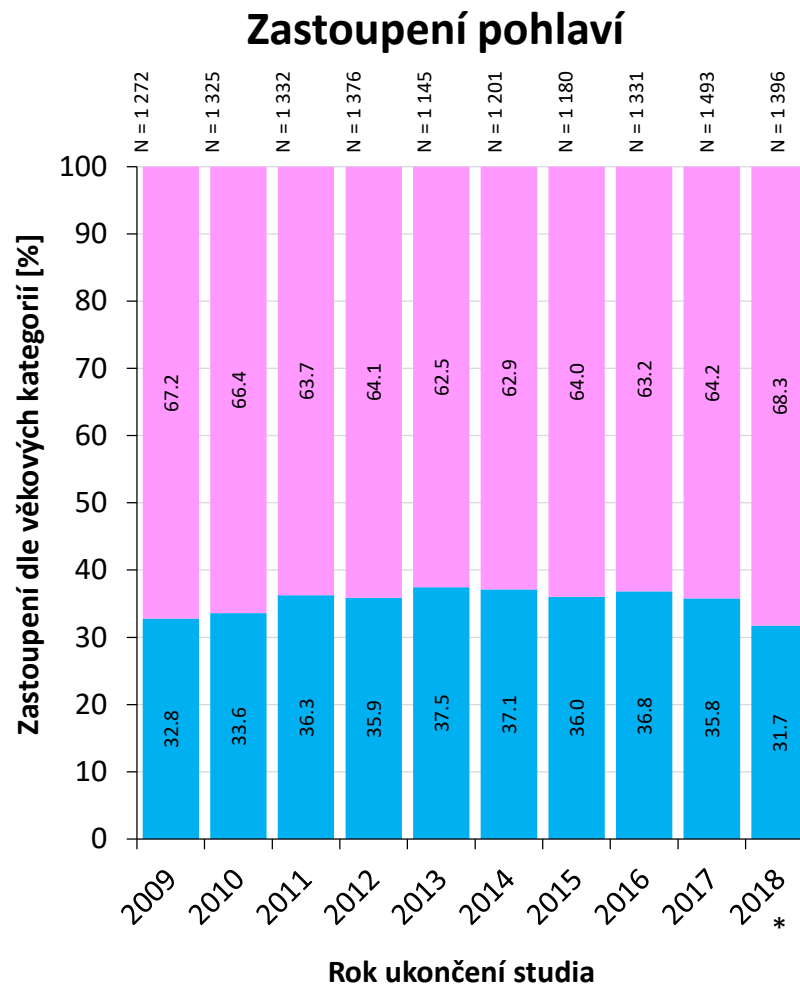
Velkým problémem ČR je nerovnoměrná distribuce kapacit lékařů v systému. Na té je jasně patrný vliv velkých měst a fakultních nemocnic, zejména v Brně a Praze, kde dostupné kapacity přesahují 6,5 úvazku lékaře na 1000 obyvatel. Naopak v krajích Středočeském, Ústeckém, Libereckém a Zlínském jsou hodnoty nižší než 3,3 úvazku na 1000 obyvatel a tyto lze interpretovat jako podprůměrné i z mezinárodního evropského hlediska.

Lékaři – absolventi lékařských fakult – dle pohlaví

Zdroj: Národní registr zdravotnických pracovníků (NR-ZP), stav k 2. 1. 2019



* za rok 2018 jsou uvedeny předběžné údaje

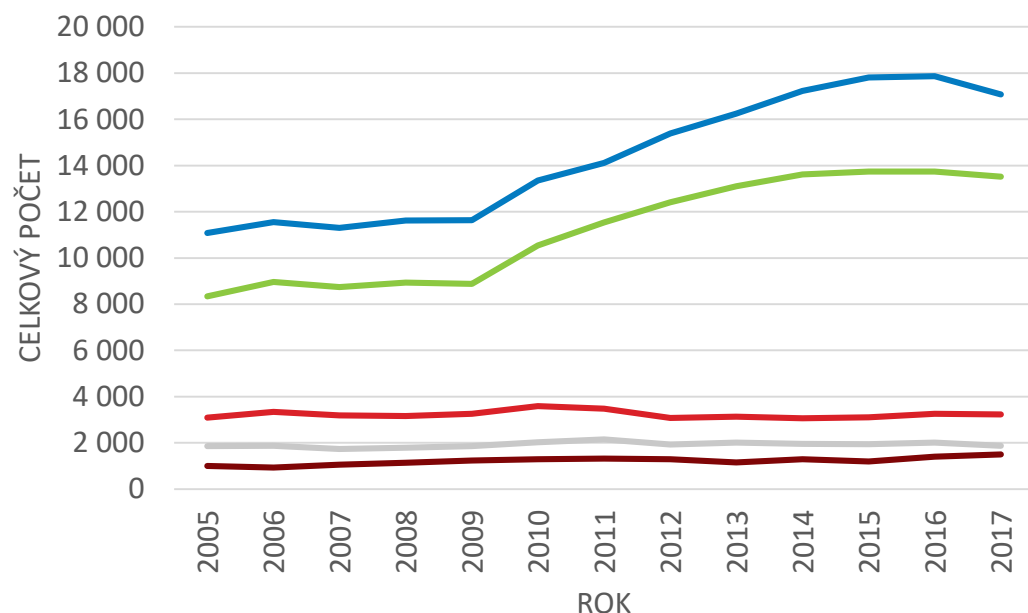


Určitým problémem demografické struktury populace českých lékařů je rovněž nevyváženost podílu pohlaví. Zejména v posledních deseti letech absolvuje lékařské fakulty výrazně vyšší podíl žen než mužů (průměrně 64% : 36%) a tento nepoměr se v čase mírně prohlubuje. Značná feminizace povolání lékaře musí být promítnuta do modelů predikujících dostupnost kapacit v následujících letech, neboť předpokládané odchody lékařek na mateřskou dovolenou budou mít na zajištění rozsahu péče značný vliv.

Zájem o studium lékařských fakult v ČR

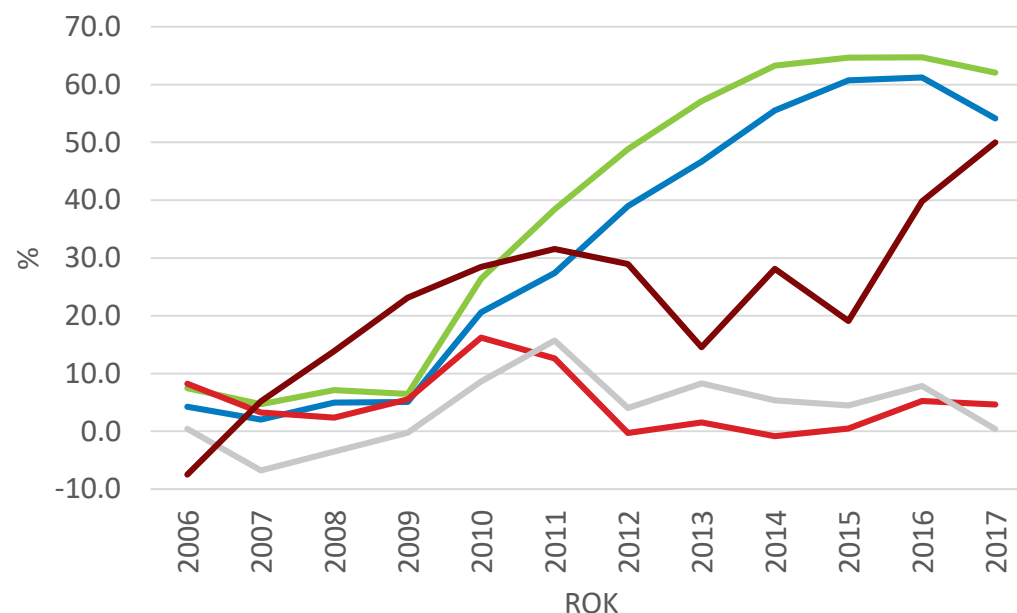
Zdroj: Národní registr zdravotnických pracovníků (NR-ZP), stav k 2. 1. 2019

Absolutní počty přihlášek a studentů



Počet přihlášek Dostavilo se Přijato Zapsalo se Absolventi

Změna proti roku 2005 (výchozí stav)



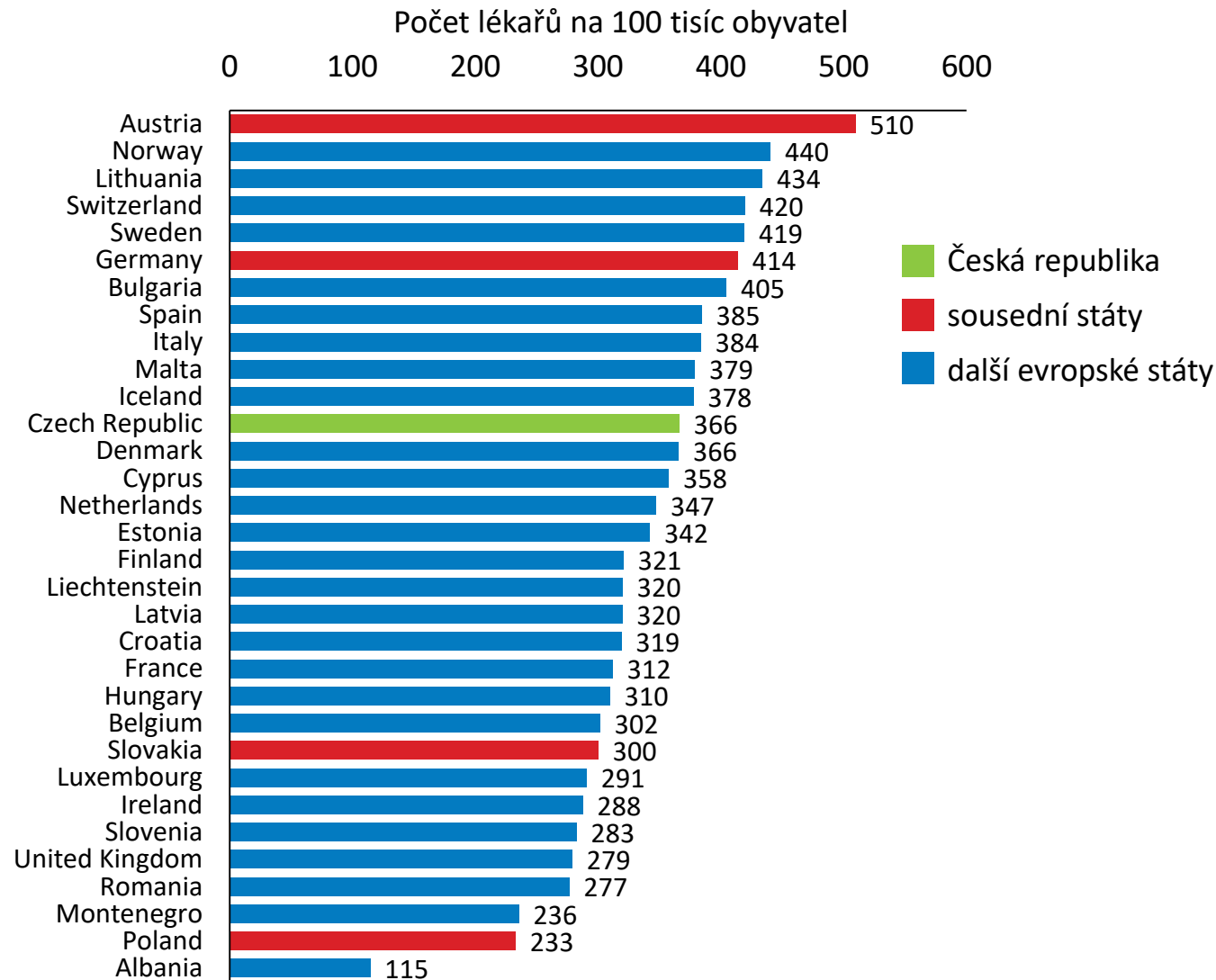
Počet přihlášek Dostavilo se Přijato Zapsalo se Absolventi

Zájem o studium lékařských fakult neklesá, naopak počty přihlášených uchazečů, i jejich účast na přijímacím řízení od roku 2006 významně narostly. I tato data byla podkladem prediktivních modelů, na jejichž základě schválila v roce 2018 Vláda ČR dlouhodobý program podpory výuky Všeobecného lékařství, a to konkrétně navýšení počtu studujících o 15 %. Toto opatření by mělo významně přispět k omlazení populace českých lékařů a nasycení chybějících personálních kapacit. Pro další období budou klíčové motivační a podpůrné programy, které budou absolventy LF směřovat do oblastí, kde jsou nejvíce třeba.

Mezinárodní srovnání počtů lékařů v evropských státech

Zdroj: pro ČR NRHZS; ostatní: Eurostat

Stav ČR je k 31. 12. 2015

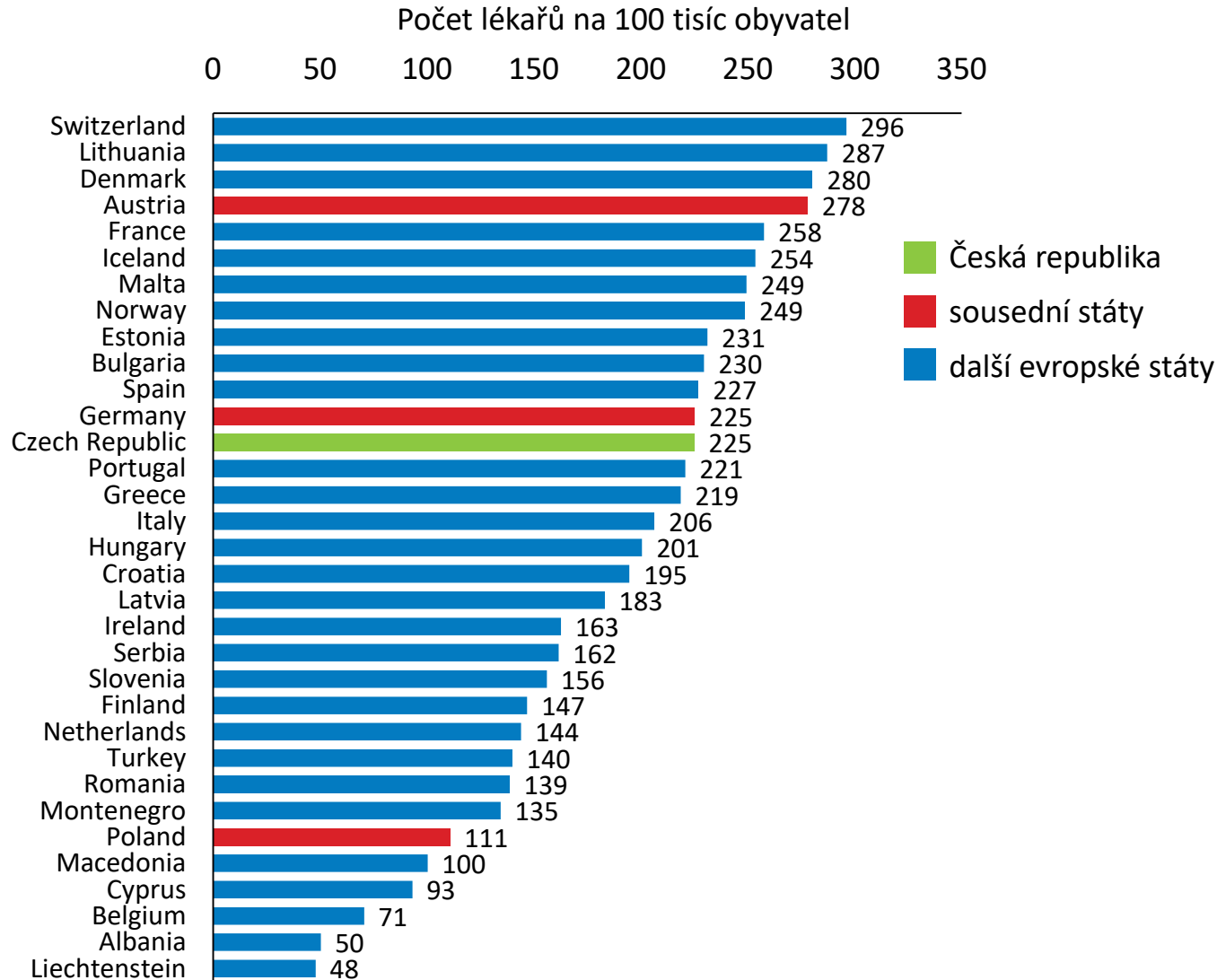


Z pohledu počtu lékařů na obyvatele nevybočuje ČR z průměru evropských států s 366 lékaři na 100tis obyvatel, stejný počet má potom Dánsko. Oproti Slovensku má ČR o 18% více lékařů na 100tis obyvatel.

