

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ SYSTÉM (NZIS) & NÁRODNÍ SOCIÁLNÍ INFORMAČNÍ SYSTÉM (NSIS)

PRVNÍ VÝSLEDKY

ZDRAVÍ2030



Prezentace prvních výsledků: 18.6. 2024



MINISTERSTVO PRÁCE
A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



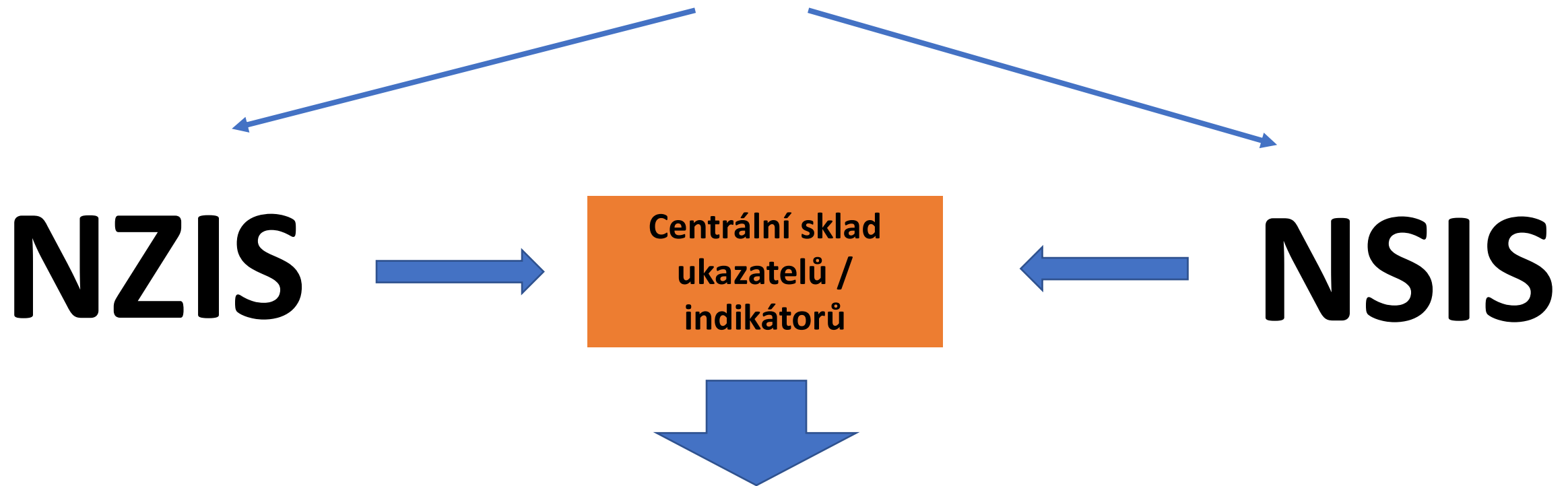
Ústav zdravotnických informací a statistik ČR
Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic

Analytické studie programu Zdraví 2030:

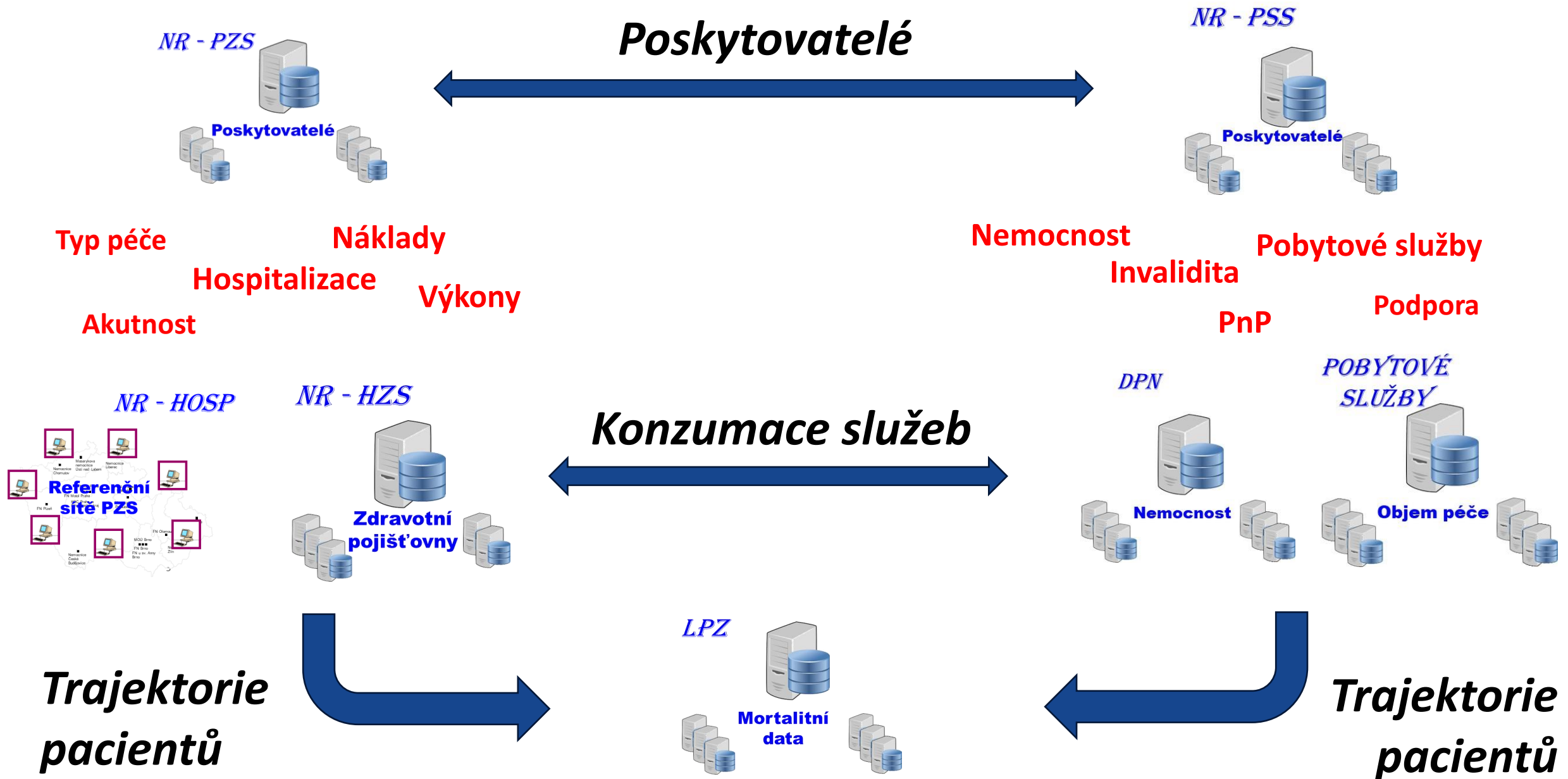
Budování společného datového a informačního zázemí resortů MZ a MPSV

Meziresortní propojení dat

VIZE INFORMAČNÍ A ANALYTICKÉ PODPORY SOCIÁLNĚ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB



Současné možnosti společných meziresortních analýz nejsou malé



Analytické studie programu Zdraví 2030:
**Budování společného
datového a informačního
zázemí resortů MZ a MPSV**

Předávaná data a datový model

Obsah a časová dostupnost dat

 Data nedostupná
 Data částečně dostupná
 Data dostupná

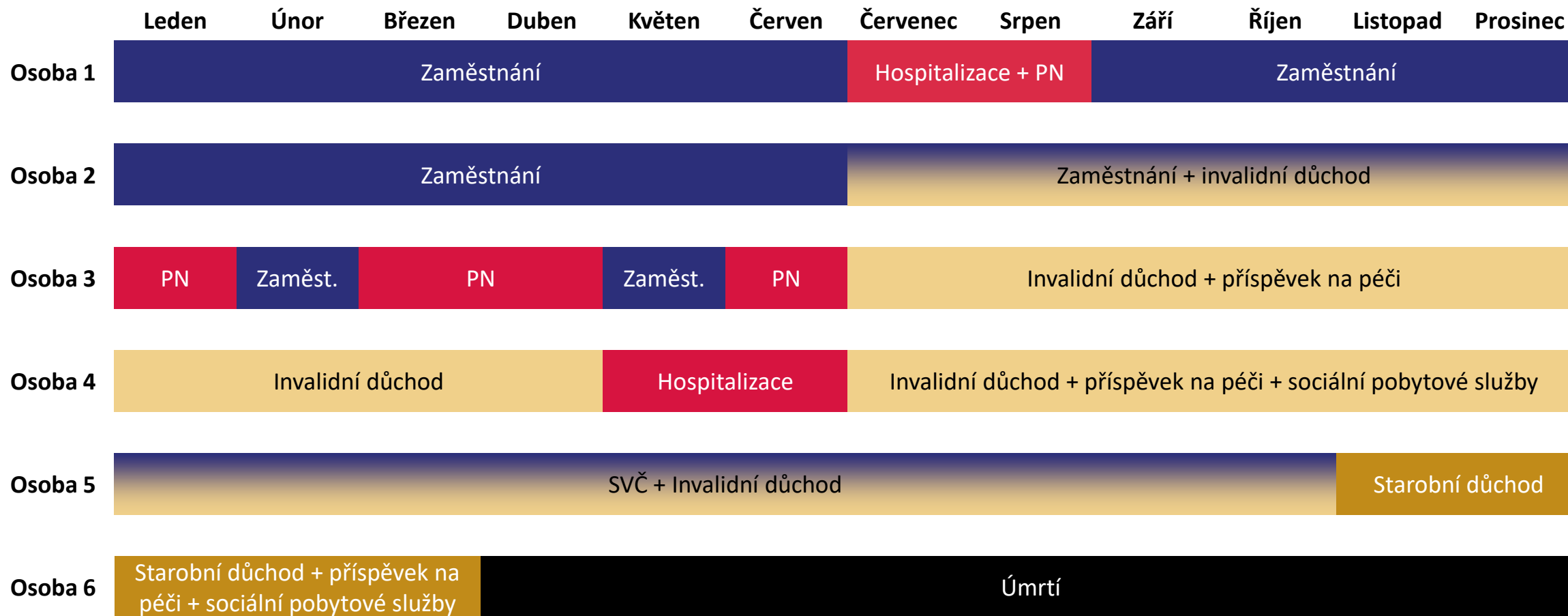
Data	ČR*	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Pracovní neschopnost	Ano														
Důchody	Ano														
Sociální pobytové služby	Ano														
Příspěvek na péči	Ano														
Zaměstnání	Ne														
SVČ	Ne														
Vyměřovací základ	Ne														
Evidence úřadu práce	Ne														
Dávky v nezaměstnanosti	Ne														
Dávky nemocenského pojištění	Ne														
Dávky státní sociální podpory	Ne														
Průkaz OZP	Ne														
Pomoc v hmotné nouzi	Ne														
Exekuce	Ne														

*Pokud nejsou data dostupná pro celou ČR, jsou dostupná pouze pro vybrané kohorty pacientů: 1) pacienti po CMP 2010–2021; 2) pacienti s demencí 2010–2021; 3) pacienti s roztroušenou sklerózou 2010–2021; 4) pacienti s onkologickým onemocněním – POZOR, pouze za uzavřený NOR 2020, tj. bez incidentních pacientů v letech 2021 a 2022!

Koncepční modely (vytváření typologií): určení statusu jednotlivých pacientů

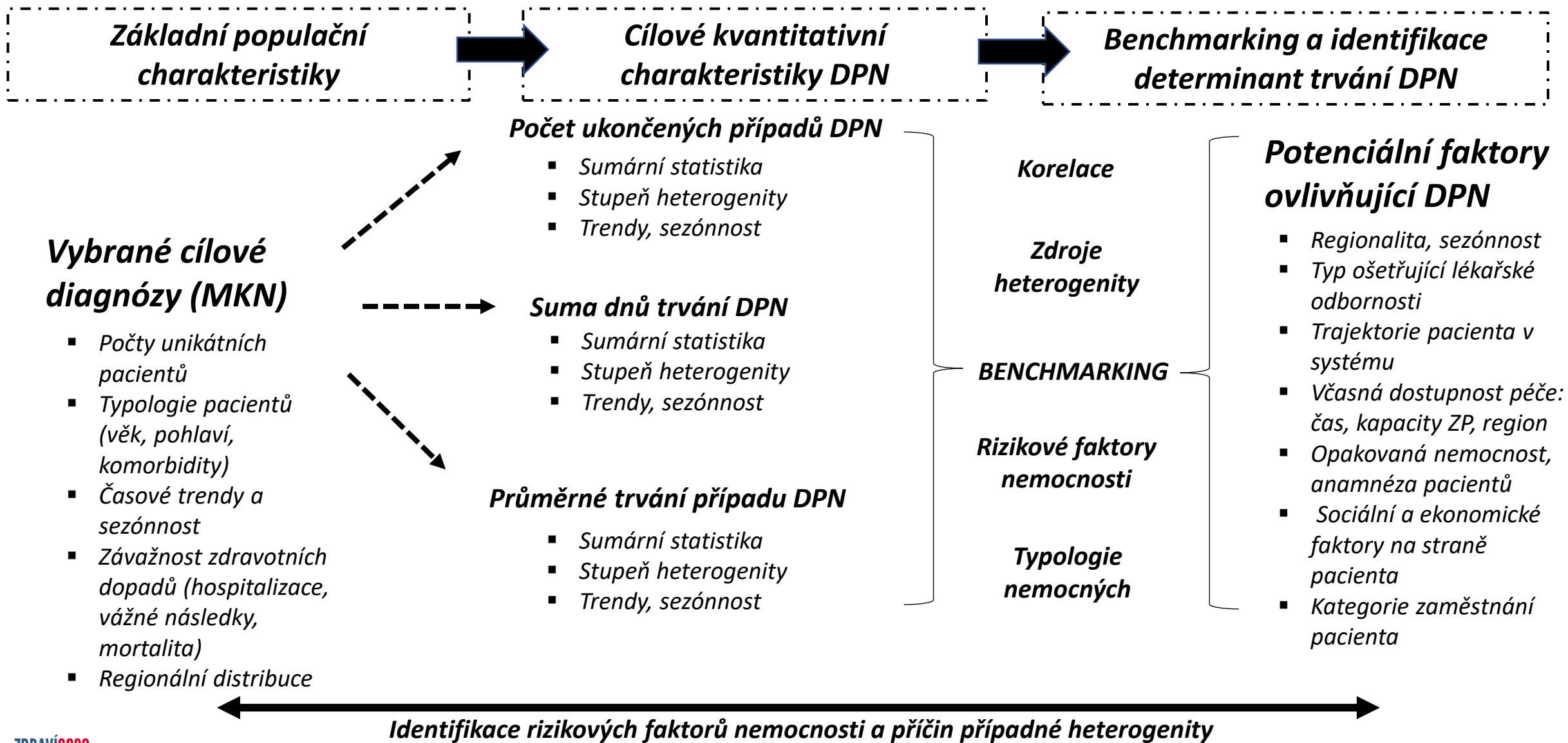
- Vysoký počet kombinací → vede na složité definice s nutností prioritizovat některé stavy (dle zaměření analýzy)

1 rok (365 dní)



Koncepční modely: Stanovení standardní délky dočasné pracovní neschopnosti

SCHEMATICKÉ VYJÁDRĚNÍ DESIGNU PLÁNOVANÝCH STATISTICKÝCH ANALÝZ



Analytické studie programu Zdraví 2030:

Budování společného datového a informačního zázemí resortů MZ a MPSV

Hlavní datové komponenty předávaných dat: DPN, invalidity, PnP, pobytová sociální zařízení

Zásadní výstupy nově dostupných analýz

- ☐ Stupeň invalidizace u chronicky i akutně nemocných
- ☐ Stupeň závislosti chronicky nemocných a sociální dopady nemocí
- ☐ Pracovní neschopnosti ve vazbě na různá onemocnění, dopad léčby
- ☐ Trajektorie pacientů mezi sociálním a zdravotnickým systémem

Navržené pilotní analýzy meziřesortně spojených dat

1. Mapování zátěže systému zdravotních a sociálních služeb, rozsahu péče a systému úhrad u **seniorních pacientů s Alzheimerovou chorobou, nespecifickou demencí**, se zvláštním zaměřením na péči v závěru života
2. Celkové náklady související s péčí o onkologické pacienty a dopad **onkologických onemocnění** na důchodový systém a systém sociální podpory, význam prevence a screeningových programů
3. Dopad vybraných chronických onemocnění na důchodový systém a systém sociální podpory: **roztroušená skleróza** jako model **Vybráno pro první fázi analýz**
4. Dopad vybraných **závažných psychiatrických onemocnění** na důchodový systém a systém sociální podpory
5. Analýza dostupnosti dlouhodobé péče pro **pacienty postižené centrální mozkovou příhodou** (CMP): dopad na důchodový systém a systém sociální podpory
6. Stanovení standardní **délky dočasné pracovní neschopnosti**, analýza a zvýšení efektivity kontrol posuzování dočasné pracovní neschopnosti **Vybráno pro první fázi analýz**

Počet osob a pobytových dní v zařízeních s pobytovou sociální službou v letech 2014–2022

Zdroj: MPSV, Databáze pobytů v pobytových sociálních zařízeních

Pobytové
služby

Rok	Počet osob	Počet pobytových dní	Počet pobytových dní na osobu
2014	80 359	22 513 528	280.2
2015	85 776	23 291 764	271.5
2016	87 805	24 293 904	276.7
2017	90 124	24 679 991	273.8
2018	91 390	25 016 180	273.7
2019	93 049	25 414 665	273.1
2020	92 148	25 270 531	274.2
2021	93 680	24 884 761	265.6
2022	95 476	25 963 484	271.9

+ 19%

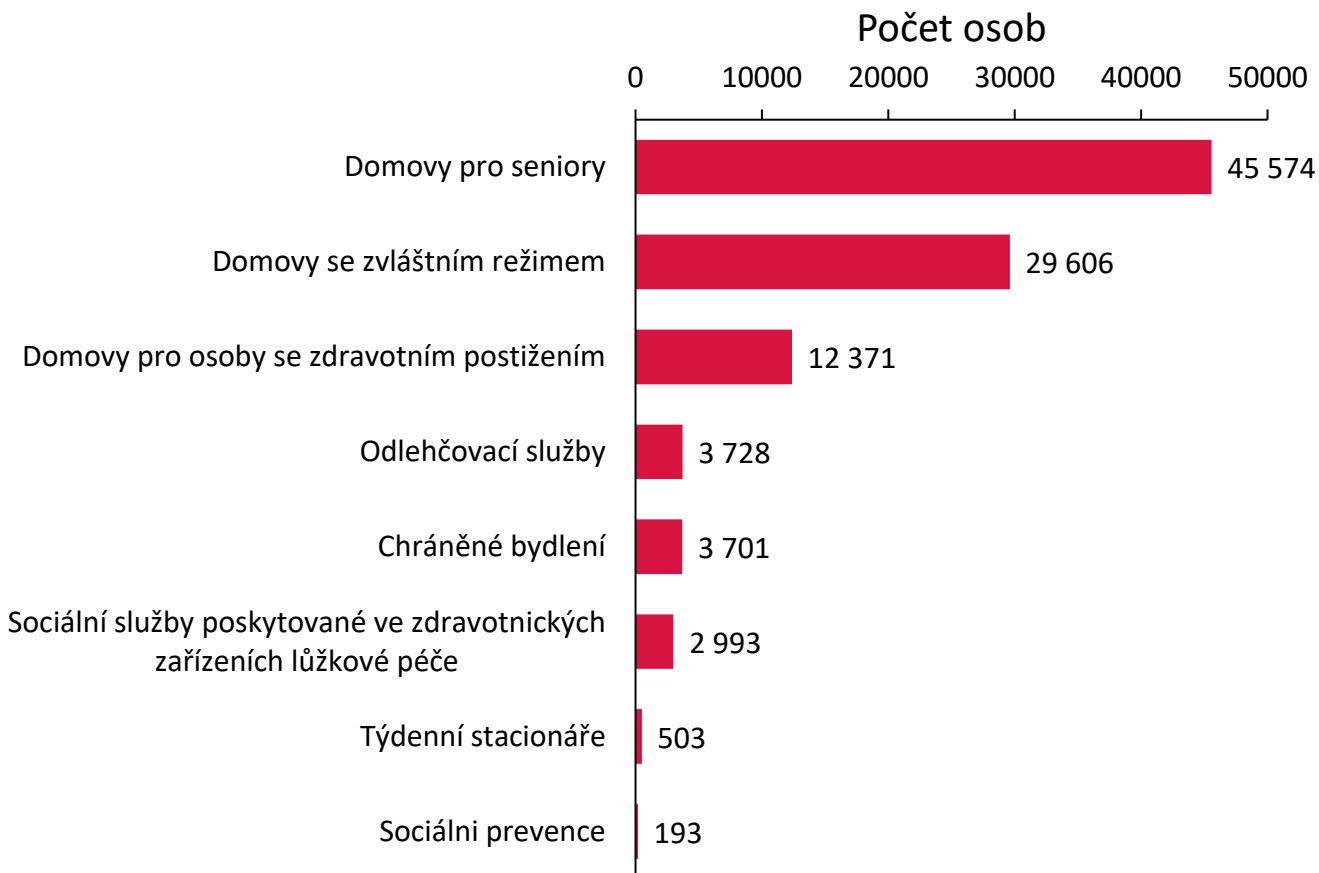
+ 15%

Počet pobytových dní nezahrnuje dny, kdy byly osoby hospitalizovány v nemocnici, ačkoliv byly současně evidovány v zařízení sociálních služeb.
Zpracováno na základě dat od MPSV; nezahrnuje soukromá zařízení sociálních služeb.

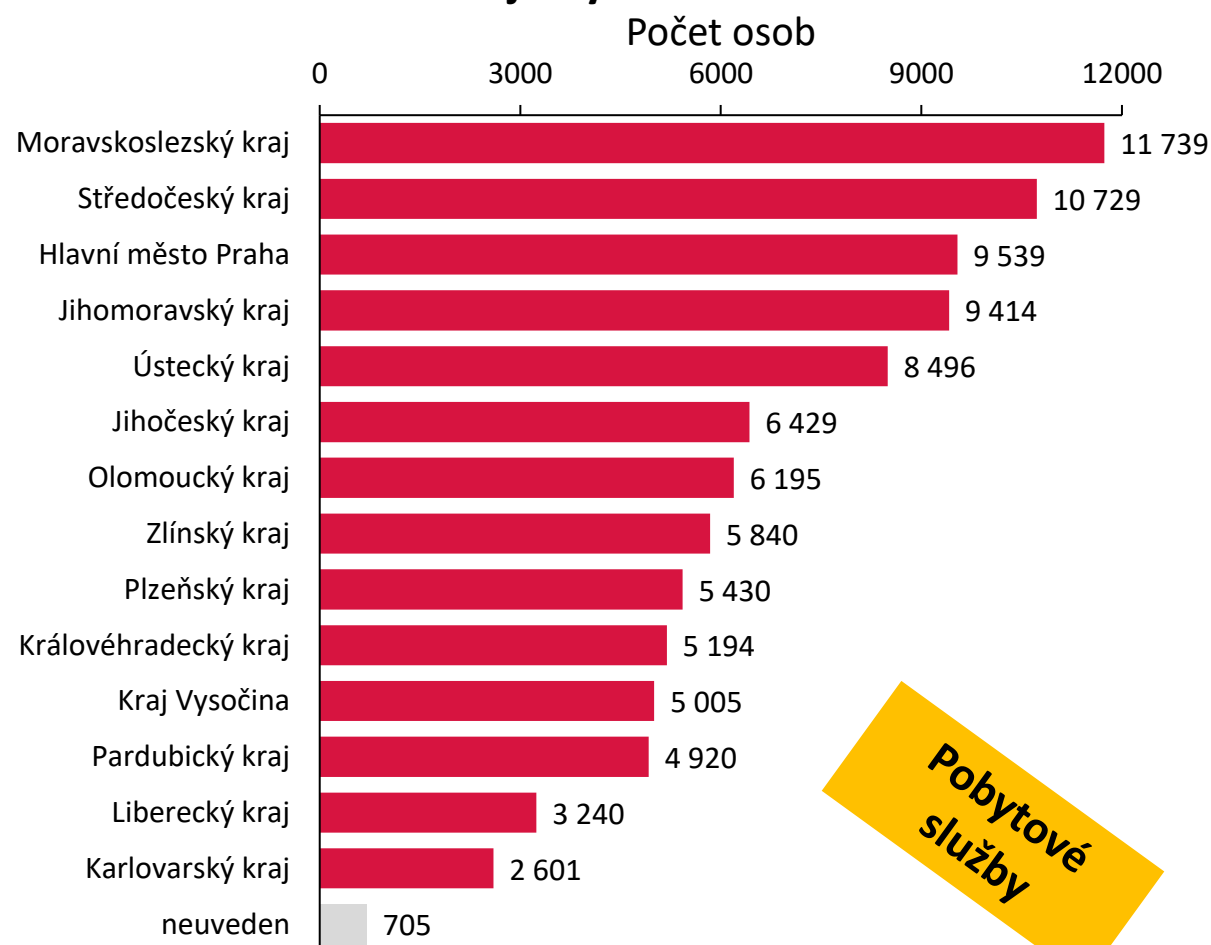
Počet osob v zařízeních s pobytovou sociální službou v roce 2022: dle druhu zařízení a kraje bydliště

Zdroj: MPSV, Databáze pobytů v pobytových sociálních zařízeních

Počet osob v zařízeních s pobytovou sociální službou dle druhu zařízení



Počet osob v zařízeních s pobytovou sociální službou dle kraje bydliště klienta



Pobytové
služby

Zpracováno na základě dat od MPSV; nezahrnuje soukromá zařízení sociálních služeb.