Mezinárodní srovnání počtů lékařů v nemocnicích v evrop. státech

Zdroj: pro ČR NRHZS; ostatní: Eurostat

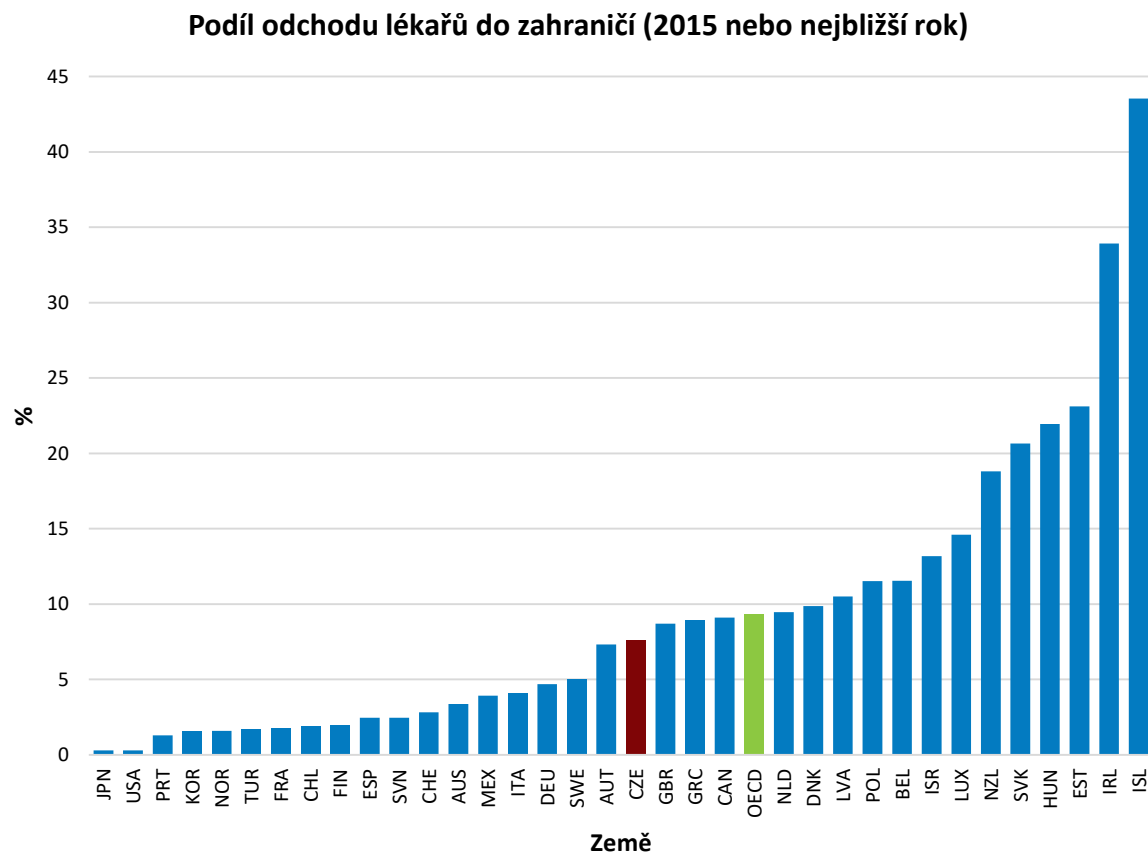
Stav ČR je k 31. 12. 2015



Z pohledu počtu lékařů v nemocnicích na obyvatele nevybočuje ČR z průměru evropských států s 225 nemocničními lékaři na 100tis obyvatel, stejný počet má například Německo.

Míra odchodu lékařů do zahraničí

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



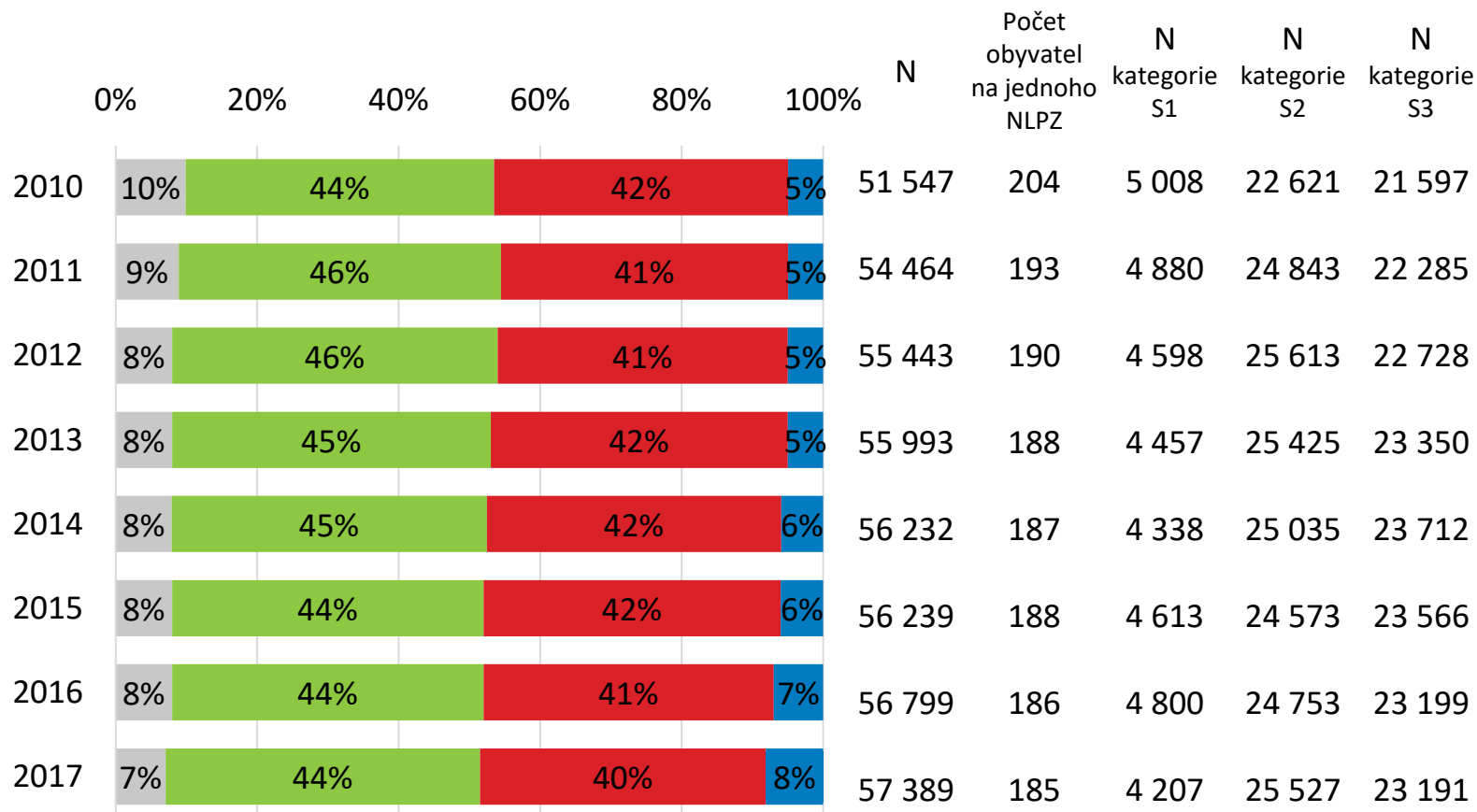
Počet lékařů je ovlivněn odchodem lékařů do zahraničí, i když míra odchodu do zahraničí je v ČR stále nižší než je průměr zemí OECD.

Čeští lékaři jsou k odchodu či práci v zahraničí motivováni vyššími mzdami a lepšími vnímanými pracovními podmínkami. Vzhledem k blízkosti Německa a Rakouska je možné, že mezinárodně sledované ukazatele odchodu do zahraničí nezachycují reprezentativně všechny situace, protože lékaři mohou do těchto zemí za prací dojíždět, a tím těžit z lepších mezd a pracovních podmínek. Ve střednědobém a dlouhodobém horizontu je k zajištění dostatečné nabídky nutné udržet lékaře a vytvářet pobídky k přilákání většího počtu českých studentů na lékařské fakulty.

Počty NLZP* v nemocniční péči

Zdroj: NRHZS

Stav k 31.12. daného roku.



Kategorie pracovníků: ■ S1 ■ S2 ■ S3 ■ S4

Celkový počet NLZP v nemocniční péči se v rámci let 2010-2017 zvyšuje, struktura kategorií S1-S4 v čase nevykazuje výrazný trend.

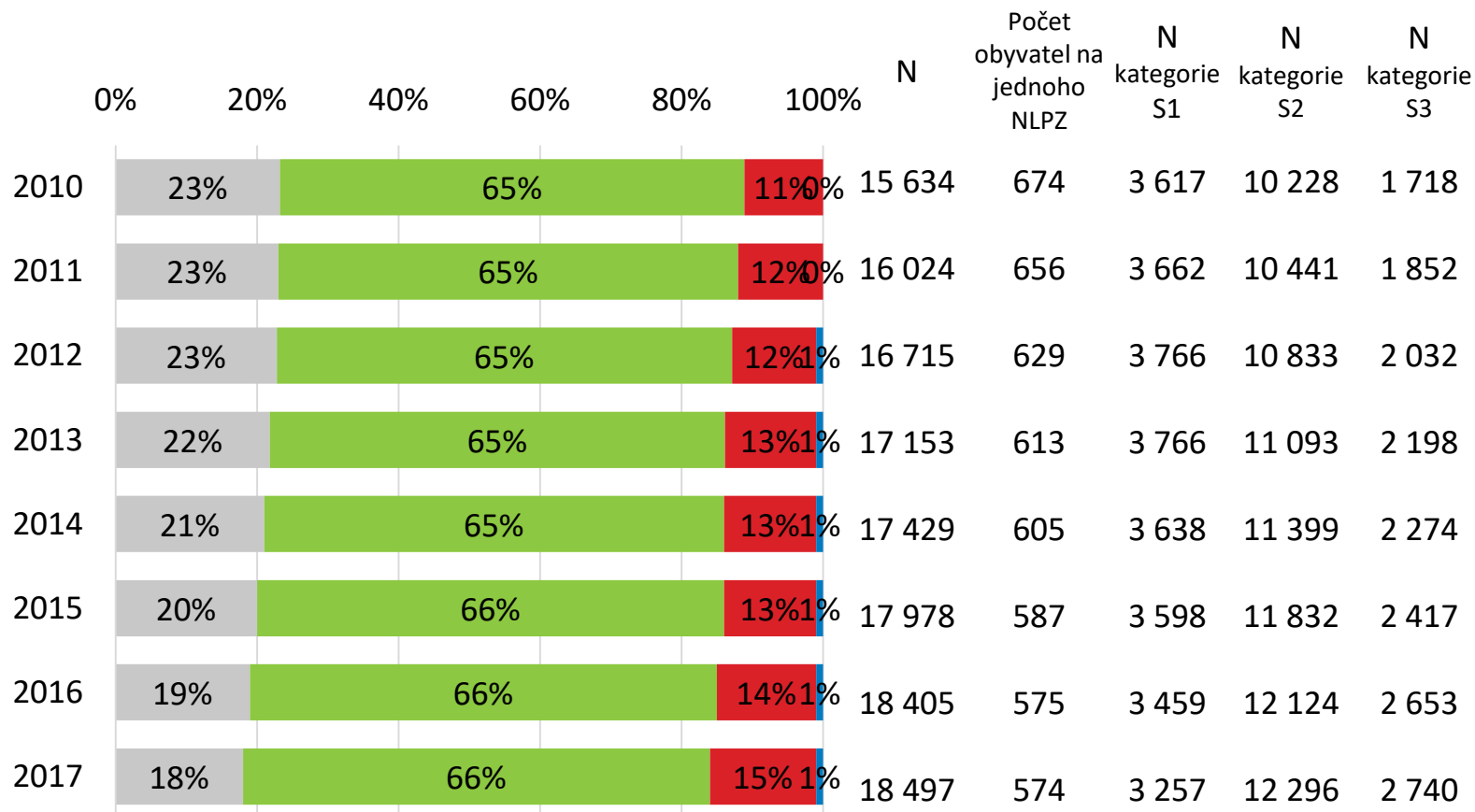
* nelékařský zdravotnický pracovník vyjma klinického psychologa, klinického logopeda a fyzioterapeuta:

- **S1** - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením (ZPOD)-
- **S2**- náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (ZPBD)
- **S3** - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru (ZPBD s příslušnou specializací) nebo zvláštní odbornou způsobilostí
- **S4** – náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci zdravotnického pracovníka s vysokoškolským vzděláním, specializovanou způsobilostí nebo zvláštní odbornou způsobilostí

Počty NLZP* v ambulantní péči

Zdroj: NRHZS

Stav k 31.12. daného roku.



Kategorie pracovníků: ■ S1 ■ S2 ■ S3 ■ S4

Celkové počty NLZP v ambulantní péči v období 2010 – 2017 zaznamenávají mírný nárůst, navíc dochází ke zvětšování podílu kategorie S3 a naopak ke snižování podílu kategorie S1 (kde mezi roky 2010 – 2017 došlo ke snížení již o 5%).

* nelékařský zdravotnický pracovník vyjma klinického psychologa, klinického logopeda a fyzioterapeuta:

- **S1** - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením (ZPOD)-
- **S2**- náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (ZPBD)
- **S3** - náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru (ZPBD s příslušnou specializací) nebo zvláštní odbornou způsobilostí
- **S4** – náročnost výkonu odpovídá kvalifikaci zdravotnického pracovníka s vysokoškolským vzděláním, specializovanou způsobilostí nebo zvláštní odbornou způsobilostí

Celkové počty NLZP v Národním registru zdravotnických pracovníků

Zdroj: Národní registr zdravotnických pracovníků (NR-ZP), stav ke 14. 12. 2018

Uvedené počty jsou v NRZP evidovány, což znamená že získaly příslušnou odbornost. Hodnoty jsou tak celkovým součtem NLZP s daným vzděláním, tito pracovníci nemusí být v systému zdravotnictví aktivní.

Obor podle zákona č. 96/2004 Sb.	Celkový počet	Počet na 1000 obyvatel	Počet (podíl) s pracovním zařazením*
§ 5 Všeobecná sestra	112 610	10,61	78 024 (69,3 %)
§ 6 Porodní asistentka	6 035	0,57	4 205 (69,7 %)
§ 7 Ergoterapeut	1 290	0,12	621 (48,1 %)
§ 8 Radiologický asistent	4 594	0,43	3 353 (73,0 %)
§ 9 Zdravotní laborant	11 823	1,11	6 943 (58,7 %)
§ 18 Zdravotnický záchranář	5 238	0,49	3 850 (73,5 %)
§ 22 Psycholog ve zdravotnictví, klinický psycholog	1 589	0,15	1 231 (77,5 %)
§ 23 Logoped ve zdravotnictví, klinický logoped	681	0,06	495 (72,7 %)
§ 24 Fyzioterapeut, odborný fyzioterapeut	13 905	1,31	7 749 (55,7 %)
Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (ZPBOD) po získání odborné způsobilosti (§ 5 - § 21e) nebo po získání odborné a specializované způsobilosti (§ 22 - § 28)	187 720	17,69	127 551 (67,9 %)

Celkové počty pracovníků NLZP podle oborů v krajích

Zdroj: Národní registr zdravotnických pracovníků (NR-ZP), stav ke 14. 12. 2018. Uvedené počty jsou v NRZP evidovány, což znamená že získaly příslušnou odbornost. Hodnoty jsou tak celkovým součtem NLZP s daným vzděláním, tito pracovníci nemusí být v systému zdravotnictví aktivní.

Obor - specializace	Celkem	Kraj														
		Neznámo*	Hl. m. Praha	Středočeský	Jihočeský	Plzeňský	Karlovarský	Ústecký	Liberecký	Královéhradecký	Pardubický	Vysočina	Jihomoravský	Olomoucký	Zlínský	Moravskoslezský
§ 5 Všeobecná sestra	112 610	34 599	15 246	6 360	4 287	3 740	2 049	4 956	2 520	4 348	3 296	4 187	9 146	5 123	3 931	8 822
§ 6 Porodní asistentka	6 035	1 830	708	375	259	259	32	311	126	207	214	190	463	295	282	484
§ 7 Ergoterapeut	1 290	669	96	57	13	19	28	98	27	23	29	12	45	15	15	144
§ 8 Radiologický asistent	4 594	1 258	670	199	189	208	71	198	125	200	123	145	430	242	139	397
§ 9 Zdravotní laborant	11 823	4 880	1 745	394	378	408	107	453	161	425	265	212	789	452	292	862
§ 18 Zdravotnický záchranář	5 238	1 388	693	501	387	237	51	309	185	332	132	210	258	121	218	216
§ 22 Psycholog ve zdravotnictví, klinický psycholog	1 589	359	376	82	77	50	13	62	27	43	35	60	150	94	48	113
§ 23 Logoped ve zdravotnictví, klinický logoped	681	190	104	56	21	21	4	21	16	28	25	14	72	31	12	66
§ 24 Fyzioterapeut, odborný fyzioterapeut	13 905	6 156	1 504	801	465	306	343	538	250	400	367	263	736	525	306	945
§ 5 - § 28 ZPBOD	187 720	60 209	25 810	10 215	7 160	6 101	3 090	8 668	4 013	6 888	5 227	6 082	14 853	8 322	6 250	14 832

Celkové počty pracovníků NLZP podle oborů v krajích na 1000 obyvatel

Zdroj: Národní registr zdravotnických pracovníků (NR-ZP), stav ke 14. 12. 2018. Uvedené počty jsou v NRZP evidovány, což znamená že získaly příslušnou odbornost. Hodnoty jsou tak celkovým součtem NLZP s daným vzděláním, tito pracovníci nemusí být v systému zdravotnictví aktivní.