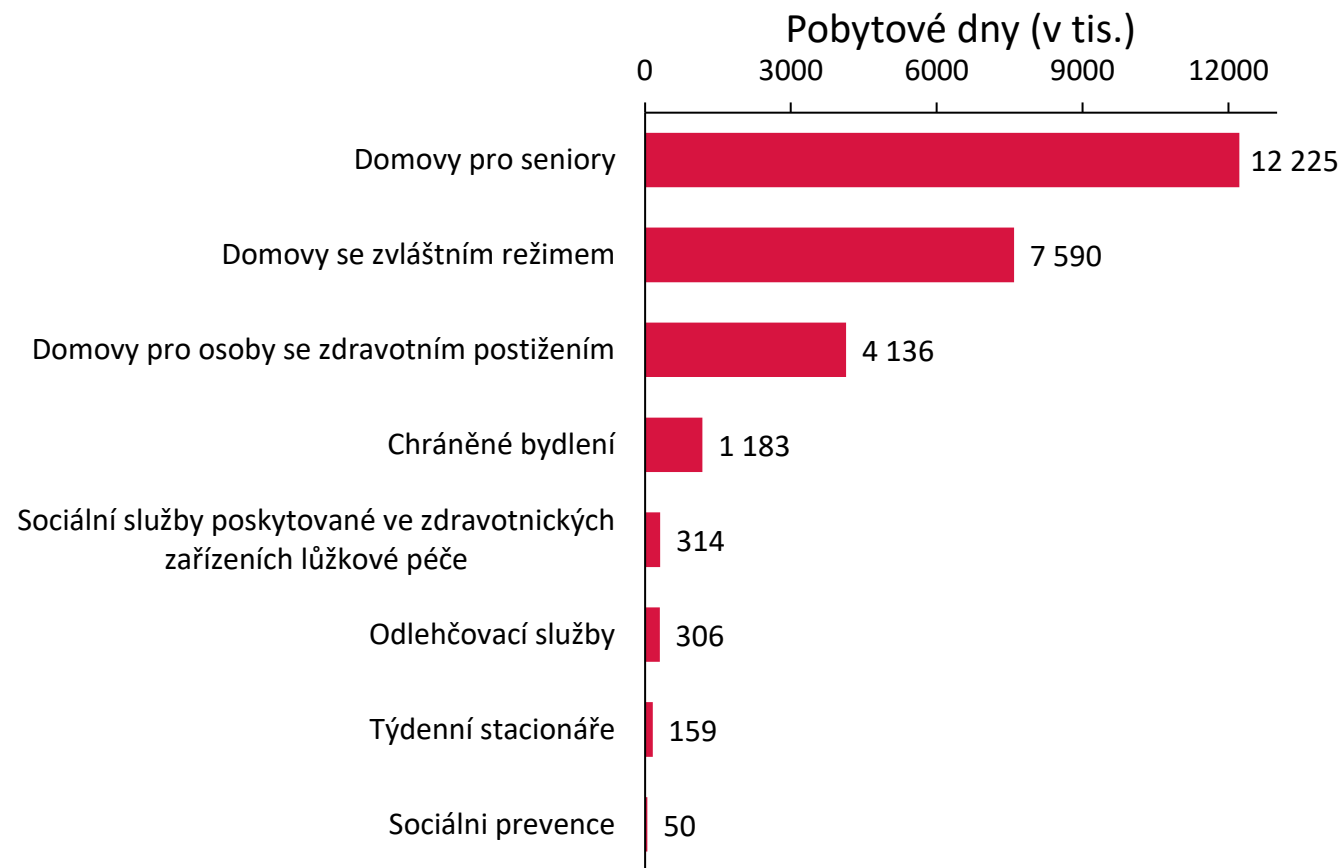
Jeden pacient mohl využít během roku více druhů zařízení s pobytovou službou.

Druh zařízení sociální prevence zahrnuje zařízení s následujícími sociálními službami: krizová pomoc, služby následné péče, terapeutické komunity, domy na půl cesty, sociální rehabilitace a azylové domy.

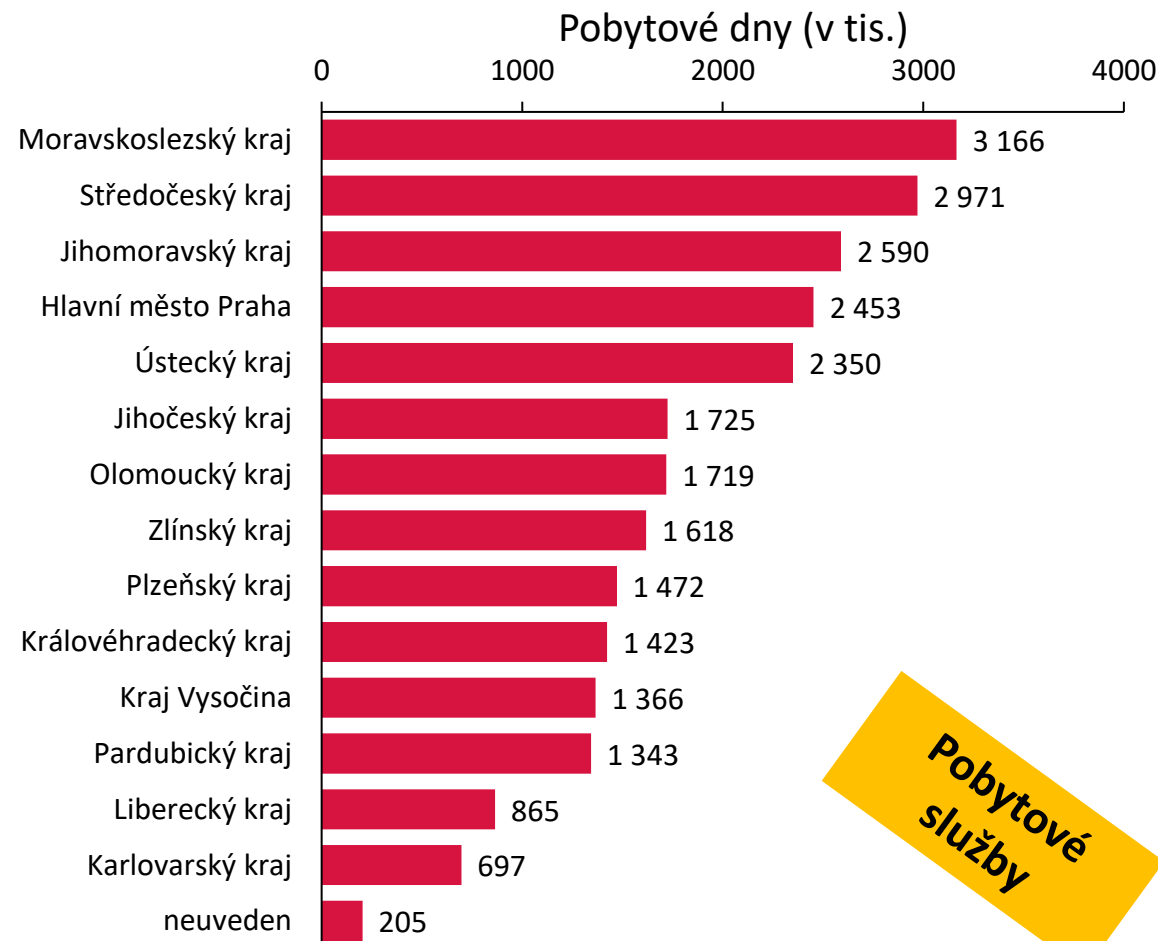
Počet pobytových dní v zařízeních s pobytovou sociální službou v roce 2022: dle druhu zařízení a kraje bydliště

Zdroj: MPSV, Databáze pobytů v pobytových sociálních zařízeních

Počet pobytových dní v zařízeních s pobytovou sociální službou dle druhu zařízení



Počet pobytových dní v zařízeních s pobytovou sociální službou dle kraje bydliště klienta



Pobytové služby

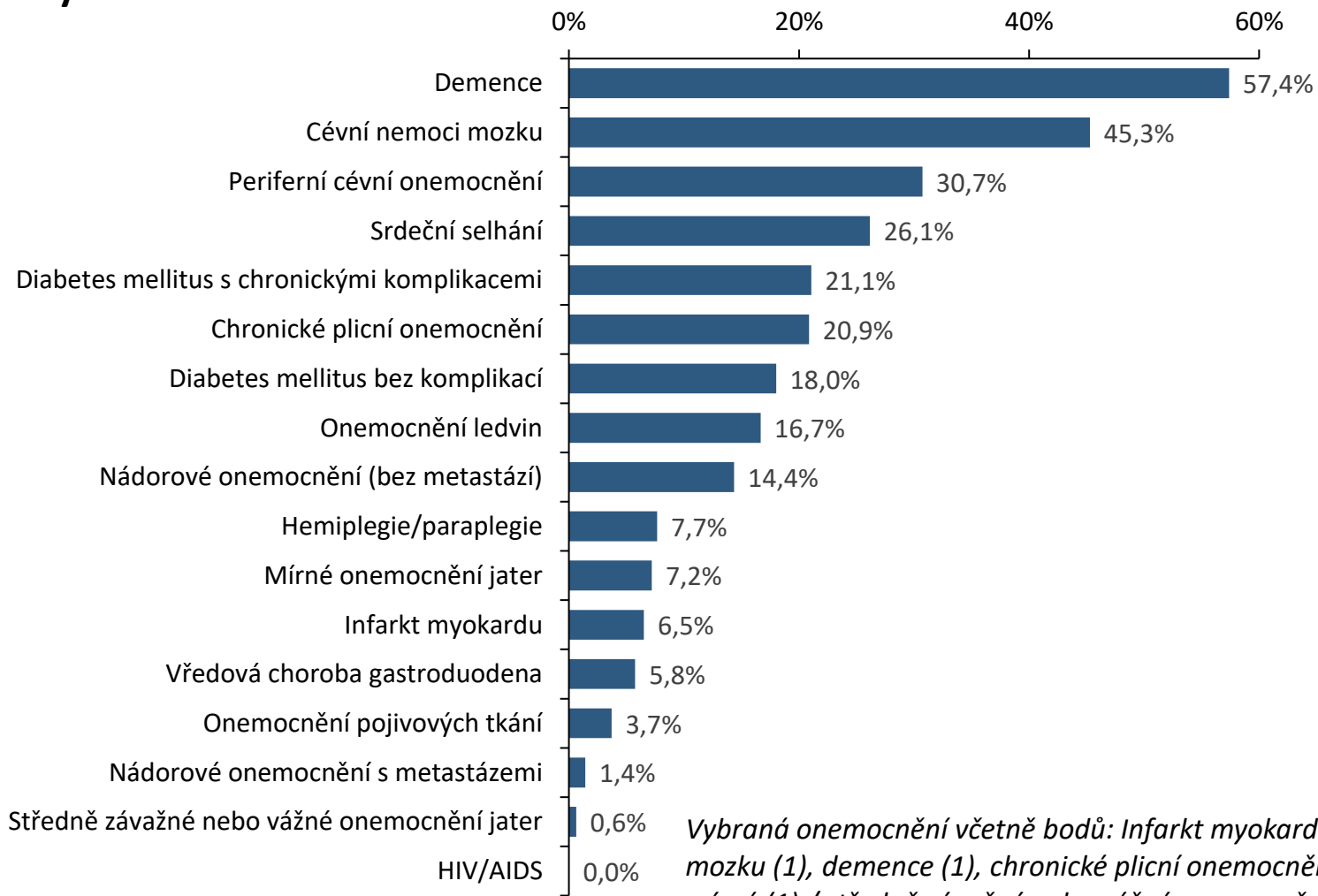
Počet pobytových dní nezahrnuje dny, kdy byly osoby hospitalizovány v nemocnici, ačkoliv byly současně evidovány v zařízení sociálních služeb. Druh zařízení sociální prevence zahrnuje zařízení s násl. soc. službami: krizová pomoc, služby následné péče, terapeutické komunity, domy na půl cesty, sociální rehabilitace a azylové domy. Zpracováno na základě dat od MPSV; nezahrnuje soukromá zařízení sociálních služeb.

Polymorbidita pacientů v zařízeních s pobytovou sociální službou v roce 2022

Zdroj: MPSV, Databáze pobytů v pobytových sociálních zařízeních; NRHZS

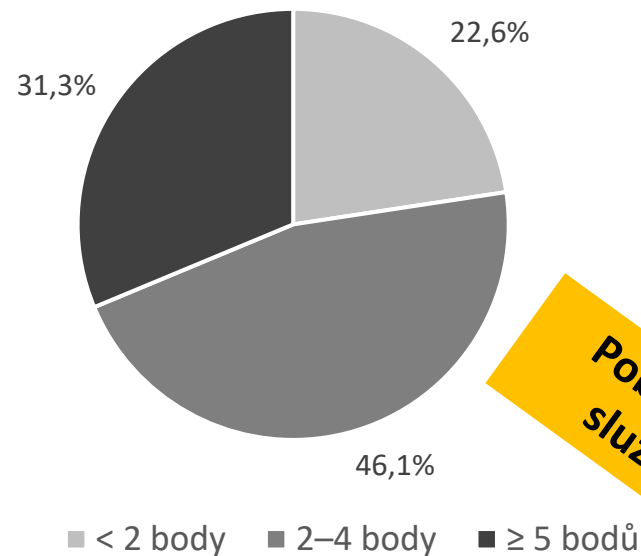
Vybraná onemocnění:

Podíl pacientů s onemocněním



Vybraná onemocnění včetně bodů: Infarkt myokardu (1), srdeční selhání (1), cévní onemocnění (1), cévní nemoci mozku (1), demence (1), chronické plicní onemocnění (1), onemocnění pojivových tkání (1), vředové onemocnění (1), mírné (1) / středně závažné nebo vážné onemocnění jater (3), diabetes mellitus bez (1) / s chronickými komplikacemi (2), hemiplegie/paraplegie (2), onemocnění ledvin (2), nádorové onemocnění bez (2) / s metastázemi (6), HIV/AIDS (6)

DCCI = Deyova modifikace indexu komorbidit dle Charlsonové: Pro pacienty byla analyzována historie poskytnuté lékařské péče v letech 2010–2022. Zaznamenaný výskyt vybraných závažných onemocnění je bodově ohodnocen a následným součtem bodů je určeno skóre pro každého pacienta.



Pobytové služby

Počet osob, v roce 2022 využívaly zařízení sociálních služeb, dle celkové délky jejich posledního pobytu

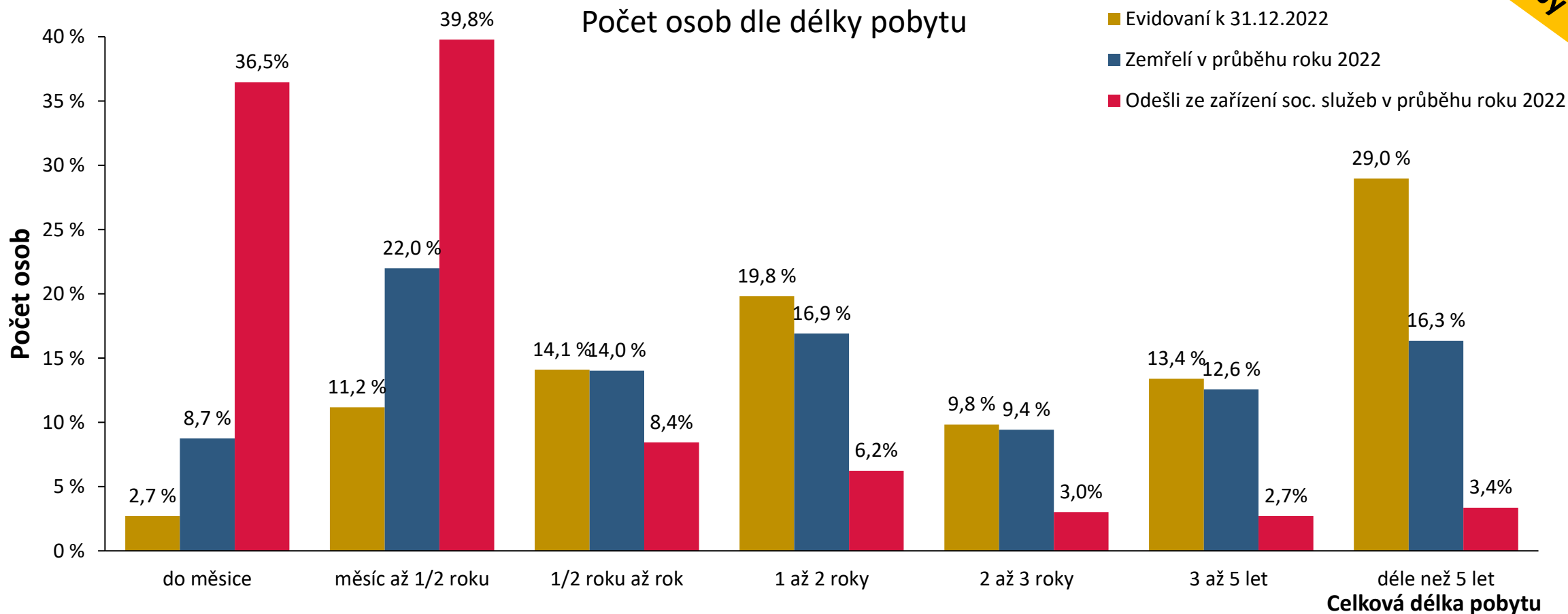
Zdroj: MPSV, Databáze pobytů v pobytových sociálních zařízeních

Celkový počet osob evidovaných v zařízení soc. služeb k 31.12.2022 = 73 226

Celkový počet zemřelých osob, které byly evidovány v zařízení soc. služeb alespoň jeden den v roce 2022 = 20 259

Celkový počet osob, které byly evidovány v zařízení soc. služeb alespoň jeden den v roce 2022, ale v průběhu roku ze zařízení odešly = 1 991

Pobytové
služby



**Ošetrovatelská péče v závěru života je zajišťována
zejména odborností 913**

**Dle dostupných dat je u pacientů s očekávatelným
úmrtím významně snížena četnost opakovaných
hospitalizací v závěru života**



Úmrtí osob v sociálních zařízeních: poskytování péče v závěru života (2015-2022)

Zdroj dat: MPSV, Databáze zemřelých, NRHZS N sociální zařízení = 82 402

Úmrtí od roku 2015

Pacienti, kteří měli danou péči vykázanou alespoň jedenkrát rok před úmrtím

Domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu

926

Počet pacientů s vykázanou odborností rok před smrtí = **427**

**0,5 %
osob**

Domácí péče

925

Počet pacientů s vykázanou odborností rok před smrtí = **10 581**

**12,8 %
osob**

Ošetřovatelská péče v sociálních službách

913

Počet pacientů s vykázanou odborností rok před smrtí = **67 875**

**82,4 %
osob**

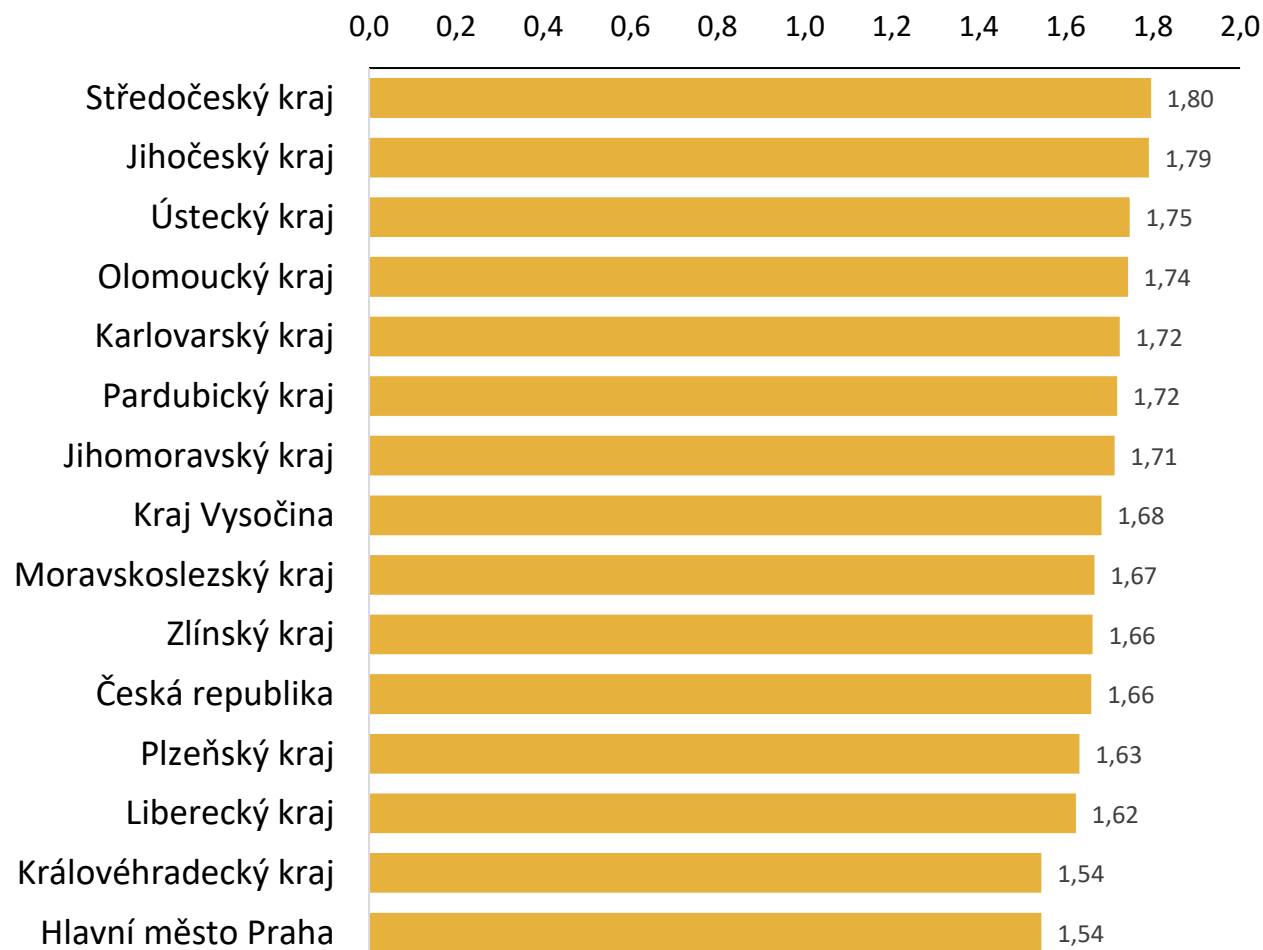
Pozn. některým pacientům mohla být vykázána i péče kombinovaná, např. 926 i 925. Péče u pacienta může být poskytována i s přerušením (nekontinuálně)

Počet akutních hospitalizací v posledním půlroce života: očekávatelná úmrtí

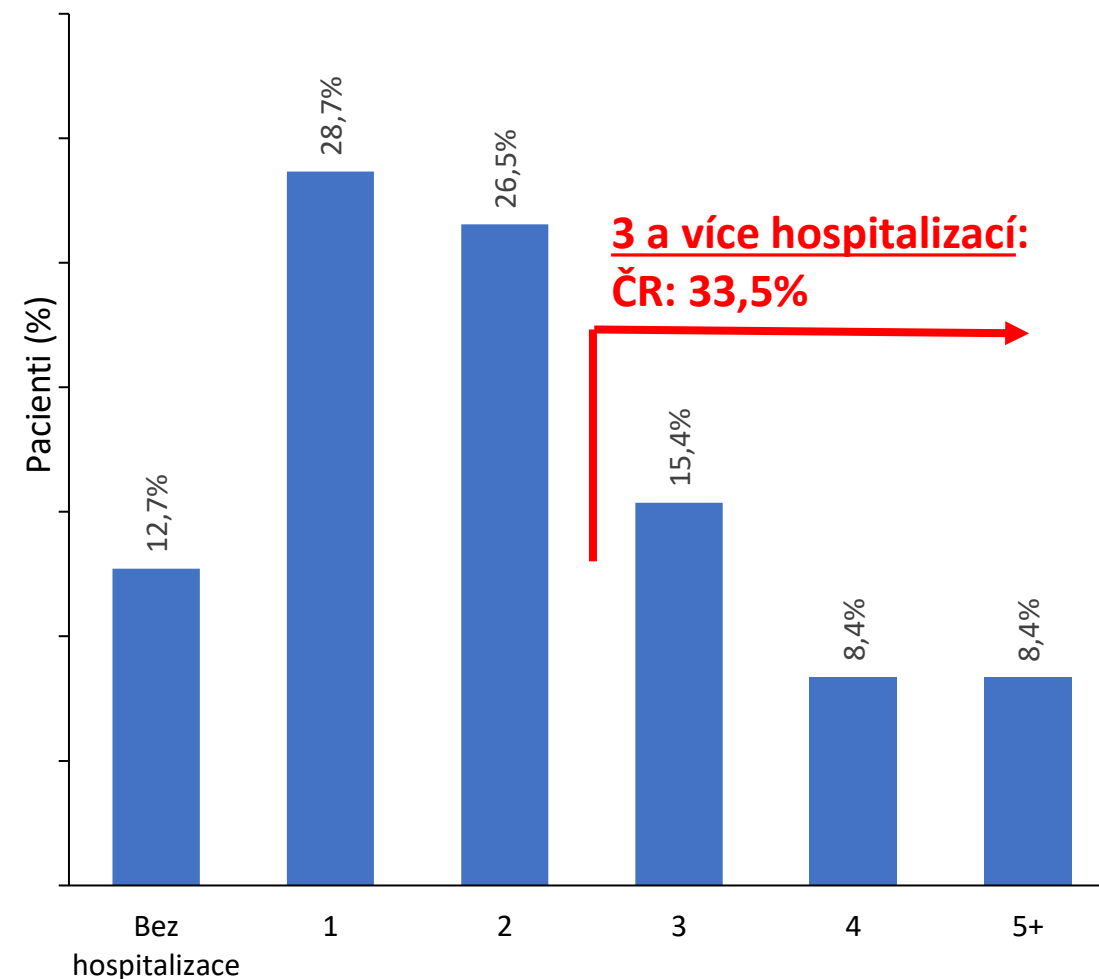
Zdroj: NRHZS 2016–2021 (N=416 852)