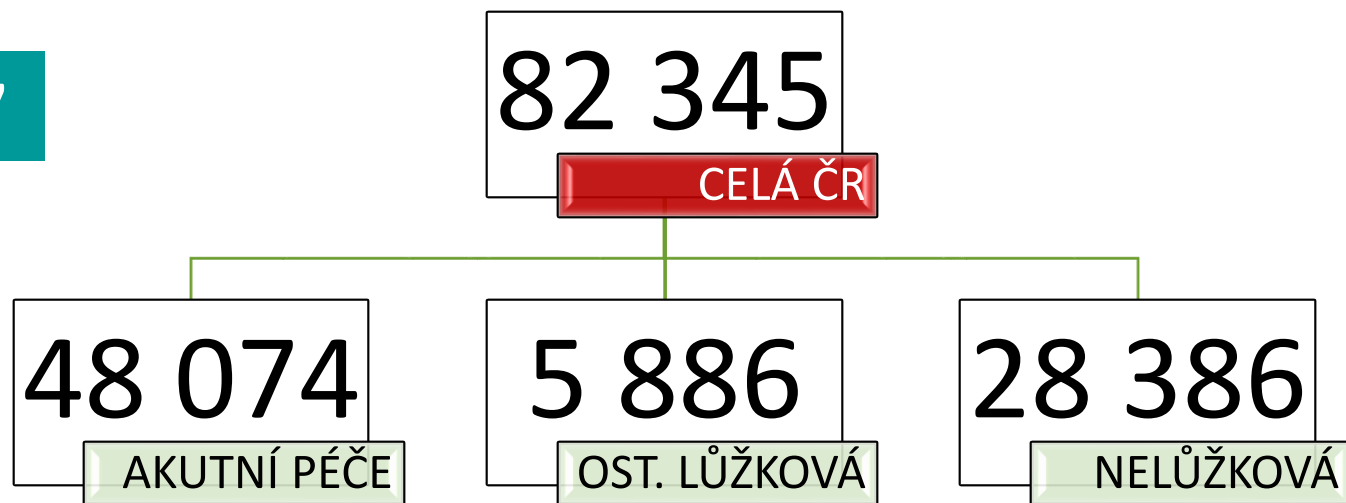
Obor - specializace	Celkem	Kraj neznámý*	Kraj													
			Hl. m. Praha	Středočeský	Jihočeský	Plzeňský	Karlovarský	Ústecký	Liberecký	Královéhradecký	Pardubický	Vysočina	Jihomoravský	Olomoucký	Zlínský	Moravskoslezský
§ 5 Všeobecná sestra	10,614	3,261	11,777	4,701	6,696	6,439	6,930	6,036	5,710	7,890	6,359	8,227	7,730	8,091	6,742	7,316
§ 6 Porodní asistentka	0,569	0,172	0,547	0,277	0,405	0,446	0,108	0,379	0,286	0,376	0,413	0,373	0,391	0,466	0,484	0,401
§ 7 Ergoterapeut	0,122	0,063	0,074	0,042	0,020	0,033	0,095	0,119	0,061	0,042	0,056	0,024	0,038	0,024	0,026	0,119
§ 8 Radiologický asistent	0,433	0,119	0,518	0,147	0,295	0,358	0,240	0,241	0,283	0,363	0,237	0,285	0,363	0,382	0,238	0,329
§ 9 Zdravotní laborant	1,114	0,460	1,348	0,291	0,590	0,702	0,362	0,552	0,365	0,771	0,511	0,417	0,667	0,714	0,501	0,715
§ 18 Zdravotnický záchranář	0,494	0,131	0,535	0,370	0,605	0,408	0,172	0,376	0,419	0,602	0,255	0,413	0,218	0,191	0,374	0,179
§ 22 Psycholog ve zdravotnictví, klinický psycholog	0,150	0,034	0,290	0,061	0,120	0,086	0,044	0,076	0,061	0,078	0,068	0,118	0,127	0,148	0,082	0,094
§ 23 Logoped ve zdravotnictví, klinický logoped	0,064	0,018	0,080	0,041	0,033	0,036	0,014	0,026	0,036	0,051	0,048	0,028	0,061	0,049	0,021	0,055
§ 24 Fyzioterapeut, odborný fyzioterapeut	1,311	0,580	1,162	0,592	0,726	0,527	1,160	0,655	0,567	0,726	0,708	0,517	0,622	0,829	0,525	0,784
§ 5 - § 28 ZPBOD	17,693	5,675	19,938	7,551	11,184	10,504	10,450	10,557	9,094	12,499	10,084	11,951	12,553	13,143	10,719	12,300

Kapacity sester v ČR dle počtu úvazků dle segmentů péče

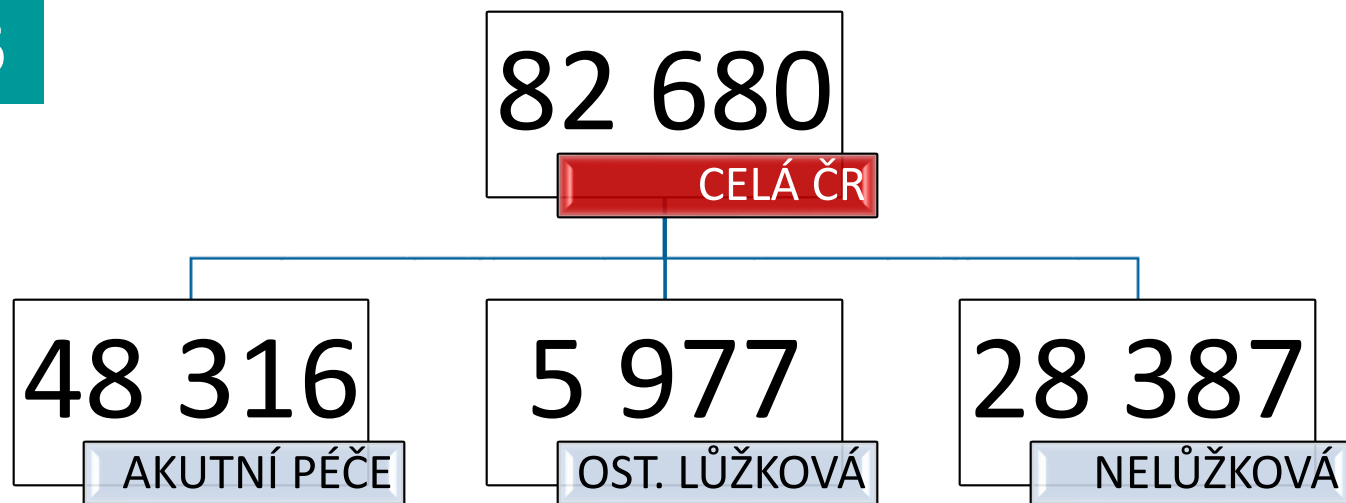
Zdroj: Výkaz E (MZ) 2-01, E (MZ) 3-01 a E (MZ) 4-01: všeobecné sestry a porodní asistentky

Stav k 31.12. daného roku.

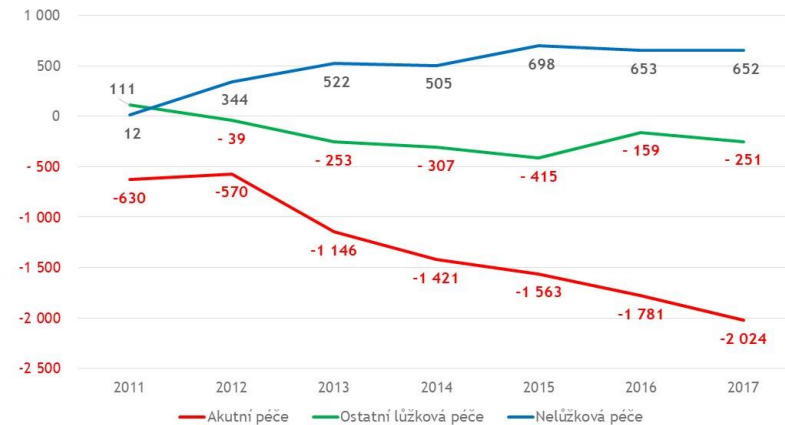
2017



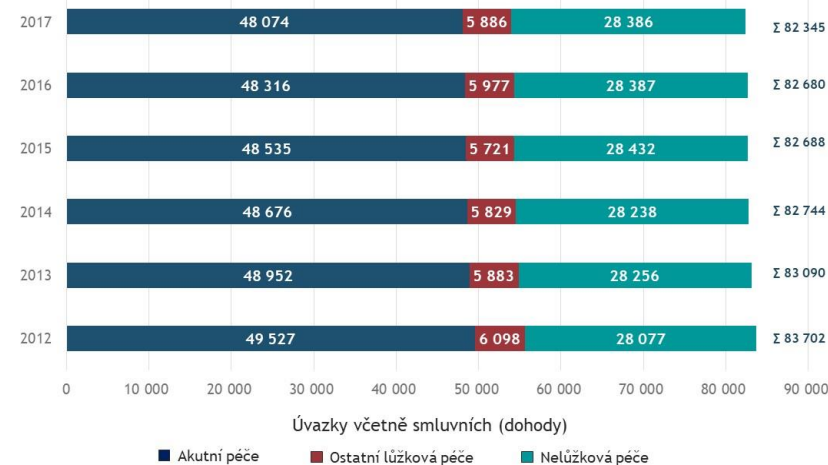
2016



Vývoj počtu všeob. sester a por. asistentek
- kumulativní změna od r. 2010



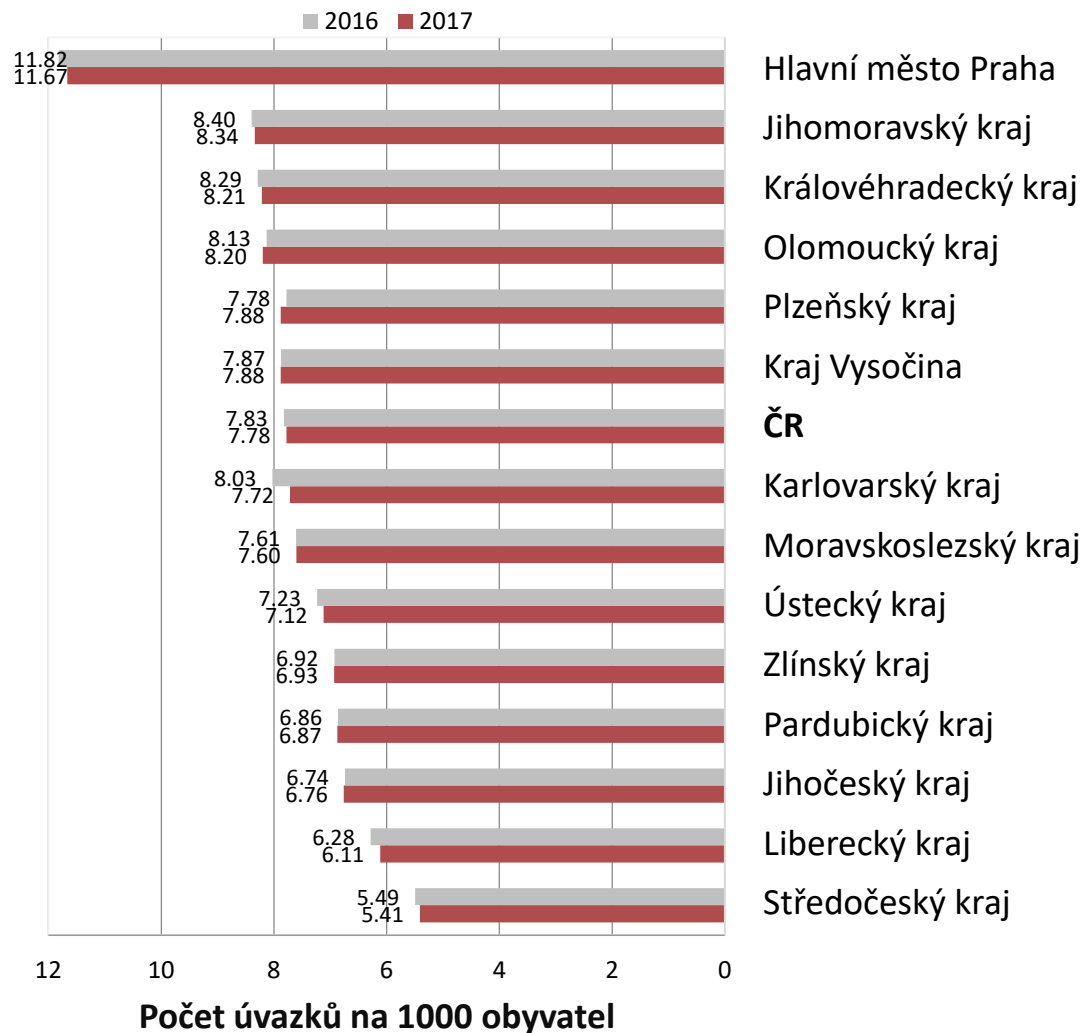
Úvazky všeobecných sester a porodních asistentek
dle hlavních segmentů péče



Regionální rozložení úvazků sester v ČR

Zdroj: Výkaz E (MZ) 2-01, E (MZ) 3-01 a E (MZ) 4-01: všeobecné sestry a porodní asistentky
Stav k 31.12. daného roku.

Všechny segmenty péče



V ČR působí celkově přibližně 7,8 úvazků sester na 1000 obyvatel, což je hodnota celkově mírně podprůměrná ve srovnání se zeměmi OECD.

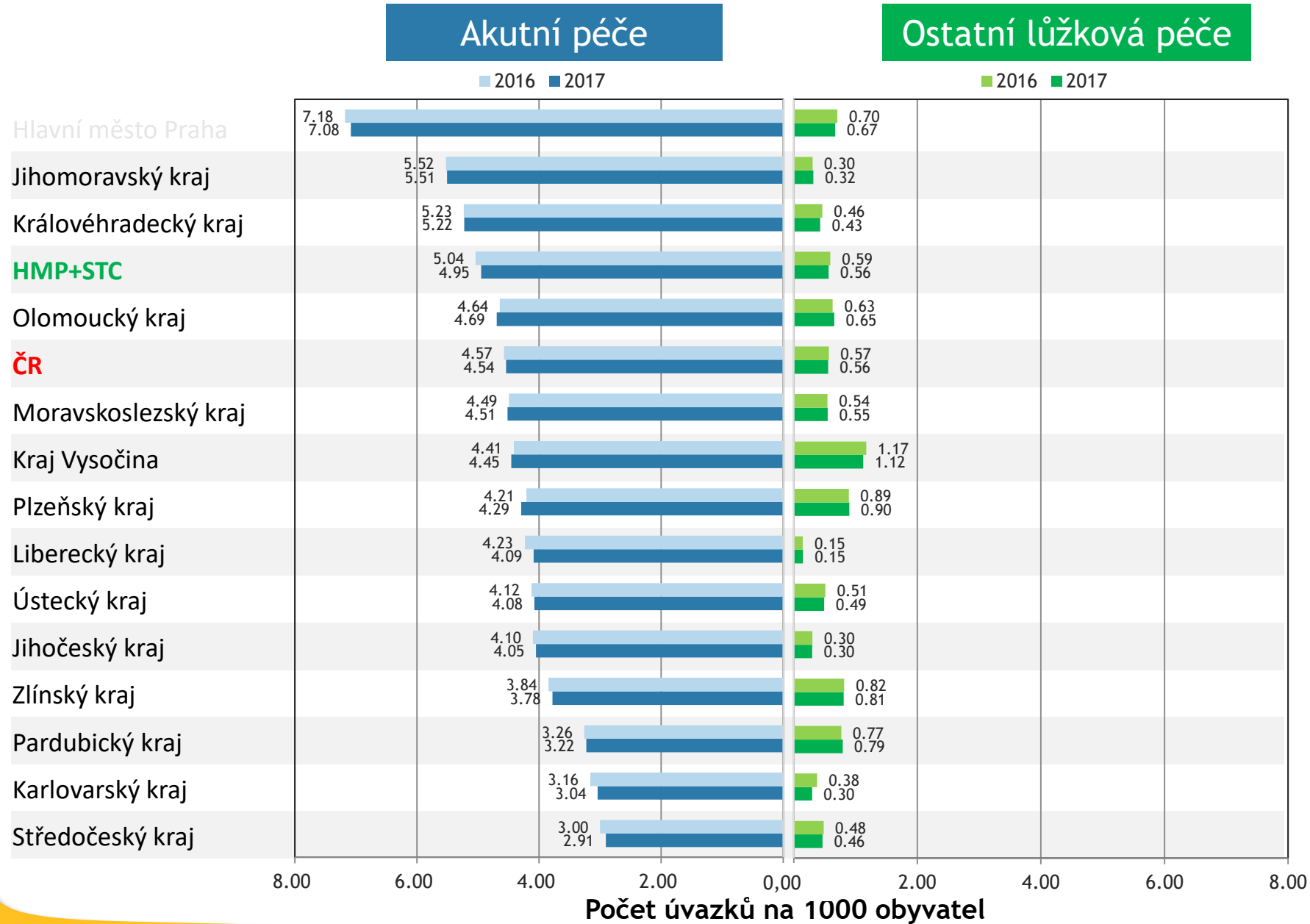
Zásadním problémem v dostupnosti kapacit avšak není absolutní počet dostupných úvazků, ale:

- jejich nerovnoměrná distribuce v regionech a v různých segmentech péče
- kontinuálně klesající kapacita úvazků sester v akutní lůžkové péči.

Na regionální distribuci úvazků všeobecných sester a porodních asistentek je stále jasně patrný vliv velkých měst, avšak nikoli poskytovatelů akutní lůžkové péče v těchto městech. Naopak v krajích Středočeském a Libereckém hodnoty nižší než 6,5 úvazku na 1000 obyvatel a tyto lze interpretovat jako silně podprůměrné i z mezinárodního (evropského) hlediska.

Regionální rozložení úvazků sester v různých segmentech lůžkové péče

Zdroj: Výkaz E (MZ) 2-01, E (MZ) 3-01 a E (MZ) 4-01: všeobecné sestry a porodní asistentky

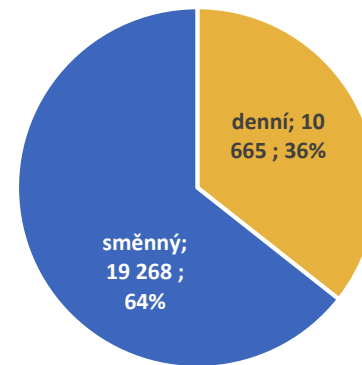
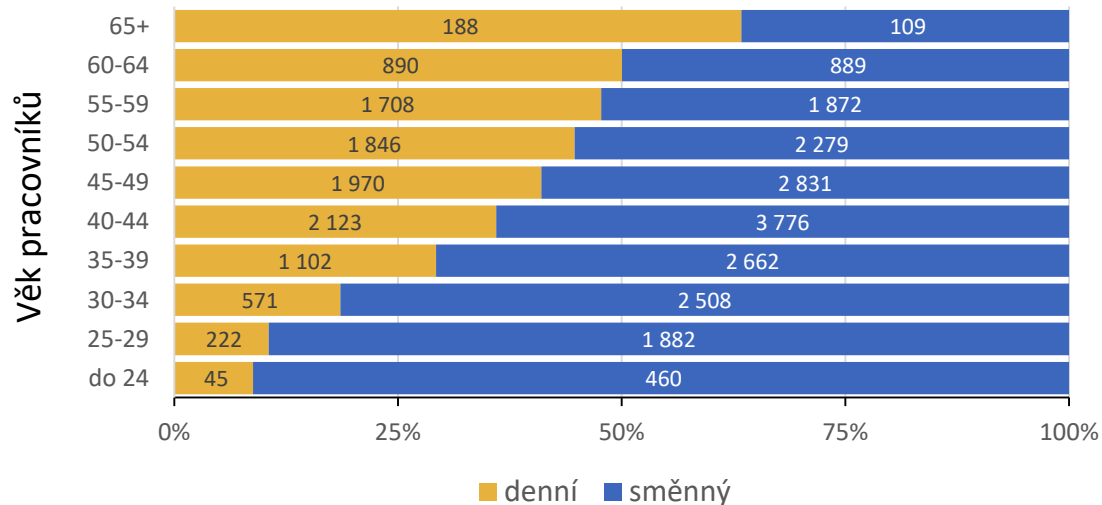


V regionálních přehledech dostupné kapacity sester je rovněž patrný významný nepoměr mezi kapacitou dostupnou pro akutní lůžkovou péči a pro péči dlouhodobou a následnou. Řádově nižší počtů úvazků sester v neakutní lůžkové péči reflektuje nízký počet lůžek v tomto segmentu péče. Tato situace nevyhnutelně vede ke zvýšené zátěži akutní lůžkové péče, včetně jejího využívání pro řešení zdravotních problémů umírajících.

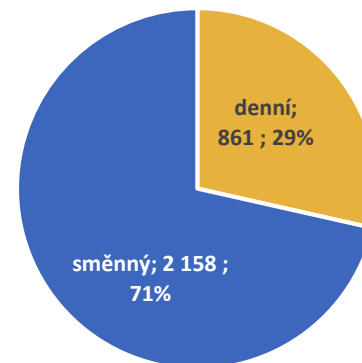
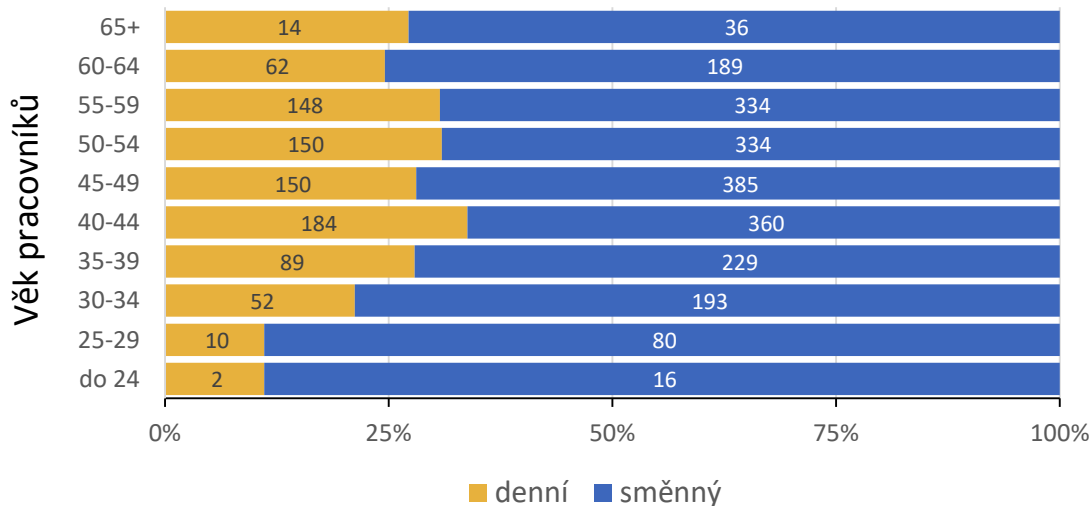
Práce sester ve směnném provozu lůžkové péče

Zdroj: Národní registr zdravotnických pracovníků a mimořádné resortní statistické šetření (2018)

PZS **akutní** lůžkové péče



PZS **následné** lůžkové péče



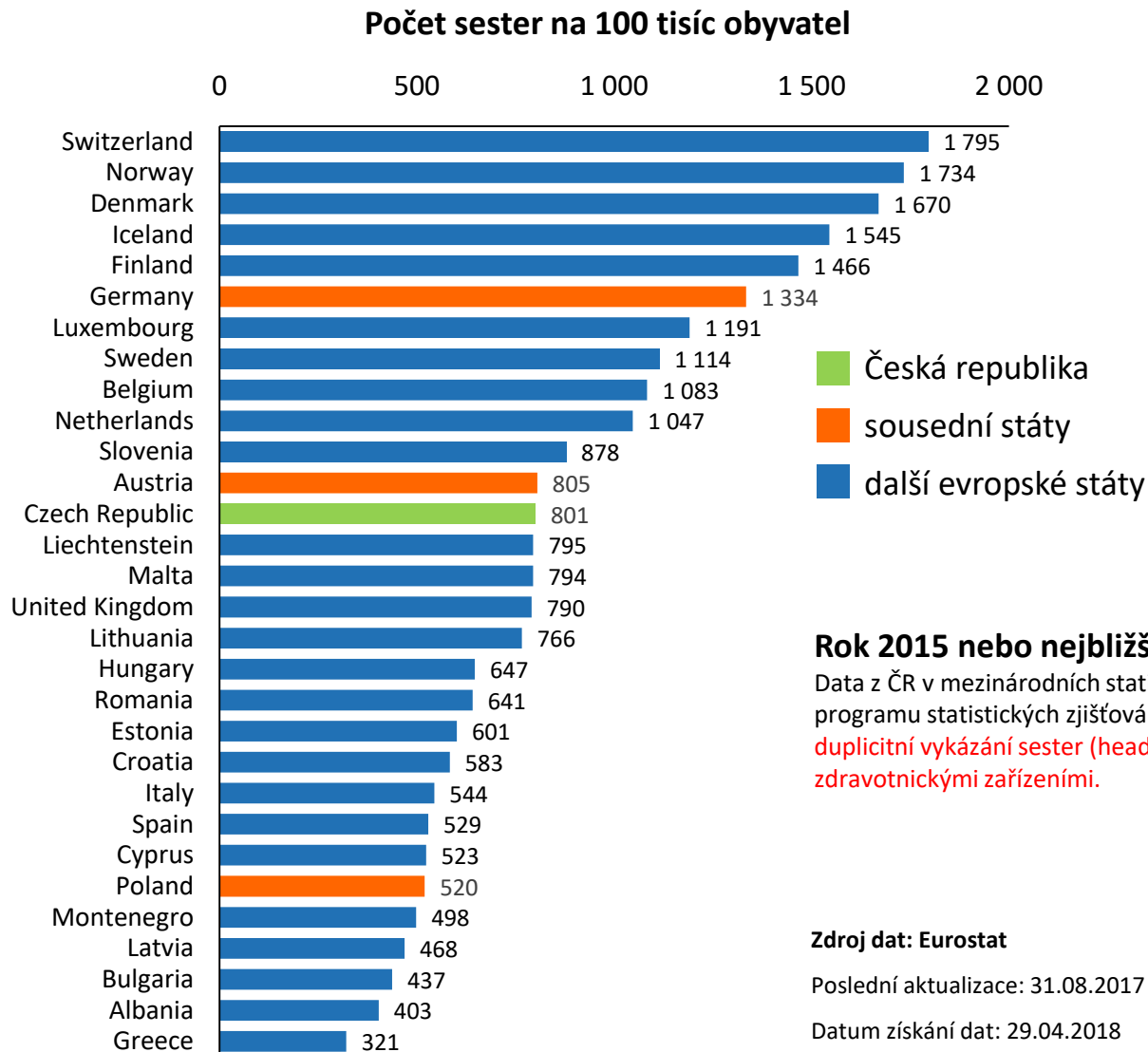
Práce sester ve směnném provozu je velmi náročná a je uváděna jako jeden z hlavních důvodů odchodu sester z tohoto segmentu lůžkové péče. Dle Národního registru zdravotnických pracovníků celkově v ČR pracuje ve směnném provozu cca 39 800 sester jako fyzických osob; tyto osoby pokrývají cca 35 000 plných přepočtených úvazků (dle výsledků resortních statistických šetření). Vztaheno na celkový počet všeobecných sester, dětských sester a porodních asistentek v ČR, pak ve směnném provozu jakékoli lůžkové péče pracuje 48% z celkového počtu fyzických osob a 42% z celkového objemu úvazků sester v ČR.

- ☐ v akutní lůžkové péči pracuje ve směnném provozu 64% sester, což činí cca 35 600 fyzických osob pokrývajících cca plných přepočtených 30 800 úvazků
- ☐ v ostatní lůžkové péči pracuje ve směnném provozu 71% sester, což činí cca 4 190 fyzických osob pokrývajících cca plných přepočtených 4 180 úvazků

Mezinárodní srovnání počtů sester

Zdroj: pro ČR NRHZS; ostatní: Eurostat

Stav ČR je k 31. 12. 2015



Celkový počet sester ve zdravotnickém systému ČR odpovídá dle dostupných mezinárodních srovnání průměru zemí OECD. Z okolních zemí vyspělé Evropy jde o počet srovnatelný s Rakouskem, avšak významně nižší než v Německu. Hlavním problémem kapacity sester v českém zdravotnictví avšak není jejich celkový počet, ale dostupnost kapacit v nemocniční péči, zejména ve směnném provozu akutní lůžkové péče.

Rok 2015 nebo nejbližší předchozí rok

Data z ČR v mezinárodních statistikách pocházejí z programu statistických zjišťování – **nelze vyloučit duplicitní vykazání sester (headcount) několika zdravotnickými zařízeními.**

Zdroj dat: Eurostat

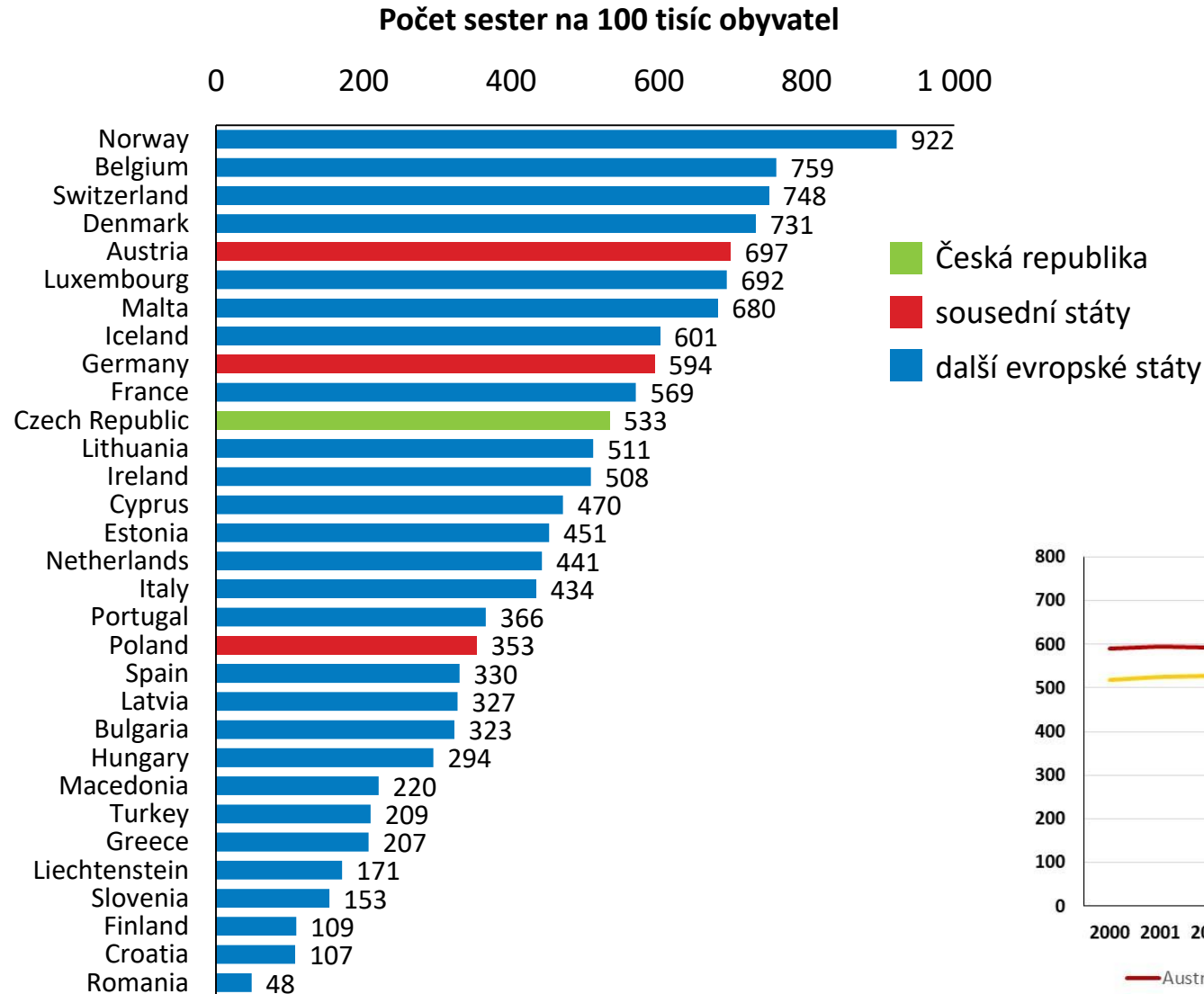
Poslední aktualizace: 31.08.2017

Datum získání dat: 29.04.2018

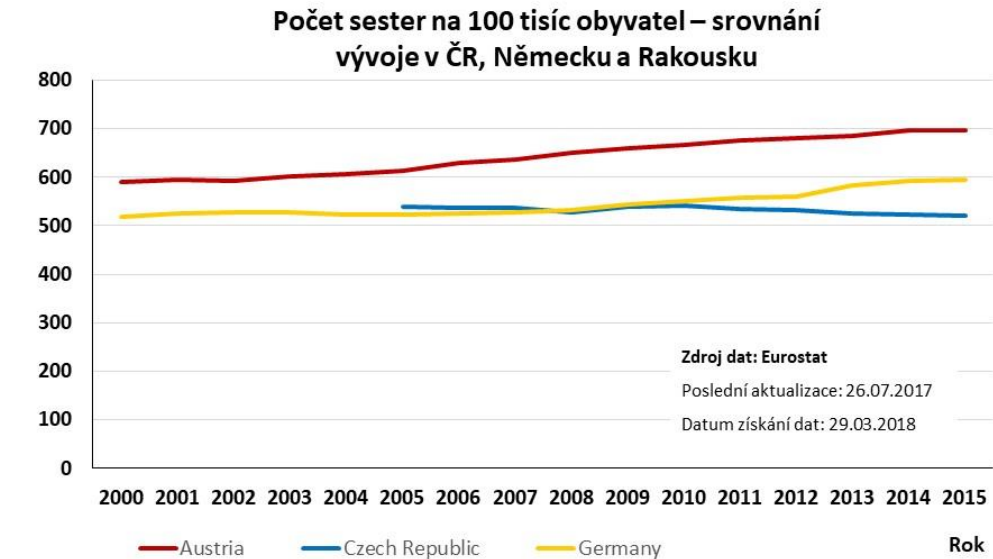
Mezinárodní srovnání počtů sester v nemocnicích v evrop. státech