Populace ČR

Průměrný počet hospitalizací



Celkový počet hospitalizací

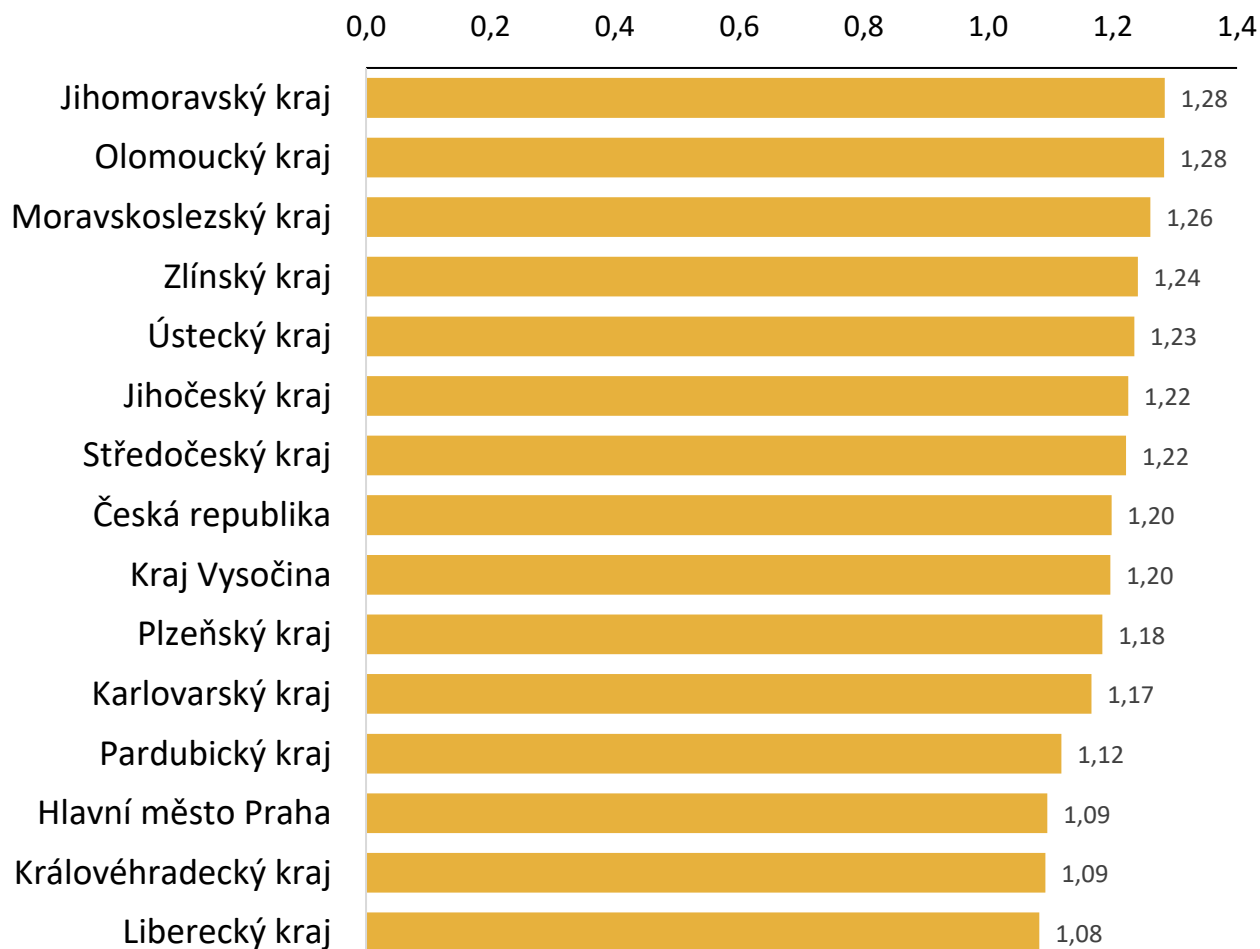


Počet akutních hospitalizací v posledním půlroce života: očekávatelná úmrtí

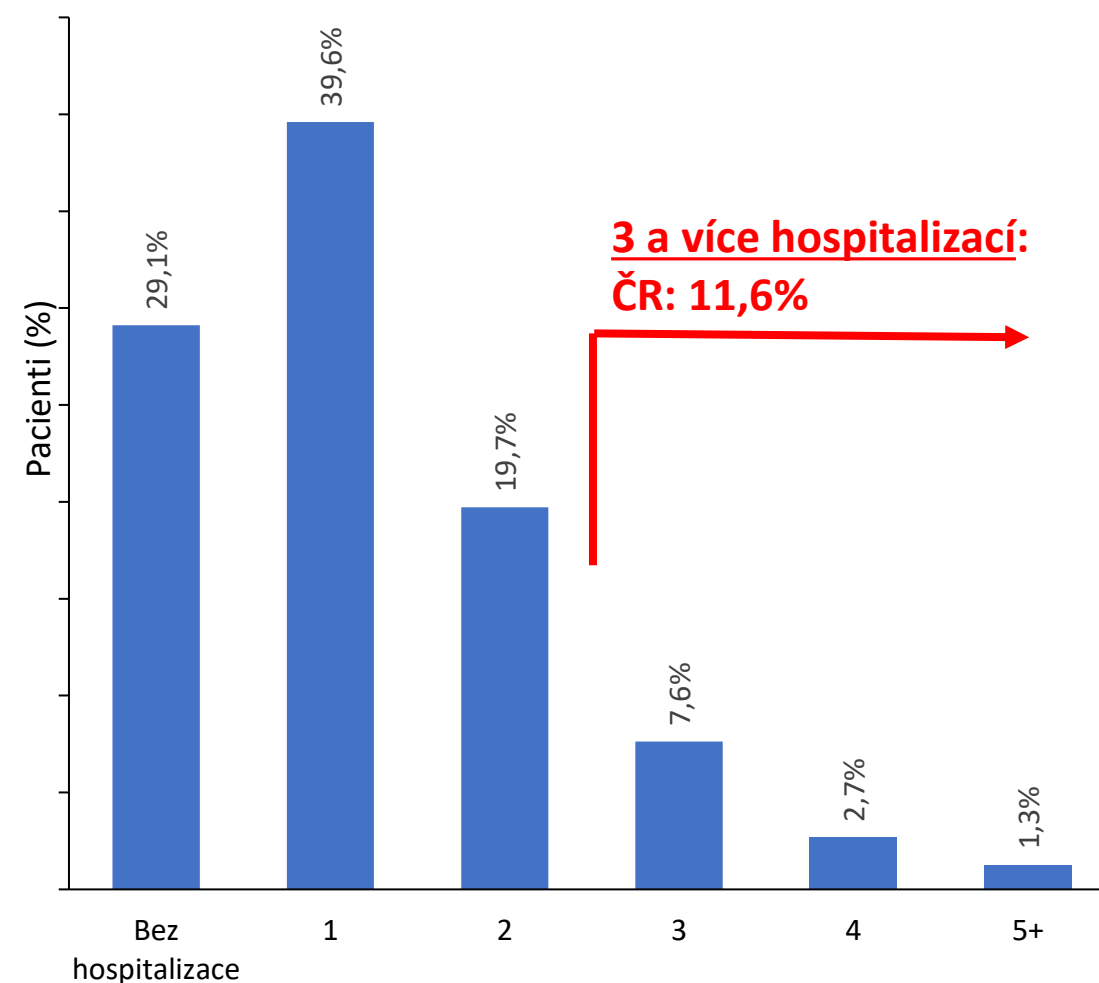
Pacienti v péči 913

Zdroj: NRHZS 2016–2021 (N=39 808)