Zdroj: pro ČR NRHZS; ostatní: Eurostat

Stav ČR je k 31. 12. 2015

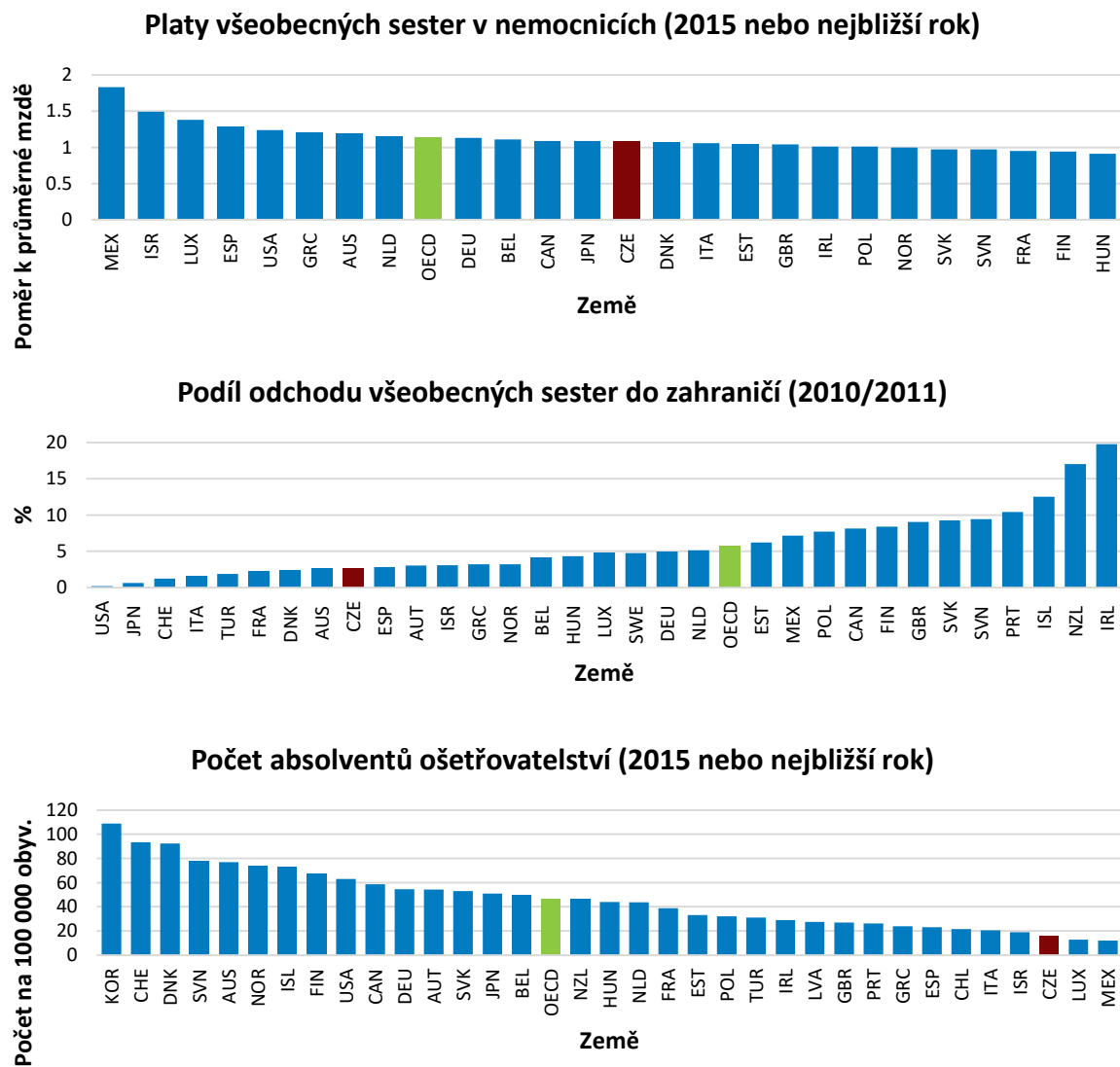


Mezinárodní šetření dostupných počtů sester v nemocniční péči (EUROSTAT 2015) odhalilo, že celkový počet sester v tomto segmentu péče je v ČR významně nižší než v řadě zdravotnictvím srovnatelných zemí (např. Německo či Rakousko). Nadto kapacity sester zejména v akutní lůžkové péči setrvale klesají. Od roku 2010 opustilo segment akutní lůžkové péče v ČR více než 2000 úvazků sester. Tento fakt již v současnosti limituje dosažitelnou obloženost akutních lůžek a vede k dočasnému uzavírání celých lůžkových stanic.



Počty všeobecných sester dle vybraných mezinárodních ukazatelů

Zdroj: OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris



Na rozdíl od lékařů je v ČR celkový počet všeobecných sester v nemocnicích (8 na 1 000 obyvatel) pod průměrem zemí OECD (9 na 1 000 obyvatel). Poměr všeobecných sester k lékařům je rovněž nižší než průměr OECD. Česká republika má v rámci OECD jeden z nejnižších počtů absolventů ošetrovatelství – 16 na 100 000 obyvatel – a v posledních letech vykazuje klesající trend. Nízké odměny a také náročnost práce sestry evidentně nevytvářejí pobídku k volbě studia ošetrovatelství. Pro zachování stability a potřebného rozsahu péče bude v budoucnosti velmi podstatné zvýšit atraktivitu profese všeobecné sestry a posílit celospolečenské vnímání hodnoty této práce.

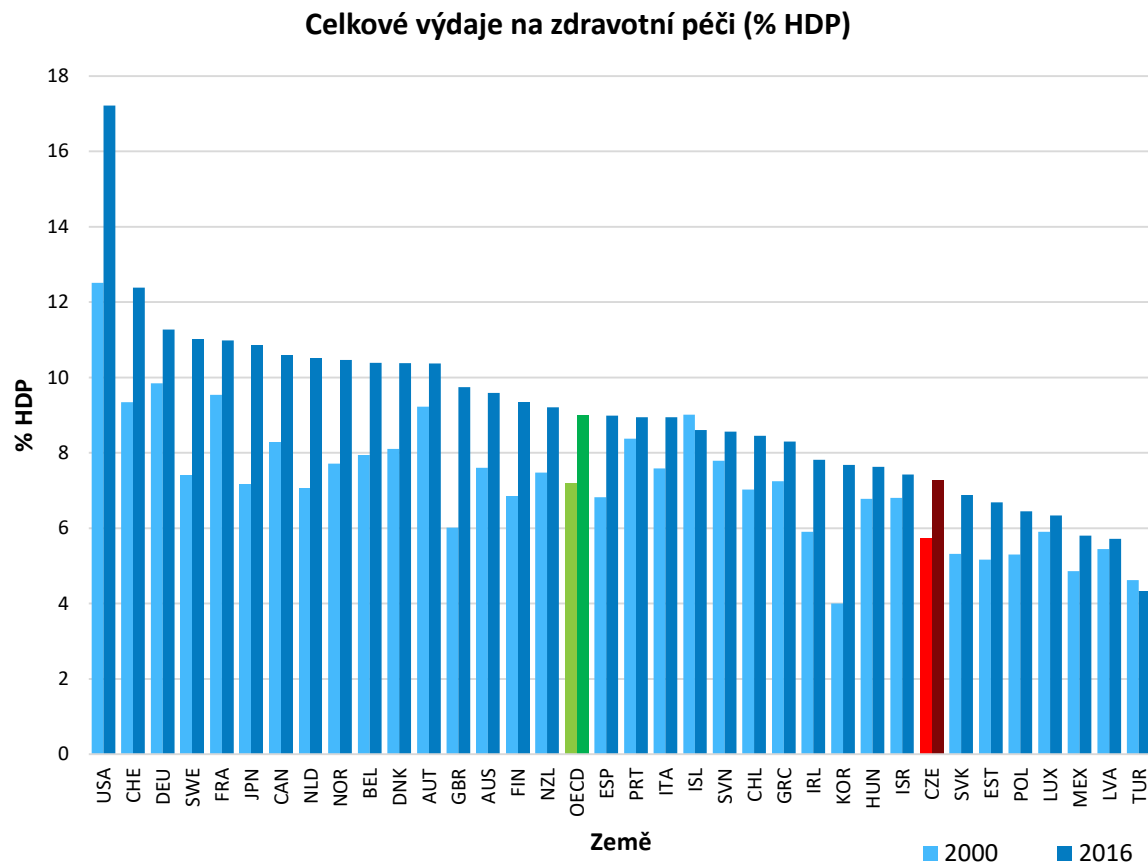
„ZDRAVÍ 2030“ – analytická studie



Odměňování zdravotnických pracovníků a vybrané ekonomické charakteristiky českého zdravotnictví

Celkové výdaje na zdravotní péči v mezinárodním srovnání

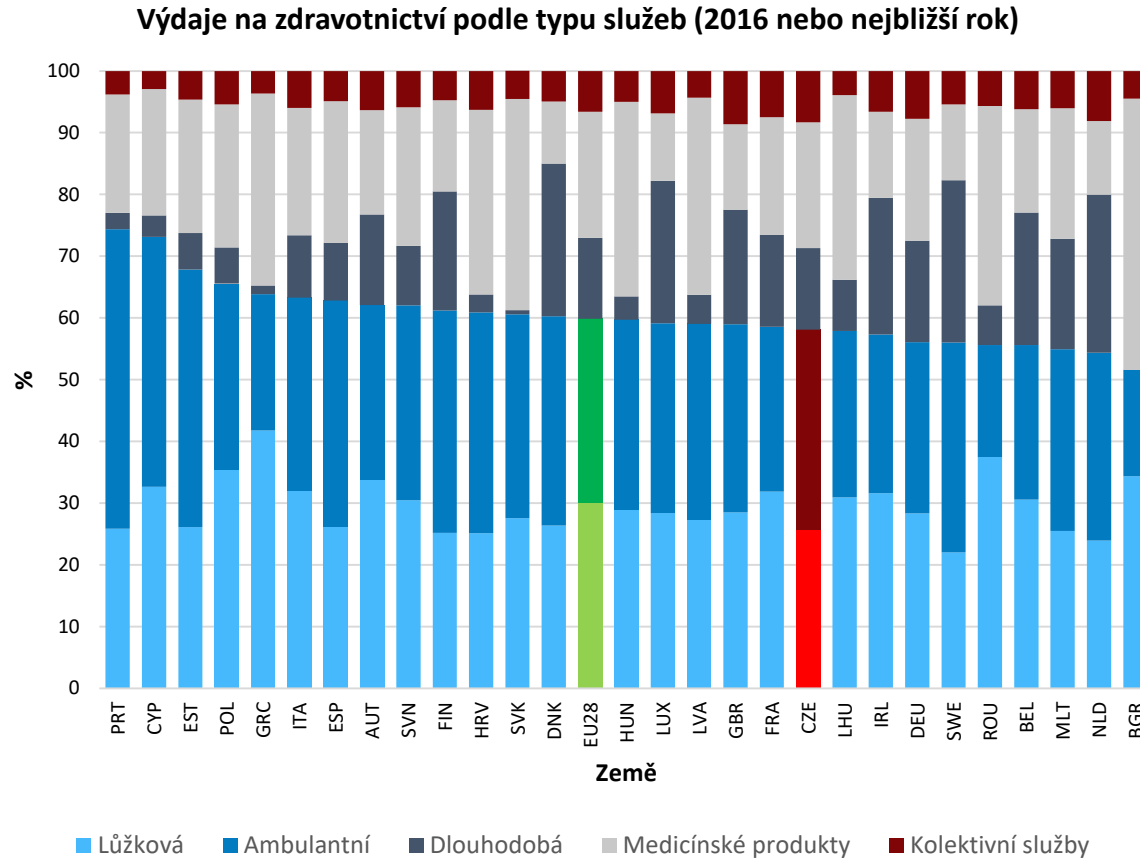
Zdroj: OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris



Výdaje na zdravotní péči ve výši 7,3 % HDP byly v roce 2016 ve srovnání s ostatními zeměmi OECD významně nižší než celkový průměr, který přesahuje hodnotu 9%. Rakouské a německé zdravotnictví je financováno významně více než 10% HPD těchto zemí. Kromě nízkého celkového objemu financí je problémem ČR i relativně nízká heterogenita zdrojů a mezinárodní analýzy kritizují i neexistenci možnosti občanů volit různé formy pojištění či připojištění. Multizdrojové financování by do zdravotní péče přineslo další prostředky a zvýšilo by stabilitu systému, resp. jeho odolnost vůči výkyvům výkonnosti národního hospodářství.

Výdaje na zdravotnictví podle typu služeb – mezinárodní srovnání

Zdroj: OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris

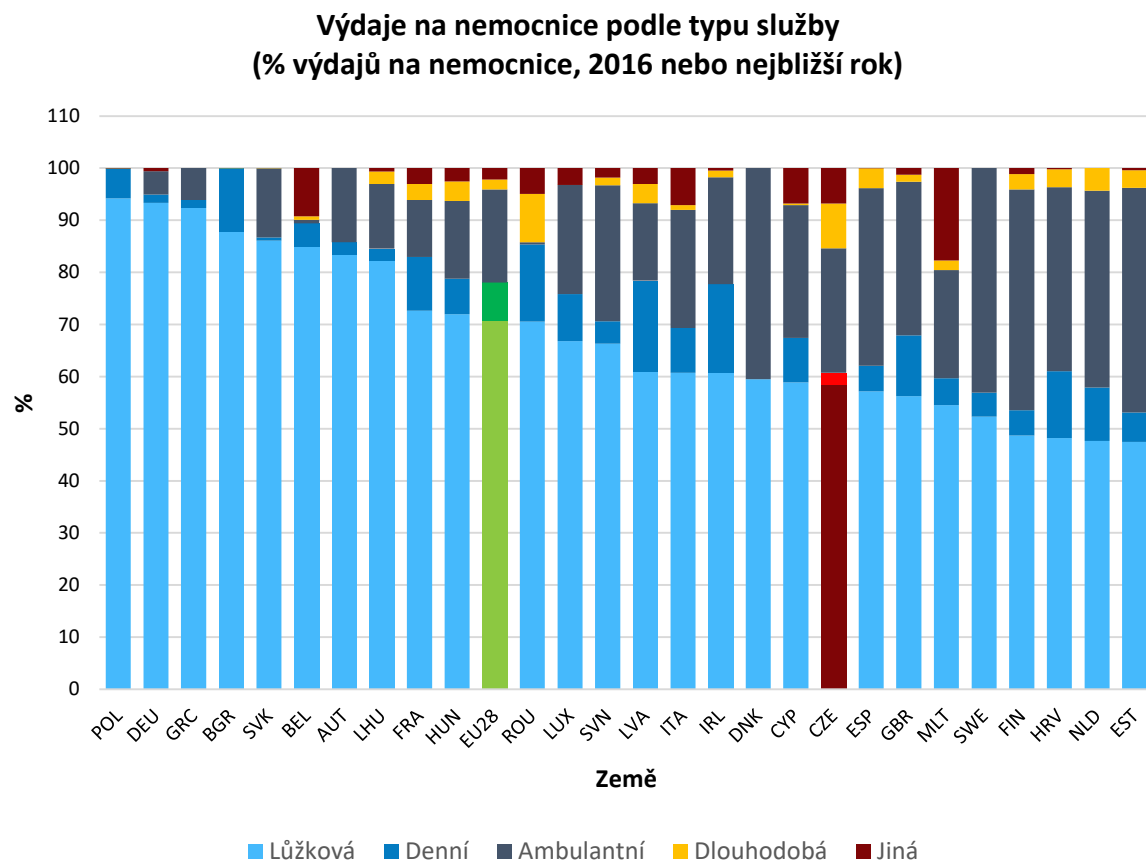


Obecně platí, že větší využívání ambulantní péče bývá nákladově efektivnější než lůžková péče. Omezuje čekací doby a je nejvhodnější léčebnou metodou pro mnoho zákroků (ambulantní chirurgie).

Sektor lůžkové péče (převážně nemocnice) tvoří v ČR 26 % celkových výdajů, oproti 29 % v EU a 28 % v OECD v roce 2015. Na rozdíl od ostatních ekonomik střední a východní Evropy, které podobně jako Česká republika zdědily velké nemocniční sektory, je největším sektorem ambulantní péče s 32 % výdajů na zdravotnictví, zatímco výdaje na dlouhodobou a lůžkovou péči jsou méně významné a pohybují se okolo průměru OECD.

Výdaje na nemocnice podle typu služby – mezinárodní srovnání

Zdroj: OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris

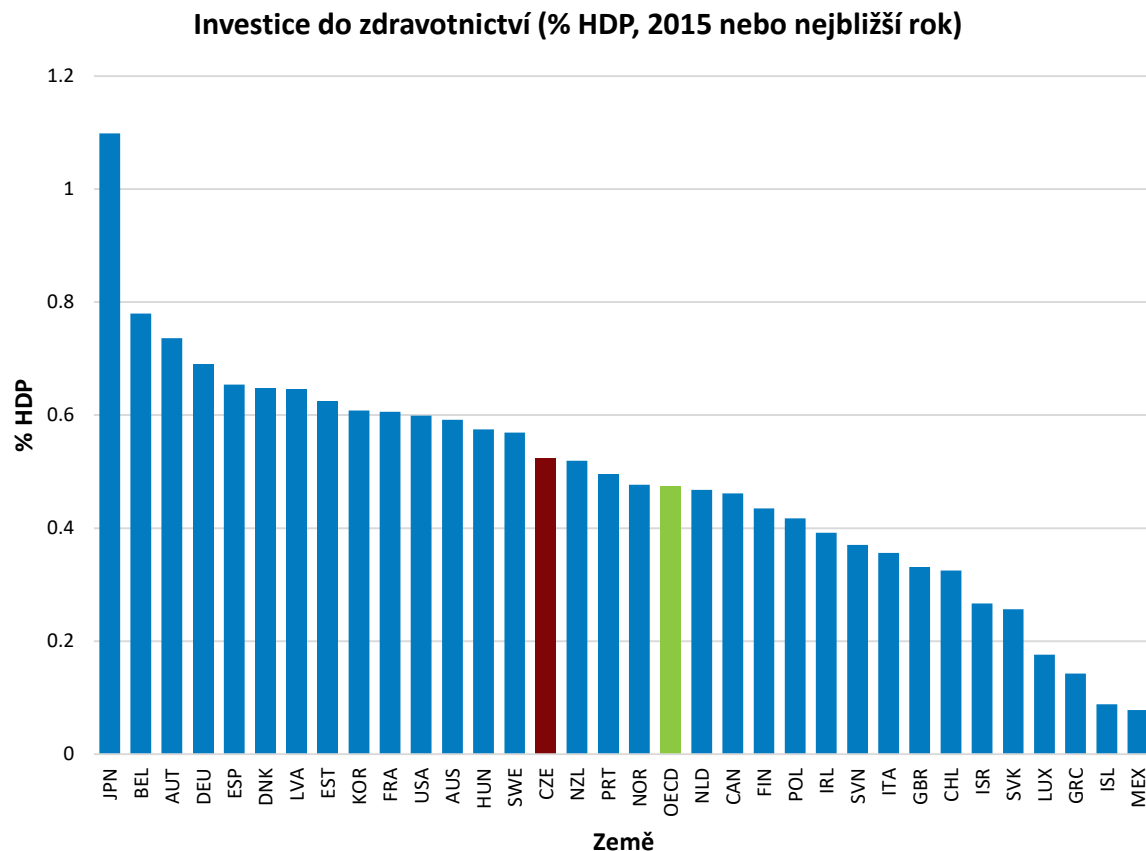


Zatímco v řadě zemí OECD dochází k posunu od lůžkové péče k jednodenní péči, který je motivován snahou o zvýšení efektivity, v České republice jsou výdaje na jednodenní péči v nemocnicích i nadále nízké (dle odhadů pouze 2 % výdajů na nemocnice). Je třeba vynaložit větší úsilí směrem k posunu vybraných typů hospitalizací od delší lůžkové péče k jednodenní péči. Tento trend je výzvou jak pro hledání vhodných úhradových mechanismů, tak pro definici klinických doporučených postupů pro jednodenní péči.

Nové lékařské technologie – zejména rozšíření méně invazivních chirurgických zákroků – a lepší anestetika umožňují provádění zákroků v denní péči, a prostřednictvím zkrácení pobytu v nemocnici snížily jednotkové náklady na zákrok. Dopad nárůstu ambulantních chirurgických zákroků na celkové výdaje na zdravotnictví však nemusí být přímočarý, neboť snížení jednotkových nákladů (ve srovnání s chirurgickými zákroky s hospitalizací) může být kompenzováno zvýšením objemu prováděných zákroků. Je také třeba vzít v úvahu veškeré dodatečné náklady spojené s následnou péčí a komunitními zdravotními službami po těchto zákrocích.

Investice do zdravotnictví v mezinárodním srovnání

Zdroj: OECD (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris

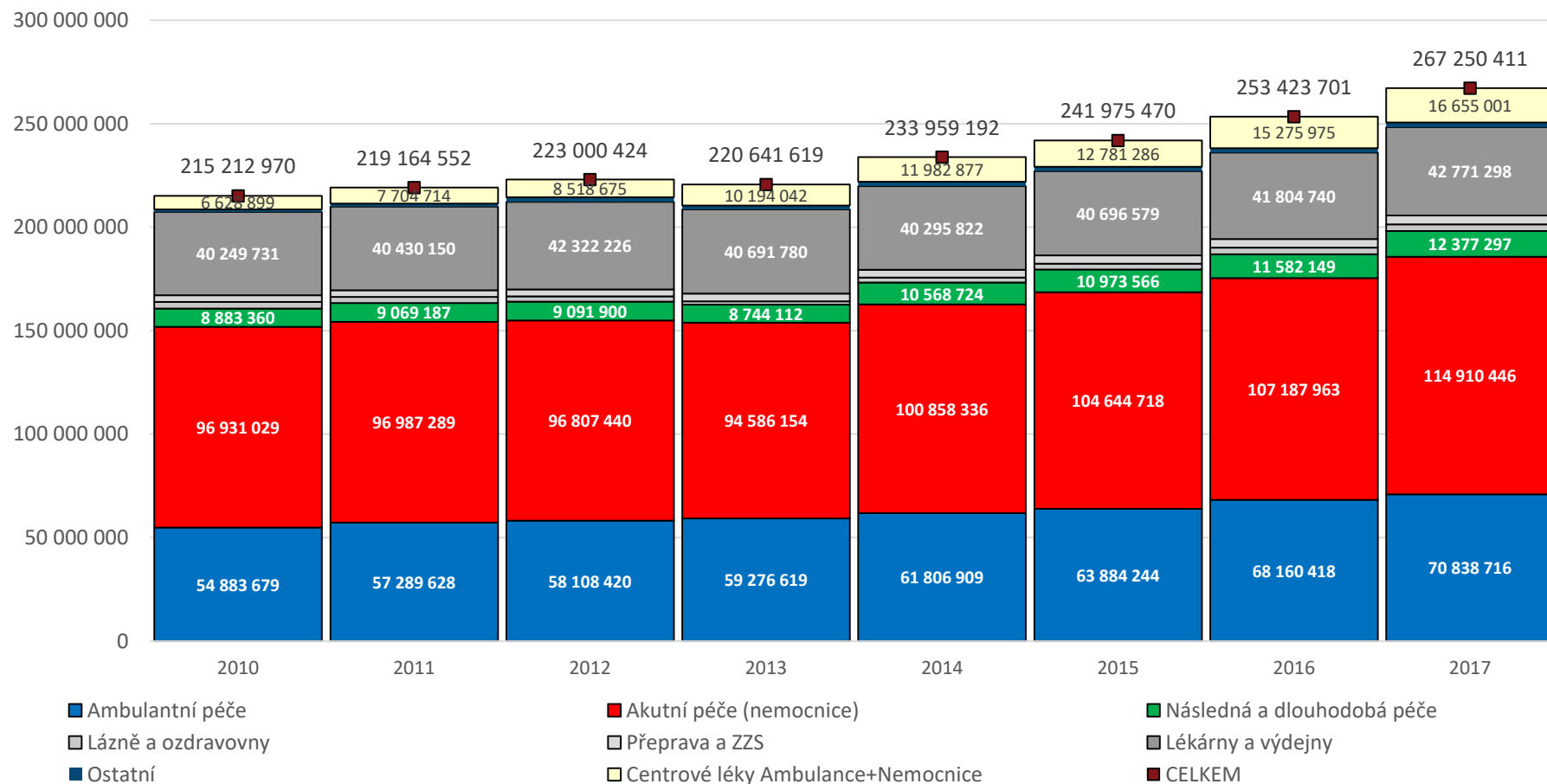


Podíl HDP mířící na investice v českém zdravotnictví sice odpovídá celkovému průměru zemí OECD, avšak stále je významně nižší např. ve srovnání s Rakouskem či Německem. Jistým problémem českého zdravotnictví je fakt, že investice a obnova infrastruktury zejména nemocnic není adekvátně zohledněna v úhradovém mechanismu lůžkové péče. Nemocnice a zdravotnická zařízení proto při investicích spoléhají na veřejné dotace a finanční prostředky EU. Investice do zdravotnické infrastruktury a její modernizace by měly být lépe plánovány a koordinovány napříč kraji a měly by se řídit integrovaným přístupem v rámci financování zdravotnictví na úrovni nemocnic, krajů a ministerstva. Například léčba akutních ischemických cévních mozkových příhod byla přeskupena do iktových center a vedla k významným zlepšením. V důsledku toho pravděpodobnost, že pacient podstoupí nezbytnou léčbu v rámci doporučeného limitu 60 minut, patří k nejvyšším v EU.

Náklady zdravotních pojišťoven a jejich struktura – vývoj v čase

Zdroj: Výroční zprávy ZP - Náklady na zdravotní služby celkem čerpané z oddílu A (tabulka č. 2, oddíl A III., ř. 1) ZFZP včetně dohadných položek zúčtované v daném období

Náklady ZP dle segmentů v letech 2010-2016 v tis. Kč

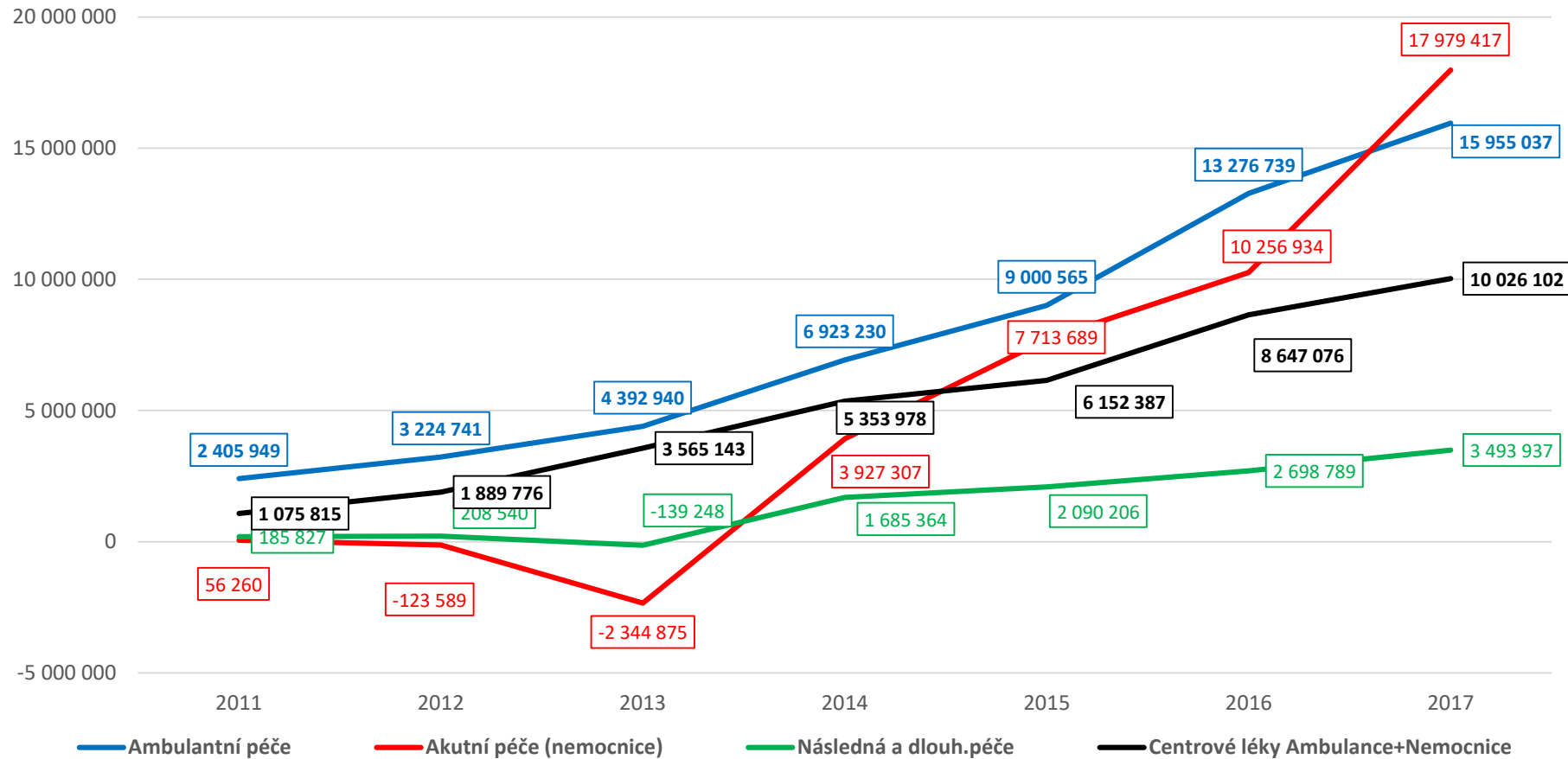


Náklady zdravotních pojišťoven ČR, resp. jejich výdaje na veřejné zdravotní pojištění od roku 2014 signifikantně rostou. Po nominálním propadu v roce 2013 kontinuálně rostou výdaje na segment lůžkové péče (včetně péče následné a dlouhodobé). Velmi progresivně rostou výdaje v segmentu tzv. centrové léčby – tedy výdaje na nové, inovativní, farmakoterapeutické postupy.

Náklady zdravotních pojišťoven – kumulativní změna od roku 2010

Zdroj: Výroční zprávy ZP - Náklady na zdravotní služby celkem čerpané z oddílu A (tabulka č. 2, oddíl A III., ř. 1) ZFZP včetně dohadných položek zúčtované v daném období

Vývoj nákladů ZP dle segmentů v tis. Kč, základna rok 2010

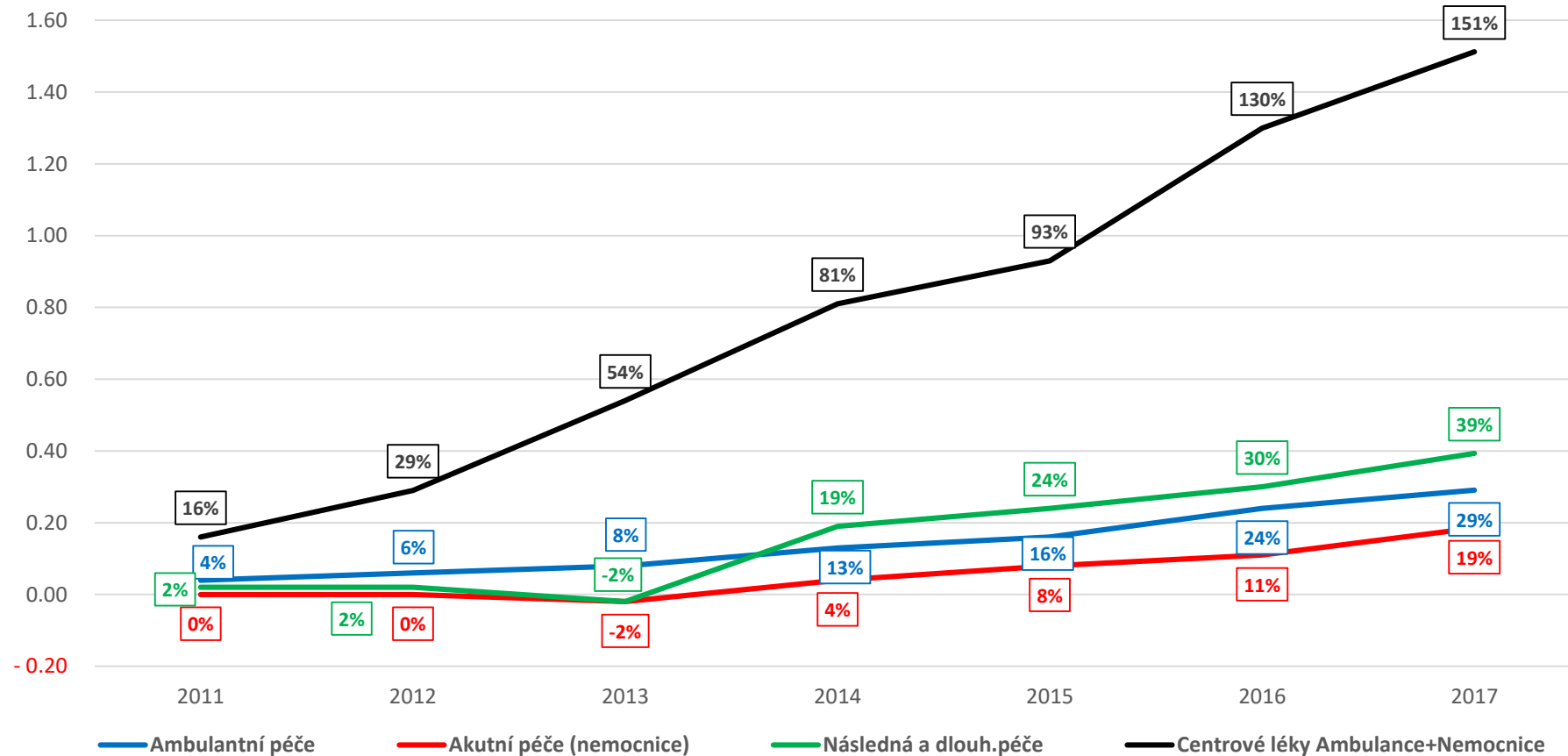


Vývoj nákladů zdravotních pojišťoven v tis. Kč, základna rok 2010: kalkulováno pro segmenty Ambulantní péče, Akutní péče (nemocnice), Následná a dlouhodobá péče a Centrové léky.