Průměrný počet hospitalizací



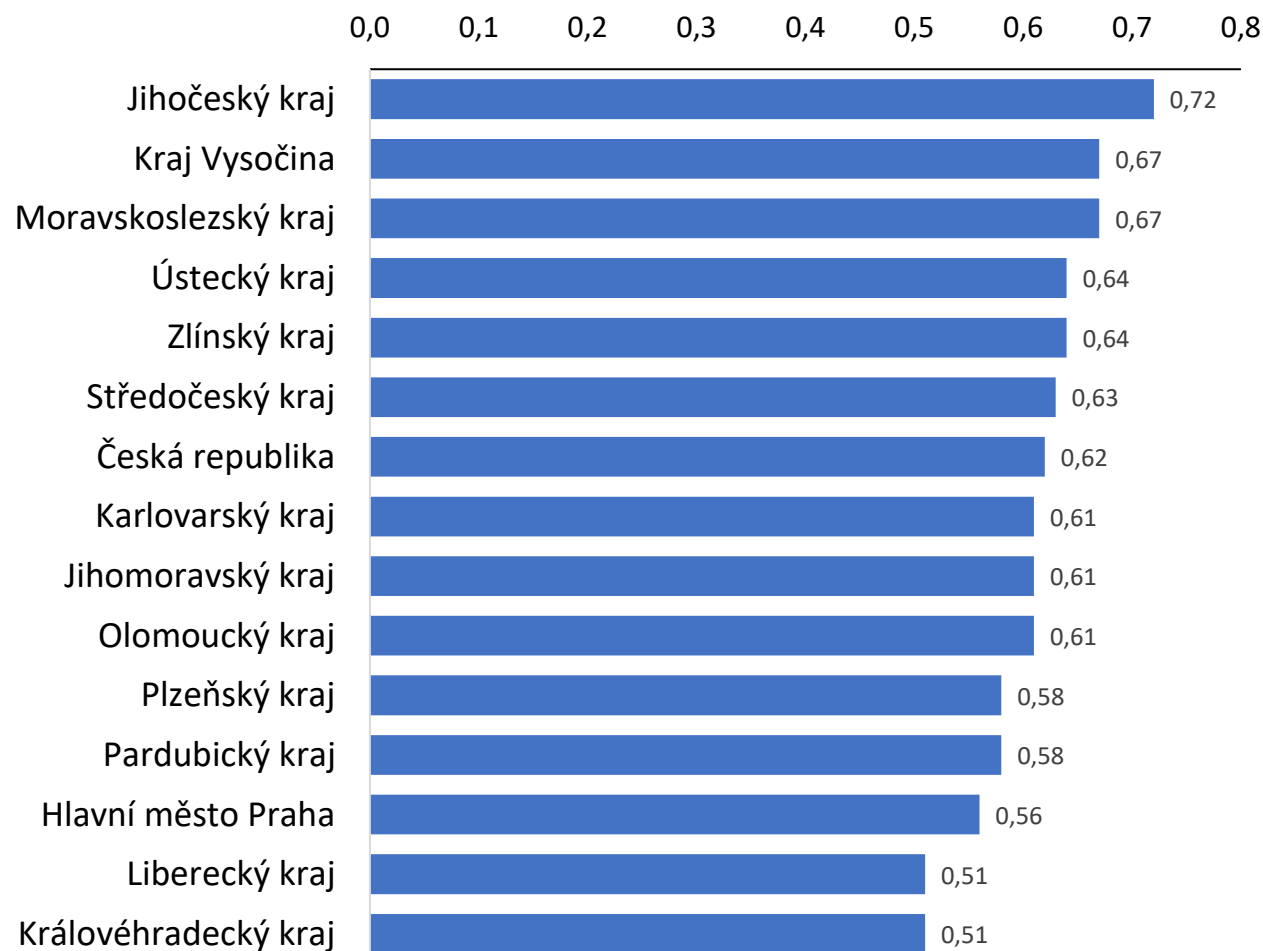
Celkový počet hospitalizací



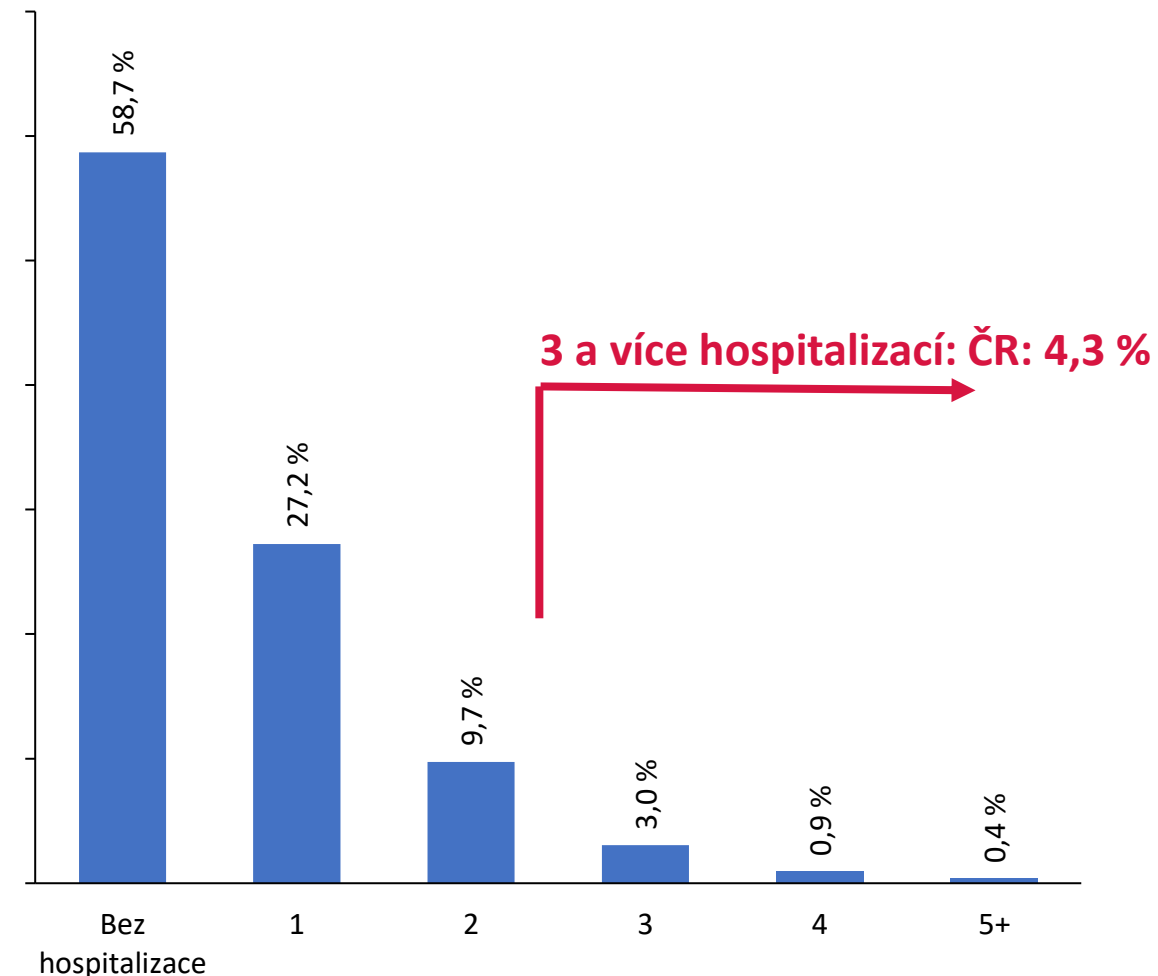
Úmrtí osob v sociálních zařízeních: poskytování akutní péče 6 měsíců před úmrtím (2015-2022)

Zdroj dat: MPSV, Databáze zemřelých, NRHZS; N = 82 402
Úmrtí od roku 2015

Průměrný počet akutních hospitalizací



Celkový počet hospitalizací



Závěr

Data pobytových sociálních služeb

- ✓ Pobytová data sociálních zařízení jsou předána
- ✓ Data jsou propojena na klíčové komponenty NZIS
- ✓ Data umožní kvantifikovat konzumovanou zdravotní péči ve vazbě na sociální segment
- ✓ Data umožňují mapovat komplexní trajektorie pacientů -> vzniká zcela nový informační systém

POPULAČNÍ DATA

Očekávatelná úmrtí

Chroničtí pacienti



- ✓ Populační zátěž
a predikce
- ✓ Kategorie
dle diagnózy, tíže
- ✓ Plánování
kapacit

POPULAČNÍ DATA

Očekávatelná úmrtí

Chroničtí pacienti



✓ Populační zátěž
a predikce

✓ **TRAJEKTORIE**

✓ Kategorie
dle diagnózy, tíže

✓ Plánování
kapacit

Indikace

Sledované prevalenční časové okno

POPULAČNÍ DATA

Očekávatelná úmrtí

Chroničtí pacienti



✓ Populační zátěž
a predikce

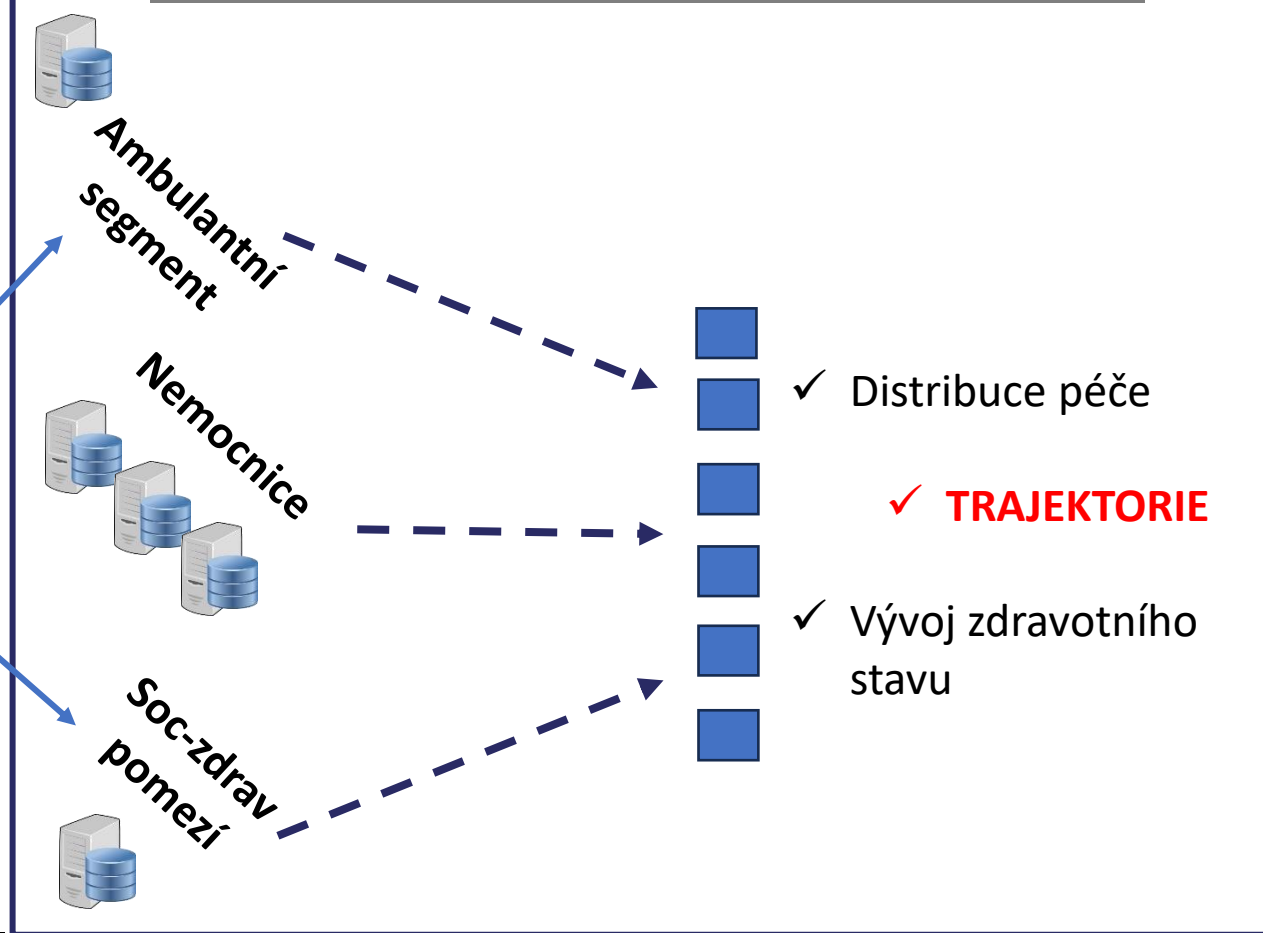
✓ **TRAJEKTORIE**

✓ Kategorie
dle diagnózy, tíže

✓ Plánování
kapacit

DIGNOSTIKA A LÉČBA: KLINICKÁ DATA

Včasná a efektivní péče v závěru života



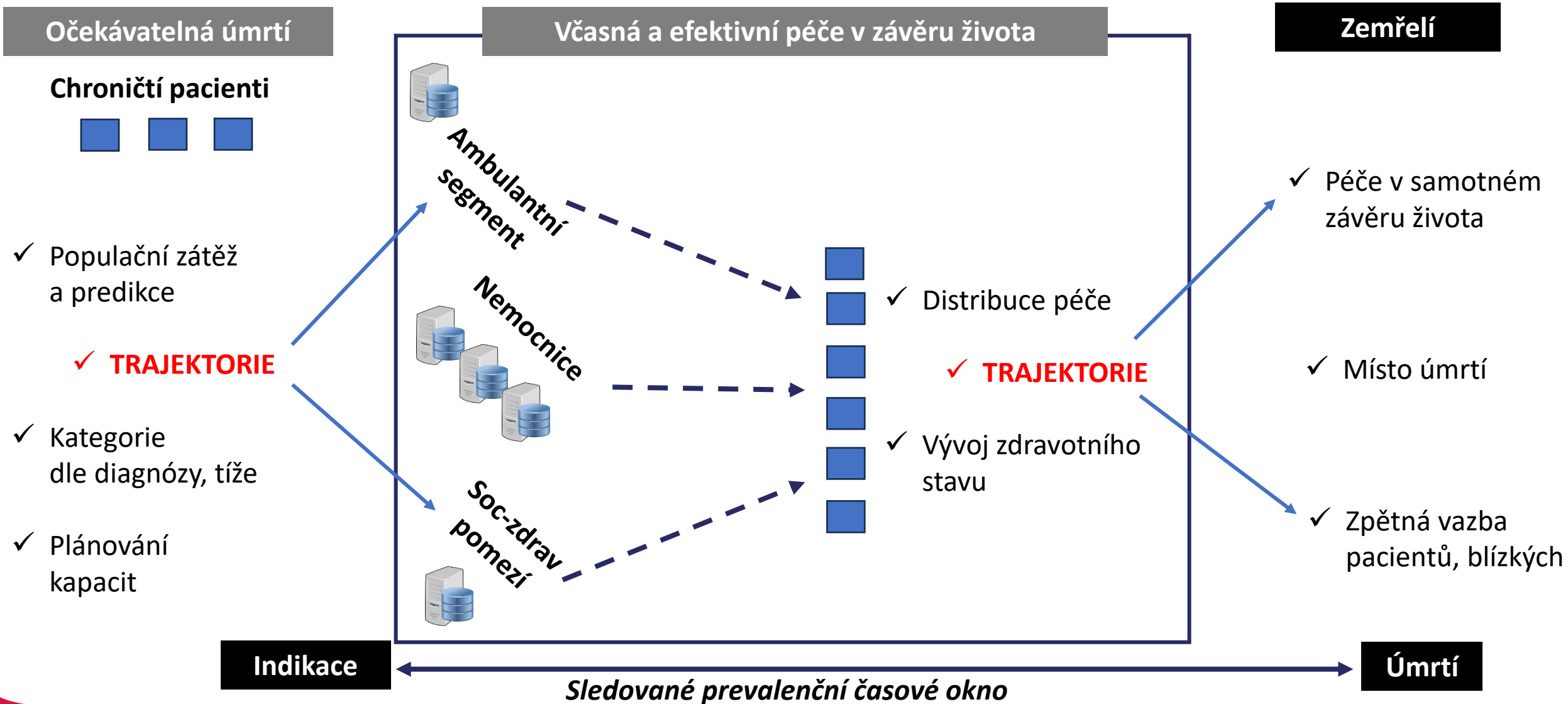
Indikace

Sledované prevalenční časové okno

POPULAČNÍ DATA

DIGNOSTIKA A LÉČBA: KLINICKÁ DATA

POPULAČNÍ DATA



PREDIKCE A ZPĚTNÁ VAZBA NAD VÝSLEDKY PÉČE

POPULAČNÍ DATA

DIGNOSTIKA A LÉČBA: KLINICKÁ DATA

POPULAČNÍ DATA

Očekávatelná úmrtí

Chroničtí pacienti



✓ Populační zátěž
a predikce

✓ **TRAJEKTORIE**

✓ Kategorie
dle diagnózy, tíže

✓ Plánování
kapacit

Včasná a efektivní péče v závěru života



Ambulantní
segment



Nemocnice



Soc-zdrav
pomezí



✓ Distribuce péče

✓ **TRAJEKTORIE**

✓ Vývoj zdravotního
stavu

Zemřelí

✓ Péče v samotném
závěru života

✓ Místo úmrtí

✓ Zpětná vazba
pacientů, blízkých

Indikace

Úmrtí

Sledované prevalenční časové okno

PREDIKCE A ZPĚTNÁ VAZBA NAD VÝSLEDKY PÉČE

POPULAČNÍ DATA

DIGNOSTIKA A LÉČBA: KLINICKÁ DATA

POPULAČNÍ DATA

Očekávatelná úmrtí

Chroničtí pacienti



- ✓ Populační zátěž a predikce

✓ **TRAJEKTORIE**

- ✓ Kategorie dle diagnózy, tíže

- ✓ Plánování kapacit

SZZ



Ambulantní segment

925, 926, ...



Nemocnice

929, CZ-DRG



Soc-zdrav pomezí

NZIS & MPSV

Včasná a efektivní péče v závěru života



- ✓ Distribuce péče

✓ **TRAJEKTORIE**

- ✓ Vývoj zdravotního stavu

Zemřelí

- ✓ Péče v samotném závěru života

LPZ, NZIS

- ✓ Místo úmrtí

- ✓ Zpětná vazba pacientů, blízkých

Indikace

Úmrtí

Sledované prevalenční časové okno

PREDIKCE A ZPĚTNÁ VAZBA NAD VÝSLEDKY PÉČE

POPULAČNÍ DATA

DIGNOSTIKA A LÉČBA: KLINICKÁ DATA

POPULAČNÍ DATA

Očekávatelná úmrtí

Chroničtí pacienti



✓ Populační zátěž a predikce

✓ **TRAJEKTORIE**

✓ Kategorie dle diagnózy, tíže

✓ Plánování kapacit

„Surveys“

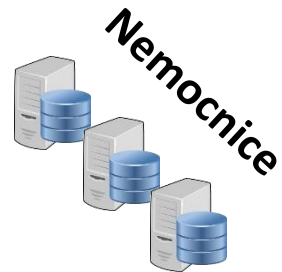
Včasná a efektivní péče v závěru života

Indikace -> obsah péče



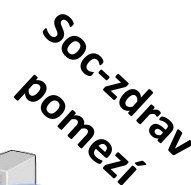
Ambulantní segment

925, 926, ...



Nemocnice

929, CZ-DRG



Soc-zdrav pomezí

NZIS & MPSV



✓ Distribuce péče

✓ **TRAJEKTORIE**

✓ Vývoj zdravotního stavu

Zemřelí

✓ Péče v samotném závěru života

LPZ, NZIS

✓ Místo úmrtí

„Surveys“

✓ Zpětná vazba pacientů, blízkých

Indikace

Úmrtí

Sledované prevalenční časové okno

Analytické studie programu Zdraví 2030:

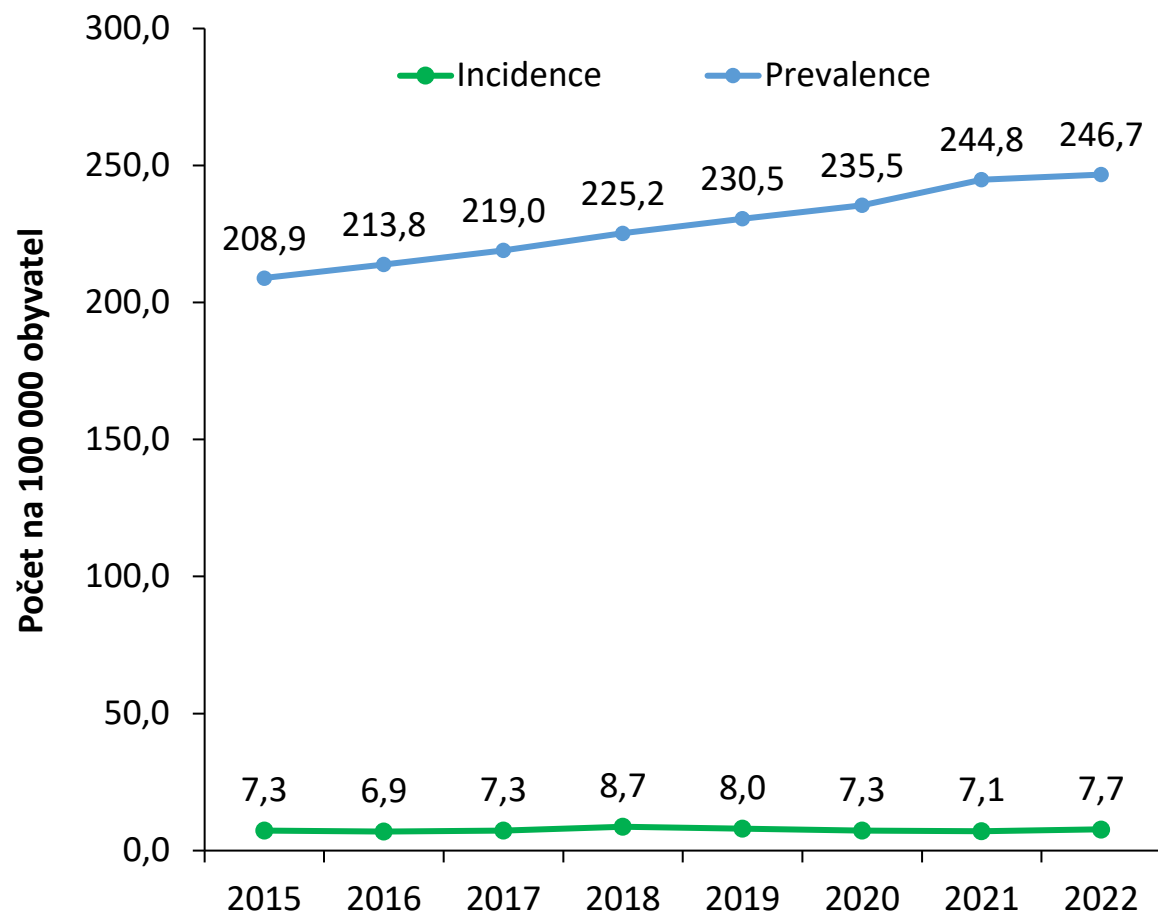
Budování společného datového a informačního zázemí resortů MZ a MPSV

Ukázky prvních výsledků Model: roztroušená skleróza

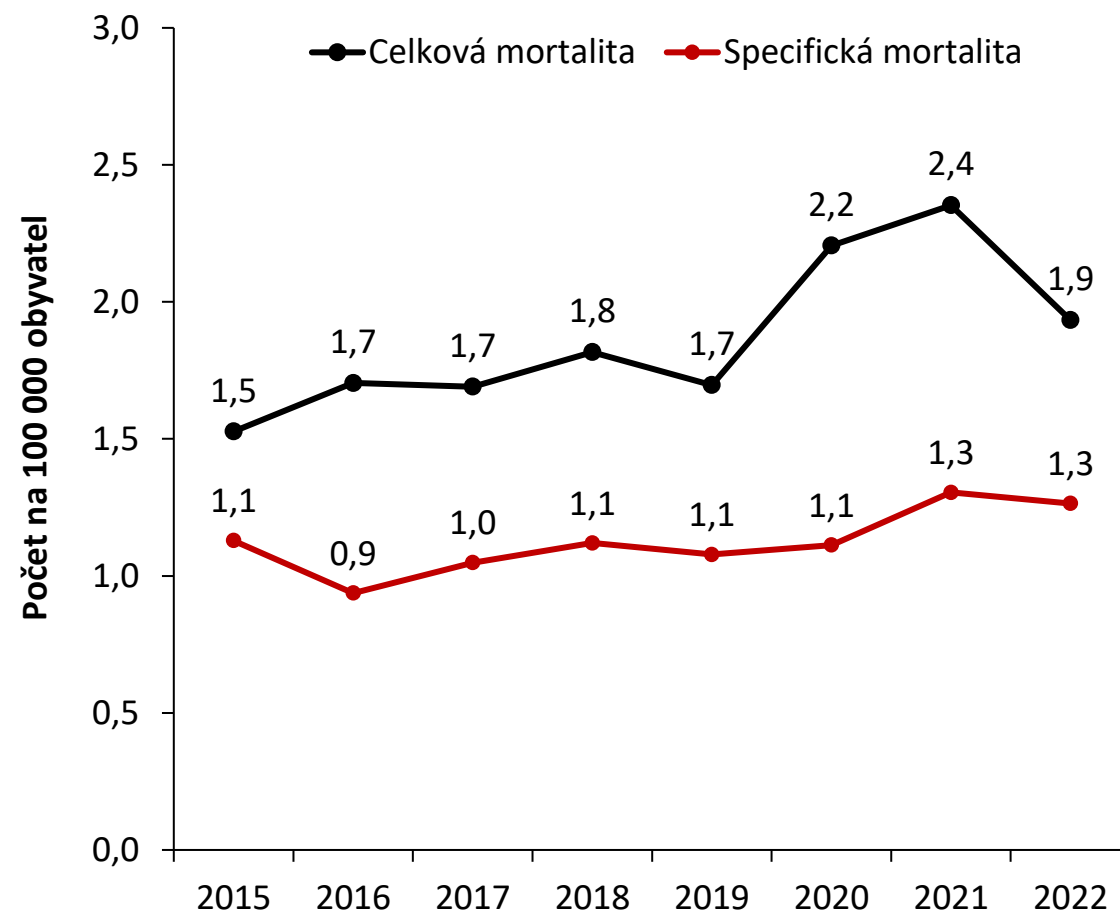
Epidemiologické charakteristiky RS v české populaci

Zdroj: NRHZS 2010–2022, LPZ 2010–2022

Incidence a prevalence v přepočtu na 100 000 obyvatel



Mortalita v přepočtu na 100 000 obyvatel



Epidemiologie RS v české populaci

Zdroj: NRHZS 2010–2022; LPZ 2010–2022

Roztroušená skleróza (G35)	2015	2022	Průměrná meziroční změna 2016–2019	Průměrná meziroční změna 2019–2022
Incidence	773	829	-0,8 %	+6,4 %
– na 100 000 obyvatel	7,3	7,7	-1,7 %	+5,5 %
Prevalence	22 021	26 540	+8,9 %	+7,9 %
– na 100 000 obyvatel	208,9	246,7	+7,8 %	+7,0 %
Pacienti s centrovou léčbou	9 850	16 431	+23,8 %	+22,9 %



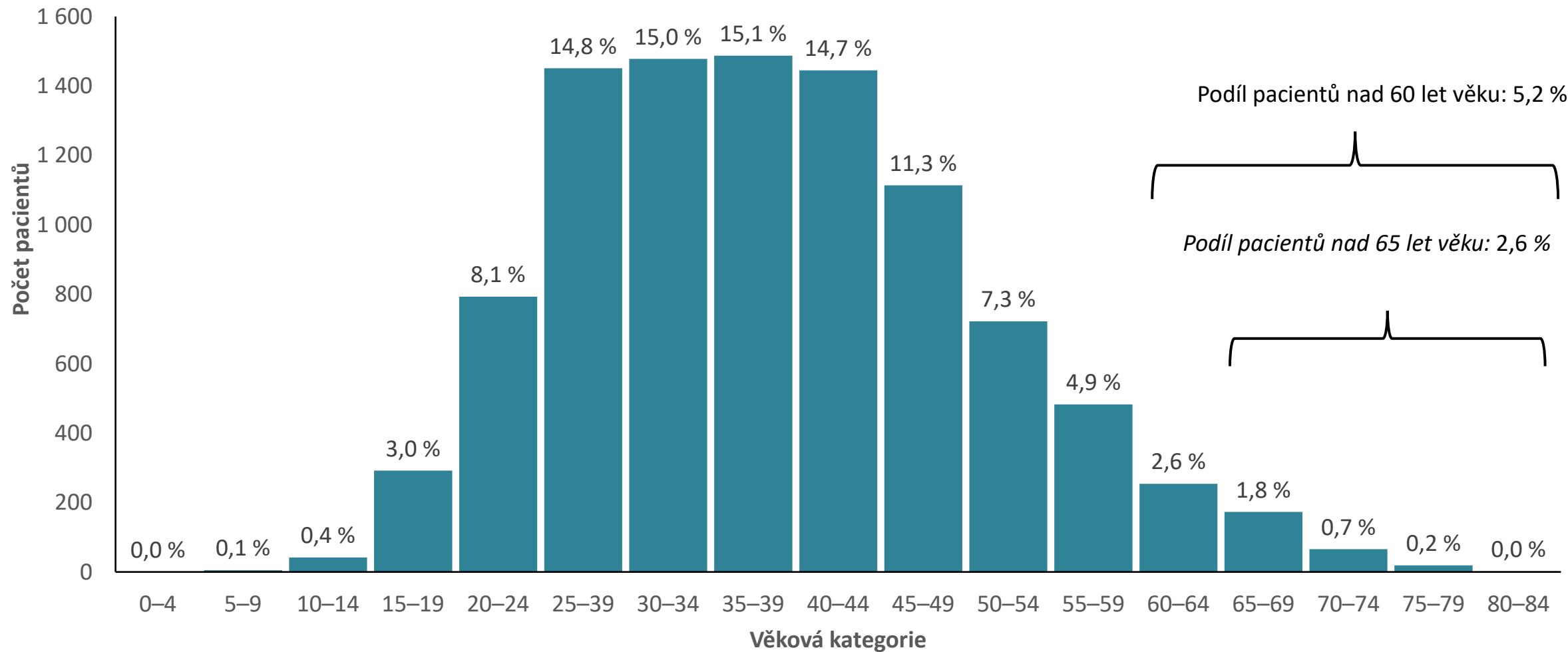
Centrová léčba	2015	2022	Změna 2015 -> 2022 (%)
Úhrada za CL celkem (v Kč)	2 419 471 347	3 672 661 048	+51,8 %
– v % nákladů na celý segment centrové léčby	18,5 %	13,2 %	-5,4 %