Náklady zdravotních pojišťoven – relativní vývoj od roku 2010

Zdroj: Výroční zprávy ZP - Náklady na zdravotní služby celkem čerpané z oddílu A (tabulka č. 2, oddíl A III., ř. 1) ZFZP včetně dohadných položek zúčtované v daném období

Vývoj nákladů ZP dle segmentů v %, základna rok 2010



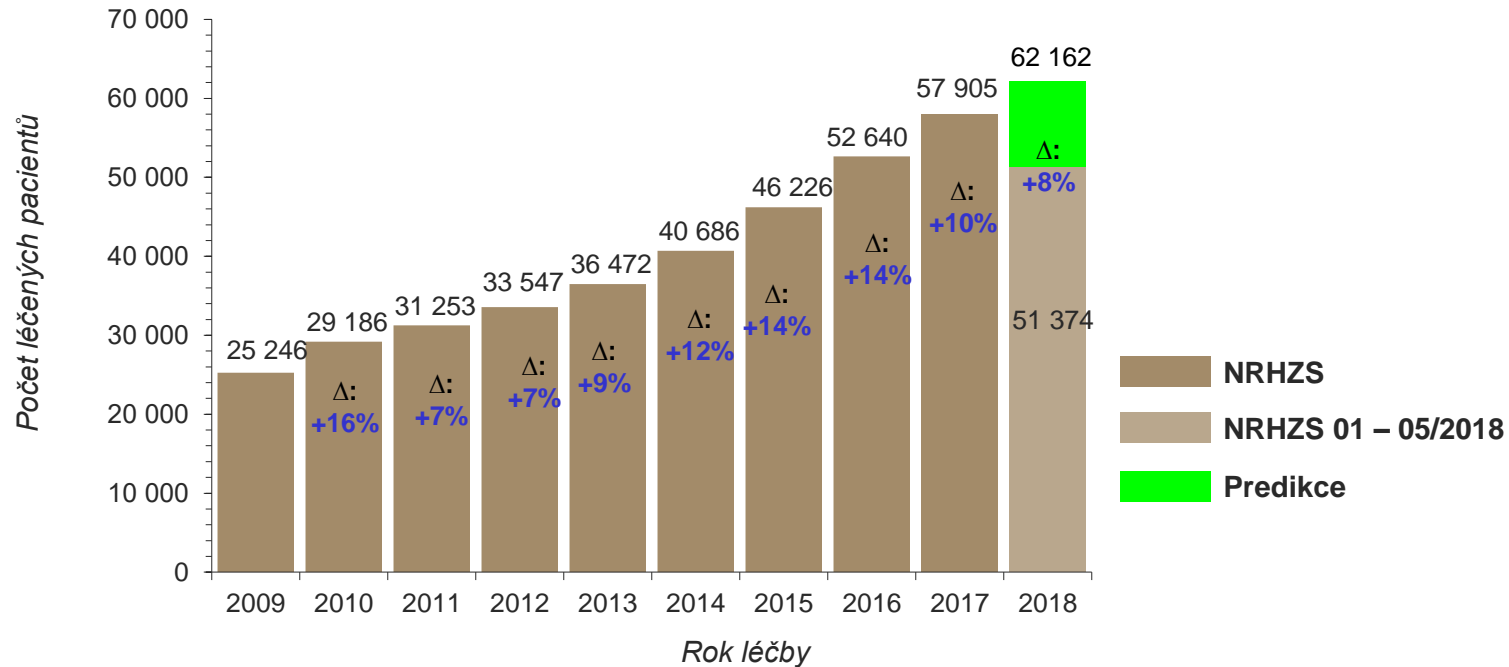
Vývoj nákladů zdravotních pojišťoven v %, základna rok 2010: kalkulováno pro segmenty Ambulantní péče, Akutní péče (nemocnice), Následná a dlouhodobá péče a Centrové léky.

Vývoj počtu léčených pacientů v segmentu centrové léčby

Zdroj: NRHZS

Legenda: Δ udává procentuální nárůst (plus) či pokles (minus) oproti předchozímu roku.

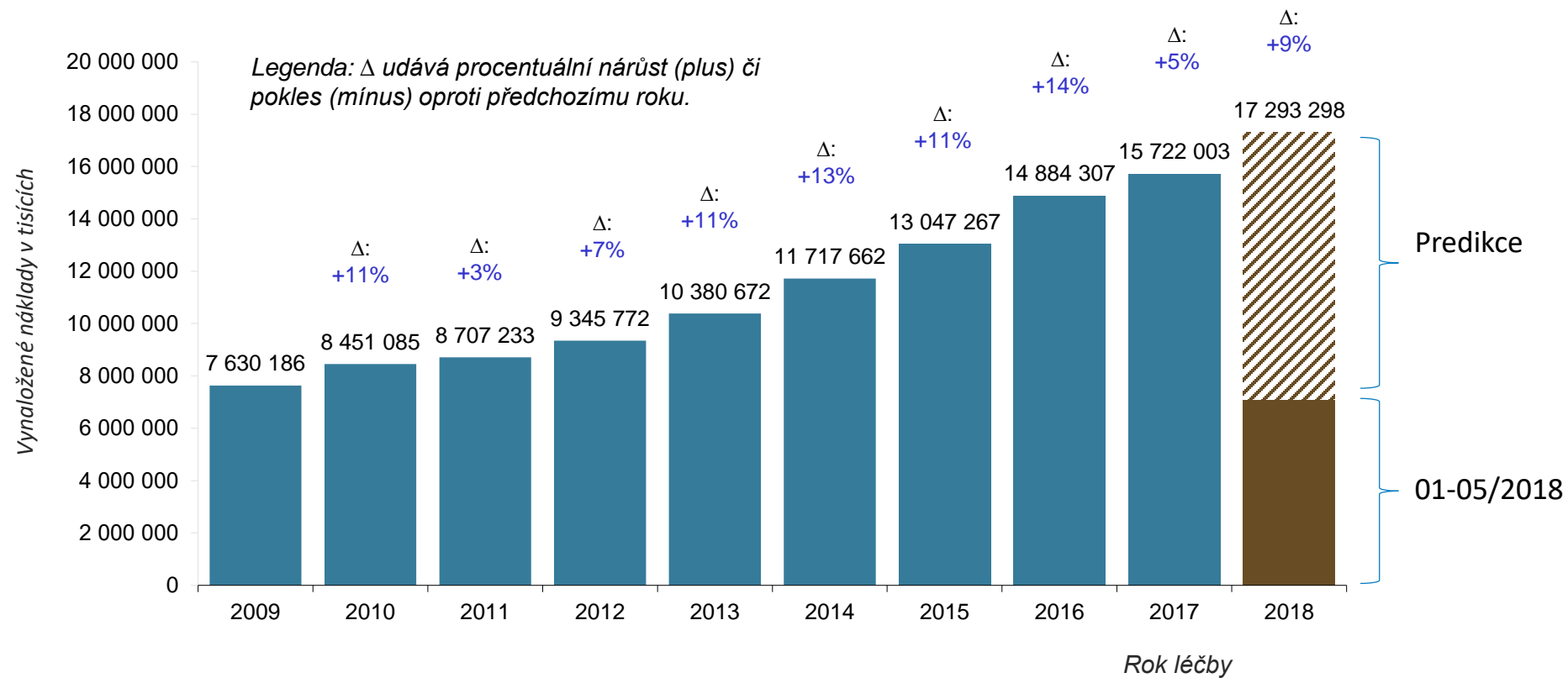
Prevalence léčených pacientů



Prevalence pacientů léčených centrovými léky v letech 2015 a 2018 významně narostla (ročně +10% až +14%). V roce 2016 bylo takto léčeno 52 640 pacientů. V letech 2016 a 2017 došlo k meziročnímu nárůstu +10% a v roce 2017 bylo centrovou léčbou léčeno 57 905 pacientů. Na zmírnění tempa růstu v období 2016 -> 2017 se částečně podílely výpadky ve stanovení úhrad preparátů cílených na poměrně četné diagnostické skupiny (např. pertuzumab u karcinomu prsu). Odhadovaný počet pacientů léčených centrovou léčbou v roce 2018 je 62 162 s cca 7% nárůstem oproti roku 2017.

Vývoj nákladů v segmentu centrové léčby

Zdroj: NRHZS



Predikce vývoje nákladů v segmentu centrové léčby pro roky 2019 - 2020

Zdroj: NRHZS

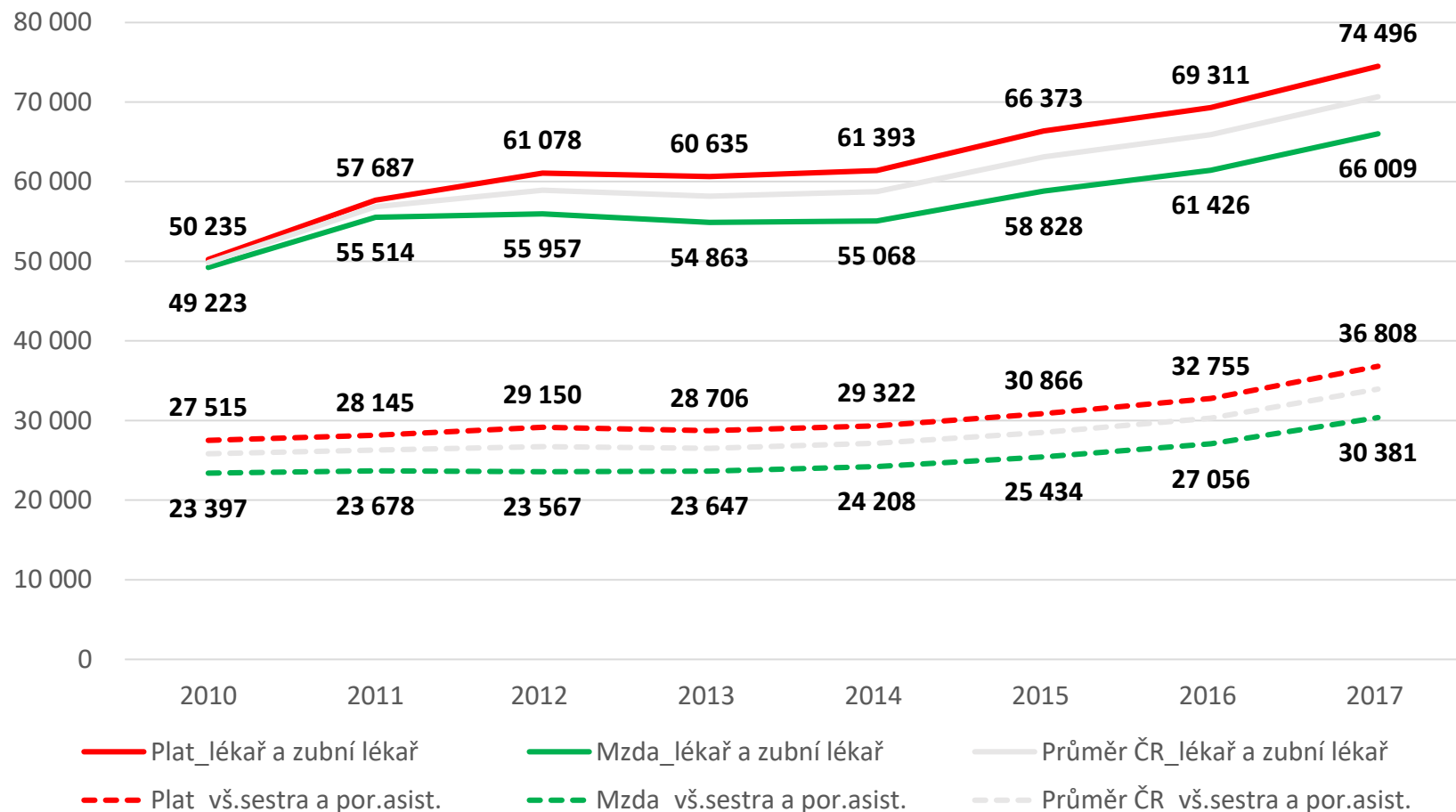
Segment	Náklady (tis. Kč)					
	Predikce nákladů pro rok 2018 ⁽²⁾	Predikce nákladů pro rok 2019 ⁽²⁾	Horizon scanning 2020	Generifikace 2020	Predikce nákladů pro rok 2020 ⁽²⁾	Predikovaná relativní změna 2018 vs. 2020
Infekce	1 587 438	1 762 851	-5 100	-50 657	1 901 890	1,198
Endokrinologie	30 861	24 445	-	-	26 044	0,844
Oftalmologie	703 215	679 675	6 900	-	758 620	1,079
Dermatologie	545 657	595 789	-	-4 304	591 485	1,084
Solidní ZN	4 240 676	4 872 748	538 930	-252 723	5 646 230	1,331
Pohybová soustava	80 254	33 171	-	-	34 829	0,434
Trávicí soustava	1 410 022	1 438 714	-	-139 709	1 313 393	0,931
Neurologie	3 162 068	3 235 067	826 600	-169 031	3 730 883	1,180
Revmatologie	1 540 348	1 834 462	17 600	-37 345	1 851 406	1,202
Hemato(onko)logie	2 467 888	2 786 702	163 880	-	3 229 252	1,309
Dýchací soustava	320 636	355 491	18 900	-	413 035	1,288
Oběhový systém	546 321	420 743	-	-5 324	417 944	0,765
Metabolismus	601 145	551 629	-	-	584 726	0,973
Imunitní systém	56 769	105 033	129 000	-	203 573	3,586
Celkem	17 293 298	18 696 520	1 696 710	-659 093	20 703 311	1,197

- (1) Procentuální nárůst je indexem integrujícím vývoj prevalence léčených, jednotkových cen léčiv i vstup nových preparátů a indikací. Hodnota je predikována z dostupných dat roku 2018 (v Národním registru hrazených zdravotních služeb dostupné 3 kvartály 2018).
- (2) Predikce zahrnuje vývoj prevalence léčených, korekci na jednotkové ceny léčiv, dopady nástupu nových preparátů (indikací) a vliv generifikace léků. Validováno proti datům vybraných poskytovatelů a ověřeno pravděpodobnostními klinickými modely.

Odměňování lékařů a všeobecných sester – vývoj v čase

Zdroj: Výkaz E (MZ) 2-01, E (MZ) 3-01 a E (MZ) 4-01

Kč



Průměrná měsíční odměna (platy a mzdy dohromady) činila v roce 2017 u lékařů 70 600 Kč a u sester 33 900 Kč.

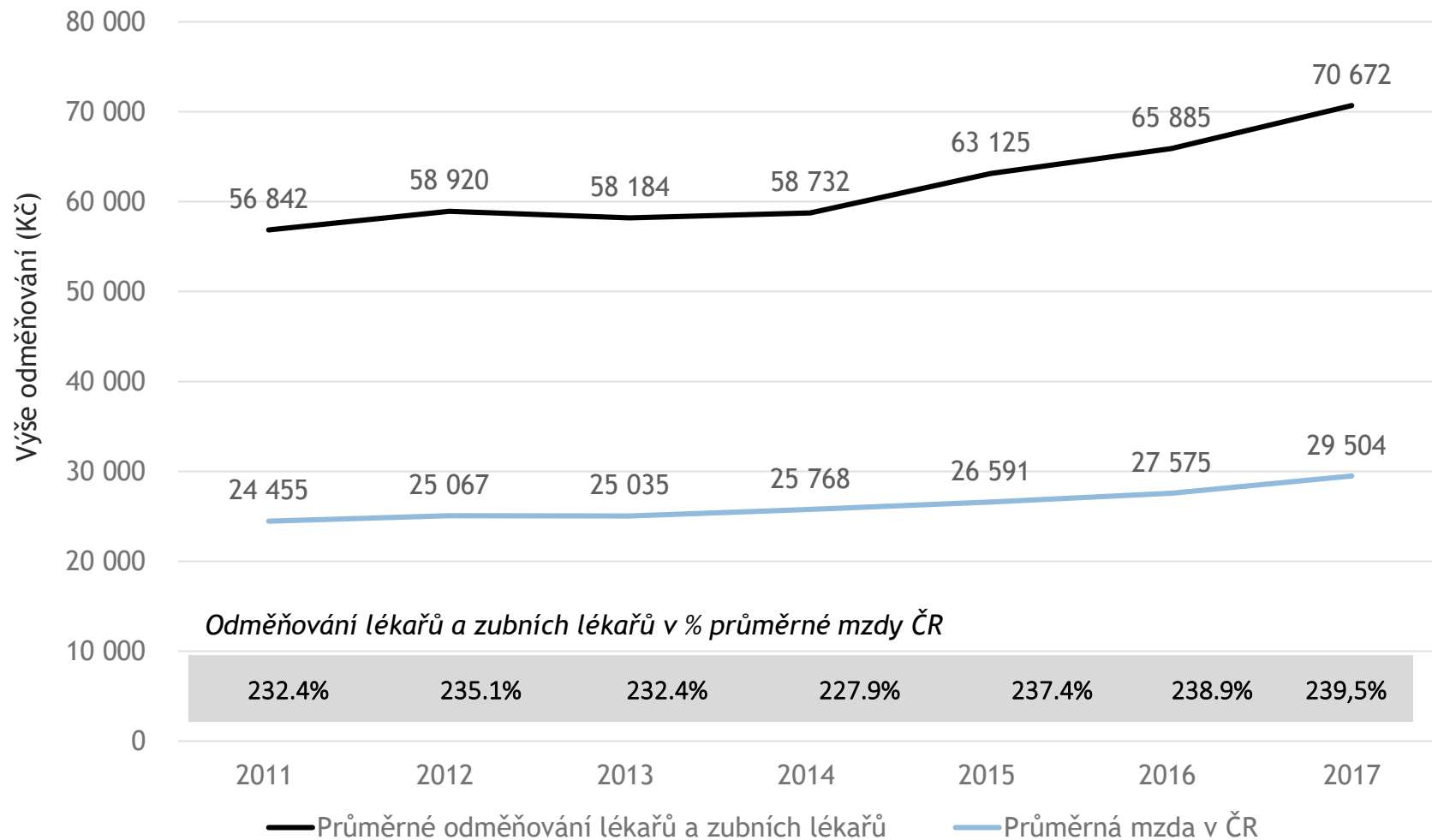
Odměny všech kategorií zdravotnických pracovníků od roku 2014 setrvale rostou průměrným ročním tempem +5,8% (lékaři) a +9,2% (sestry). Růst odměn v období 2016 -> 2017 dosáhl významně vyšších hodnot než tento roční průměr za období 2013->2017, a to u lékařů +7% a u sester +12%.

Mzdy i platy rostou dlouhodobě přibližně stejným tempem a průměrný plat je tak stále vyšší než průměrná mzda. Tento rozdíl ve prospěch platů nastal v letech 2010 – 2011 a přibližně činí u lékařů 8 – 9 tis. Kč měsíčně a u sester 5 – 6 tis. Kč měsíčně.

Odměňování lékařů – vývoj v čase ve vztahu k průměrné mzdě ČR

Zdroje: Výkaz E 2-01 Roční výkaz o zaměstnancích a o složkách platu ve zdravotnických organizacích a E 3-01 Roční výkaz o zaměstnancích a o složkách mezd ve zdravotnických organizacích; ČSÚ 2018, Průměrná hrubá měsíční mzda v letech 2000 až 2016

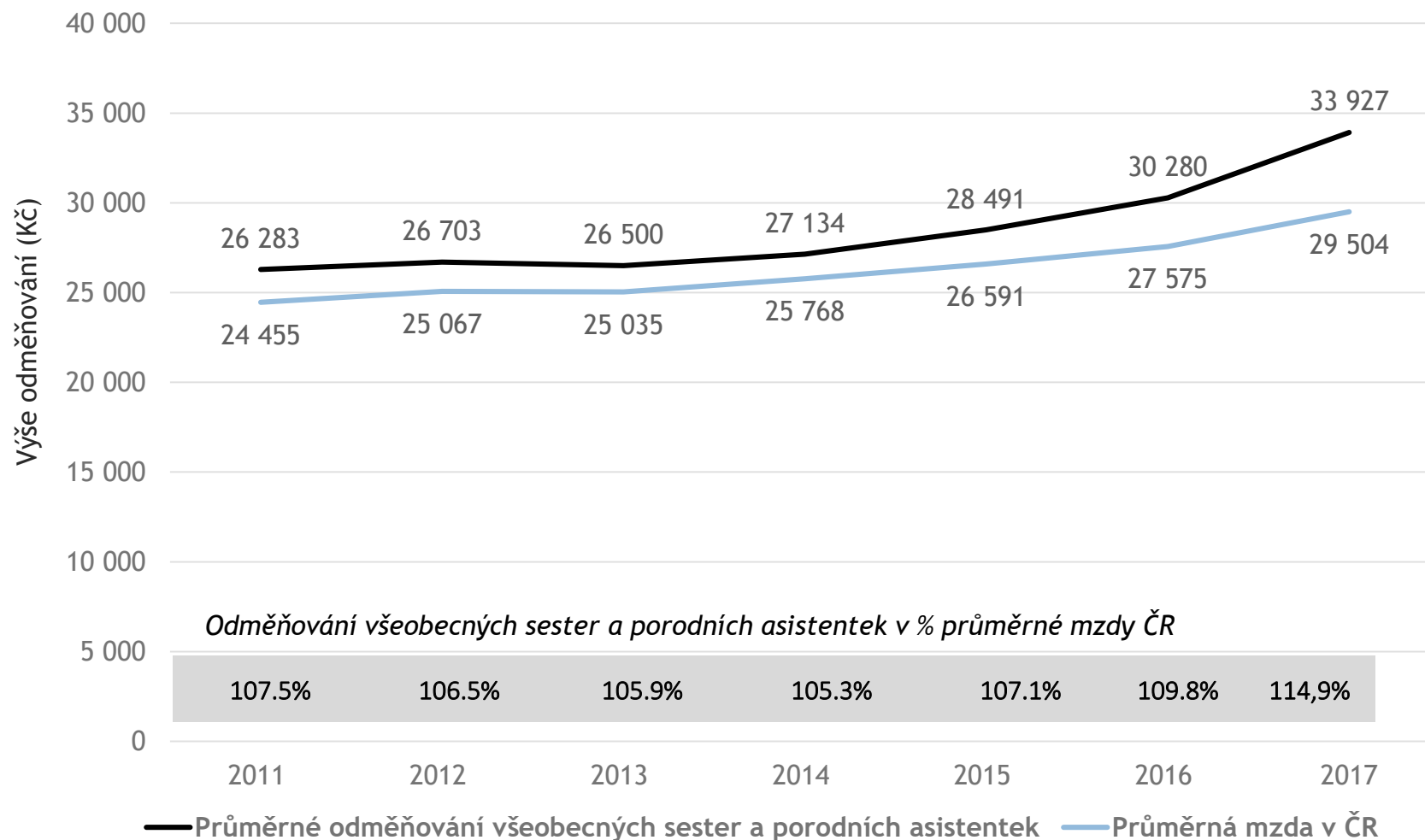
Vývoj celkem, za segment lůžkové i nelůžkové péče



Odměňování sester – vývoj v čase ve vztahu k průměrné mzdě ČR

Zdroje: Výkaz E 2-01 Roční výkaz o zaměstnancích a o složkách platu ve zdravotnických organizacích a E 3-01 Roční výkaz o zaměstnancích a o složkách mezd ve zdravotnických organizacích; ČSÚ 2018, Průměrná hrubá měsíční mzda v letech 2000 až 2016

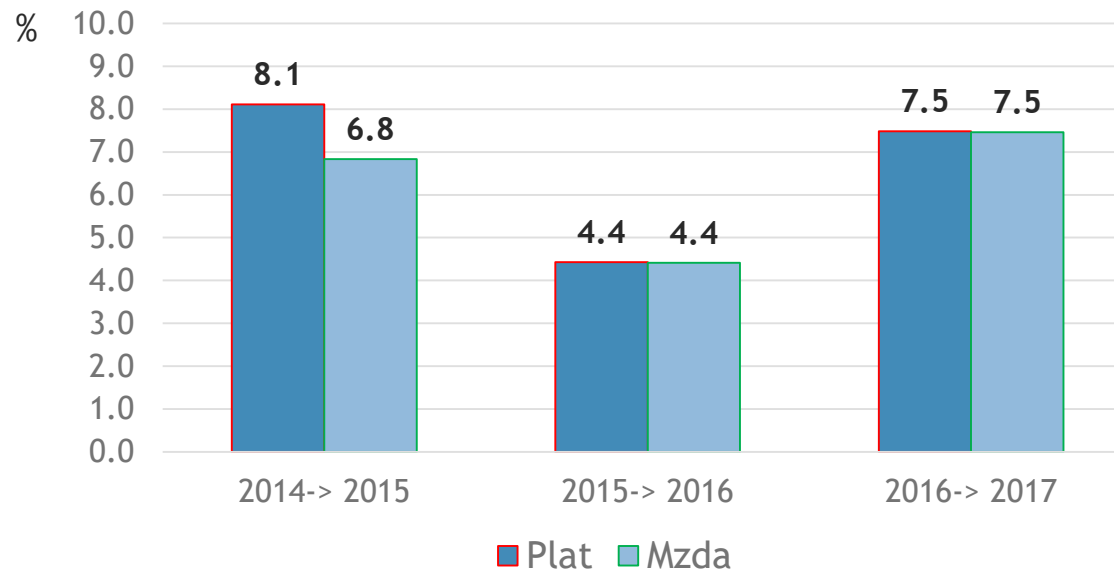
Vývoj celkem, za segment lůžkové i nelůžkové péče



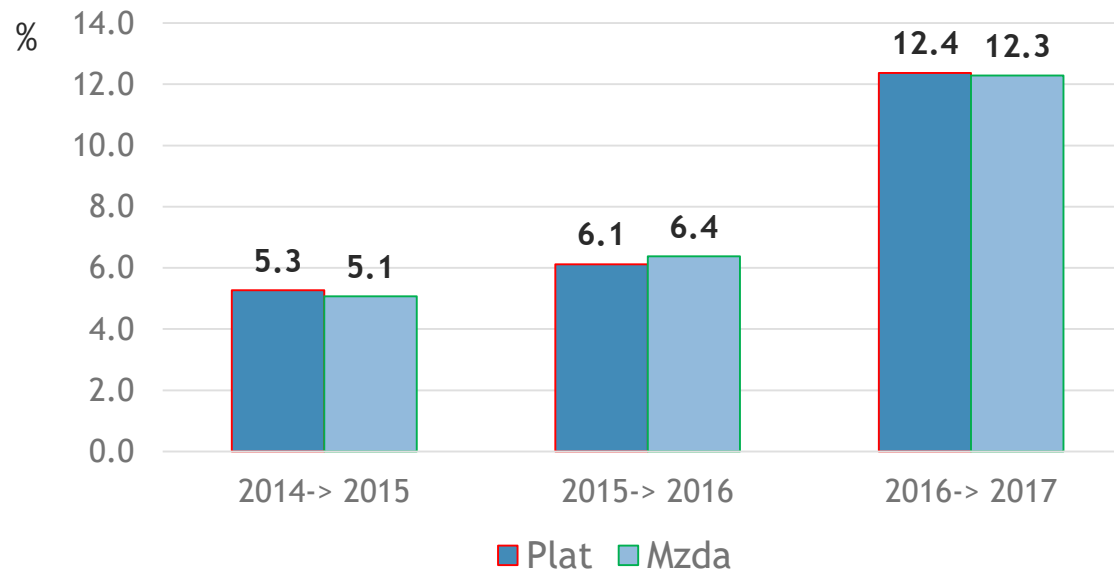
Odměňování lékařů a všeobecných sester – meziroční změny

Zdroj: Výkaz E (MZ) 2-01, E (MZ) 3-01 a E (MZ) 4-01

Odměňování lékařů a zubních lékařů



Odměňování všeobecných sester a porodních asistentek



I přesto, že odměny zdravotnických pracovníků již několik let významně rostou, nedochází k eliminaci rizikových trendů v personálních kapacitách. Z nejvíce rizikových lze zmínit tyto dva:

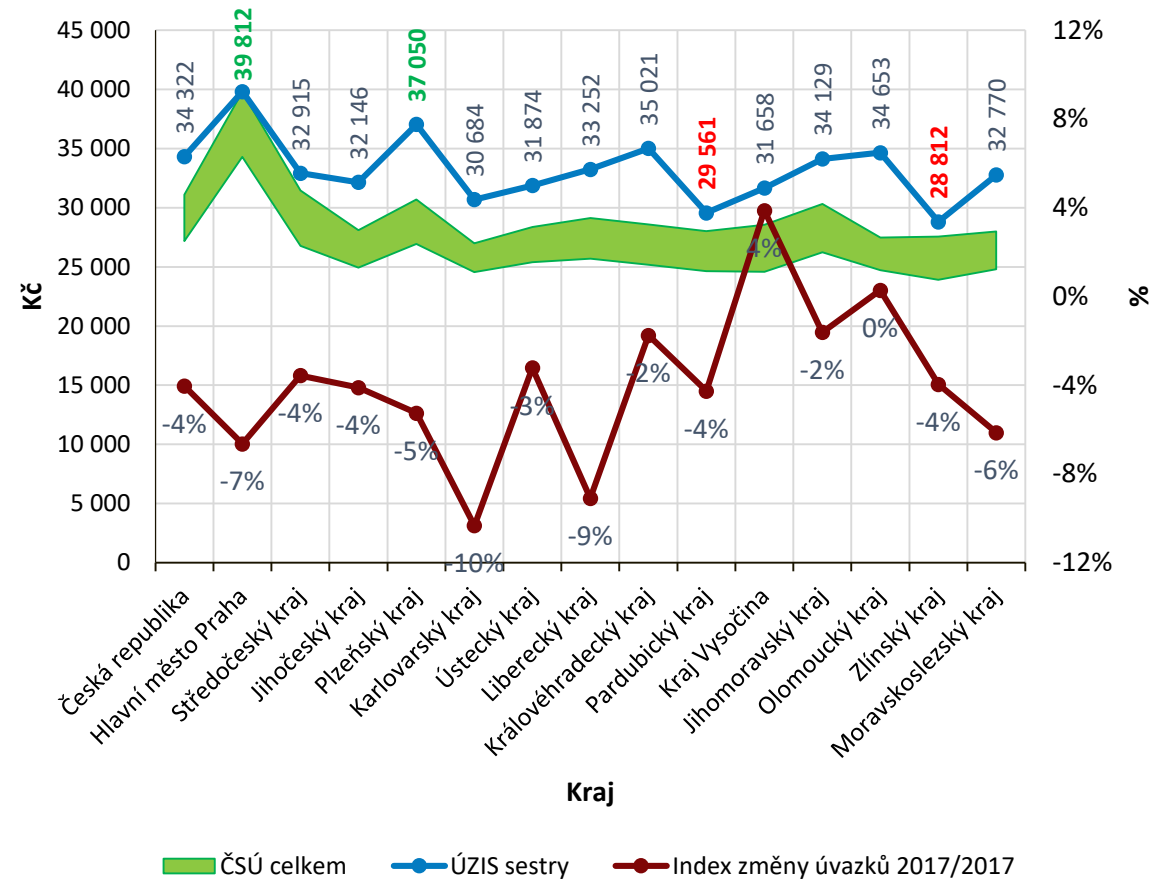
- ❑ Již druhý rok přibývá v systému ročně pouze 300 – 400 plných úvazků lékařů, což ukazuje na fakt, že každoroční produkce lékařských fakult přestává krýt odchody prudce stárnoucí populace lékařů do důchodu.
- ❑ Nadále pokračuje úbytek kapacit všeobecných sester v akutní lůžkové péči. Kumulativně od r. 2010 odešlo z akutní lůžkové péče více než 2000 úvazků sester a aktuální pokles mezi roky 2016 -> 2017 činil 240 plných úvazků.

Pokračující úbytek kapacity sester v akutní lůžkové péči tak zůstává nejkritičtějším trendem ohrožujícím stabilitu systému a dostupnost akutní lůžkové péče v ČR.

Odměny vš. sester a por. asistentek v relaci k dalším odvětvím hospodářství

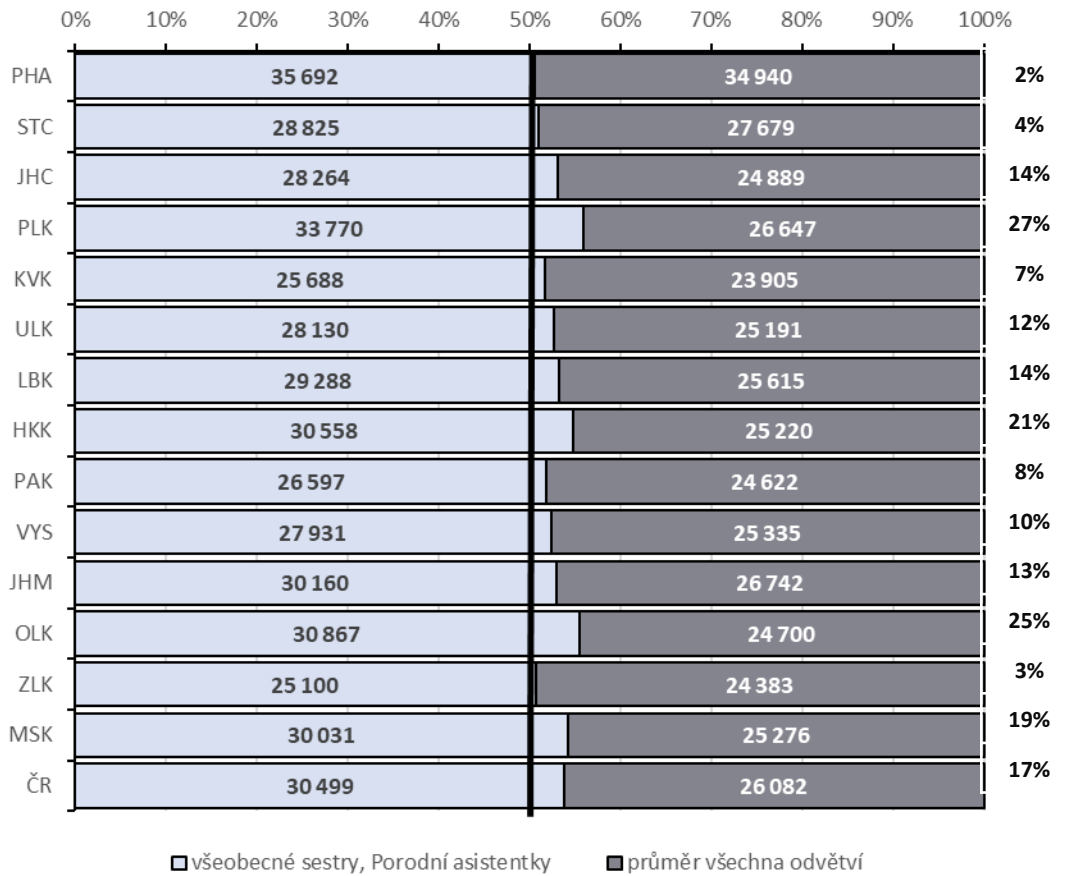
Zdroj dat: všeobecné sestry a porodní asistentky - Výkaz E 2-01 a E 3-01 ÚZIS ČR, průměr odvětví - ČSÚ

Časový vývoj odměn sester v relaci k celkovému hospodářství



Porovnání průměrných odměn všeobecných sester a porodních asistentek s průměrem všech odvětví daného kraje

Průměrná hrubá mzda zaměstnance (přepočteného na plnou pracovní dobu) podle místa pracoviště v Kč



Úroveň odměňování zdravotnických pracovníků a zejména zdravotních sester je třeba poměřovat k průměrným odměnám dalších odvětví hospodářství, která logicky v tomto směru vyvíjejí na zdravotnictví kompetiční tlak. Je evidentní, že při odměňování je nutné reflektovat specifickou situaci a úroveň platů a mezd v jednotlivých regionech. Vedle finanční odměny je nezbytné motivovat pracovníky dalšími podněty, jako jsou odborné kompetence, celkové podmínky při práci, další sociální výhody apod. Finanční složka sama o sobě se nejeví jako dostatečná pro zastavení odchodu sester z nemocniční péče.