Pacienti s centrovou léčbou v období 2015–2022: věk při zahájení léčby

Zdroj: NRHZS 2010–2022

Věk pacientů při zahájení centrové léčby s diagnózou roztroušené sklerózy v období 2015–2022
(N = 9 827)

Průměr (Směrodatná odchylka)	Medián (25.; 75. percentil)
38 ± 12	37 (29;46)



Pacienti s roztroušenou sklerózou s CL: sociálně-ekonomický model (2022)

**Pacienti
s roztroušenou
sklerózou
s centrovou
léčbou**
13 786 (100 %)

Pracující
(zaměstnání
a/nebo SVČ)
10 346 (75,0 %)

Nepracující
(bez zaměstnání
a bez SVČ)
3 440 (25,0 %)

(1) Bez invalidního a starobního důchodu,
pracovní neschopnost < 30 dní / rok

(2) Bez invalidního a starobního důchodu,
pracovní neschopnost ≥ 30 dní / rok

(3) Invalidní důchod,
pracovní neschopnost < 30 dní / rok

(4) Invalidní důchod,
pracovní neschopnost ≥ 30 dní / rok

(5) Starobní důchod

(6) Bez invalidního a starobního důchodu

(7) Invalidní důchod

(8) Starobní důchod

Rok 2022
(N = 13 786)

5 666 (41,1 %)

888 (6,4 %)

2 625 (19,0 %)

1 011 (7,3 %)

156 (1,1 %)

818 (5,9 %)

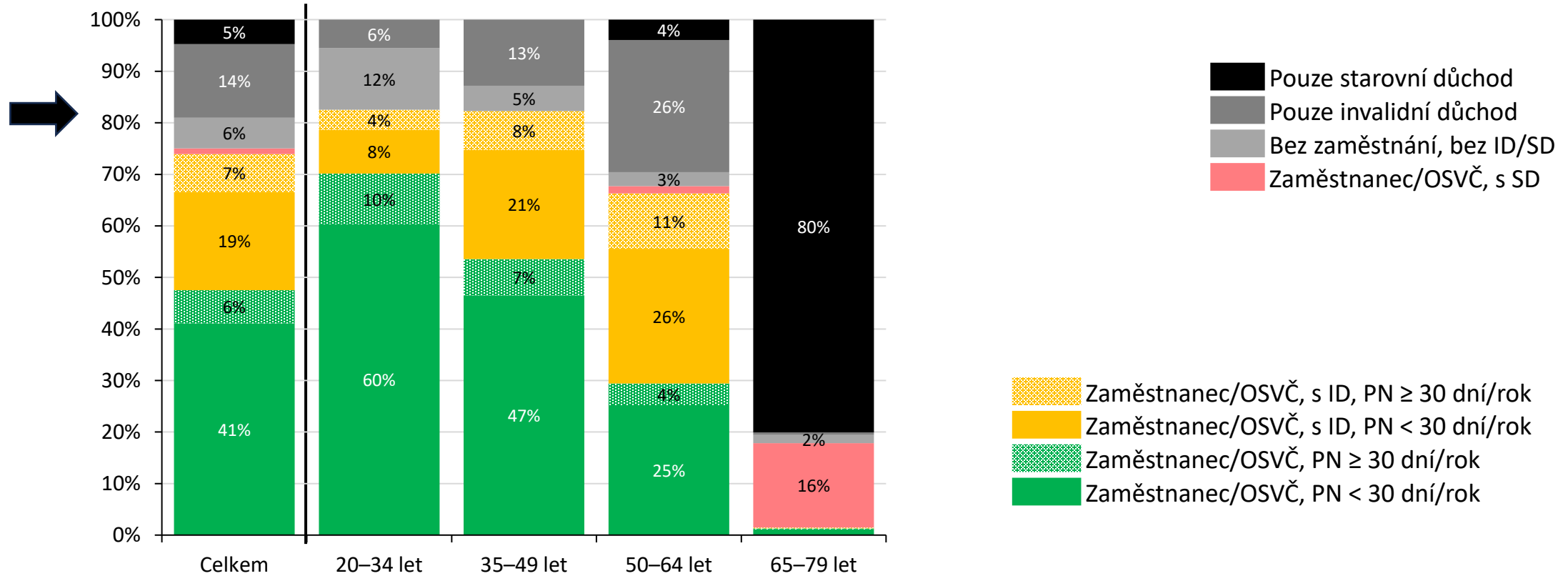
1 971 (14,3 %)

651 (4,7 %)

Typologie ekonomické aktivity u pacientů s RS – dle centrové léčby a věku (2022)

ID = invalidní důchod, OSVČ = osoba samostatně výdělečně činná, PN = pracovní neschopnost, SD = starobní důchod S

Pacienti s RS a centrovou léčbou



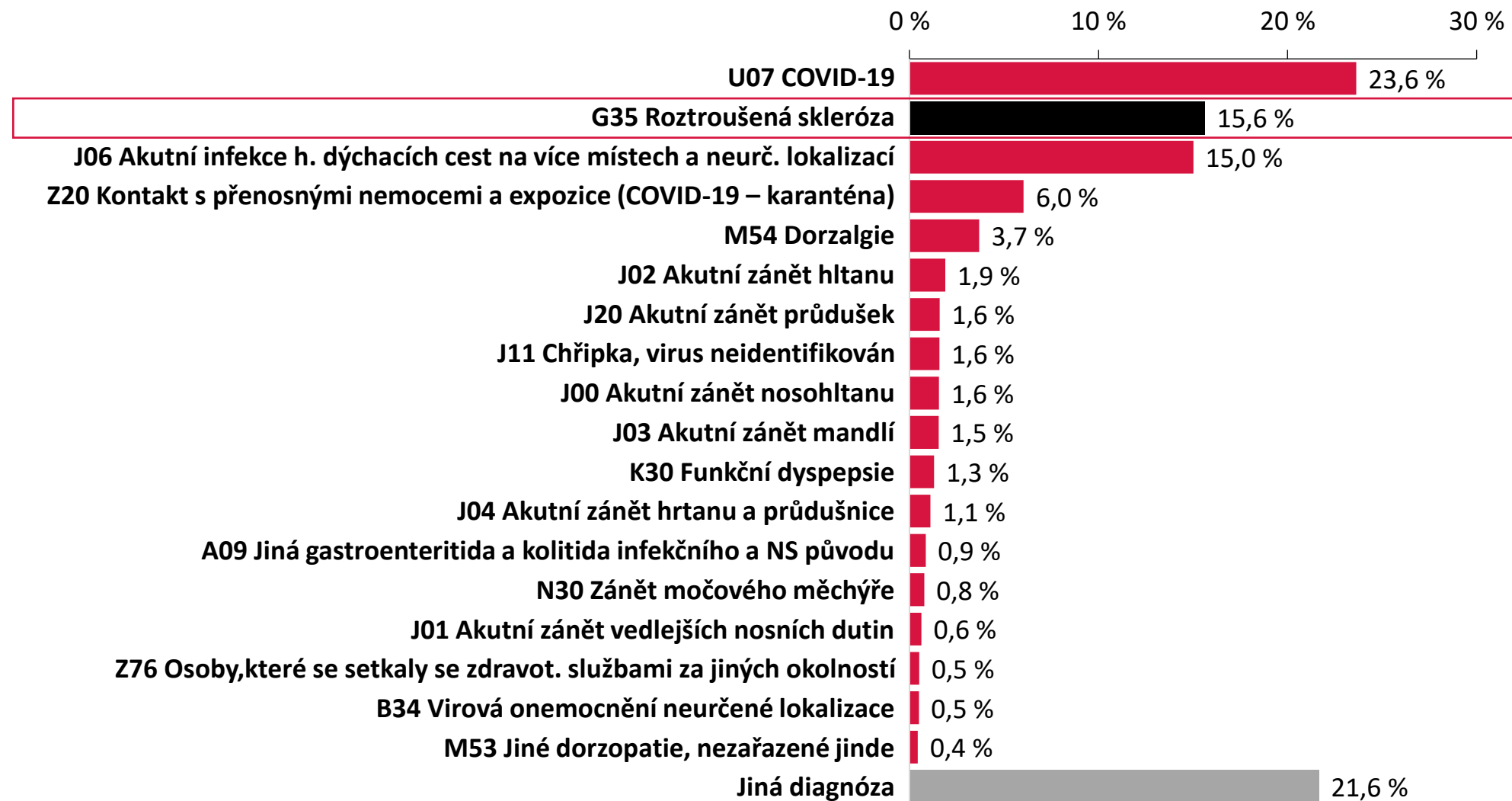
Příspěvek na péči a stupeň závislosti u pacientů s RS dle ekonomické aktivity (2022)

ID = invalidní důchod, PN = pracovní neschopnost, PnP = příspěvek na péči, SD = starobní důchod, SVČ = samostatná výdělečná činnost

CL / věková kategorie		Podíl osob čerpajících příspěvek na péči (PnP)	Stupeň závislosti (podíl pouze u osob čerpajících PnP)			
			I – lehká	II – středně těžká	III – těžká	IV – úplná
Celkový počet osob s RS (2022)		16,9 %	20,7 %	33,1 %	34,6 %	11,6 %
Pracující (zaměstnání a/nebo SVČ)	Celkem	3,5 %	32,6 %	39,2 %	24,2 %	4,0 %
	Bez ID a SD, PN < 30 dní / rok	0,2 %	23,5 %	52,9 %	23,5 %	
	Bez ID a SD, PN ≥ 30 dní / rok	0,5 %	PnP u méně než 10 pacientů			
	Invalidní důchod, PN < 30 dní / rok	8,9 %	32,4 %	39,8 %	22,7 %	5,0 %
	Invalidní důchod, PN ≥ 30 dní / rok	7,6 %	40,4 %	37,4 %	21,2 %	
	Starobní důchod	9,3 %	16,7 %	30,0 %	46,7 %	6,7 %
Nepracující (bez zaměstnání a SVČ)	Celkem	41,0 %	18,9 %	32,1 %	36,2 %	12,8 %
	Bez ID a SD	10,9 %	15,0 %	22,8 %	37,0 %	25,2 %
	Invalidní důchod	47,2 %	19,4 %	31,5 %	35,4 %	13,7 %
	Starobní důchod	46,0 %	18,6 %	34,2 %	37,2 %	10,0 %

Pracovní neschopnost: přehled nejčastějších příčin v roce 2022

Nejčastější příčiny pracovních neschopností u pacientů s RS v roce 2022, dle MKN-10:



Počet ukončených případů DPN (2022)

Počet ukončených případů DPN	16-19 let	20-29 let	30-39 let	40-49 let	50-59 let	60-69 let	70-79 let
Absolutní počty ČR	19 871	628 290	754 010	954 781	815 519	265 895	14 375
ČR na 100 tis. obyvatel	4 889	61 751	54 514	55 651	57 859	21 265	1 284
Absolutní počty RS	7	1 527	3 784	5 452	3 259	627	16
RS na 100 tis. pacientů s RS	3 415	75 519	68 254	71 147	55 929	17 292	1 070

Analytické studie programu Zdraví 2030:
**Budování společného
datového a informačního
základu resortů MZ a MPSV**

Ukázky prvních výsledků
Model: chronická kardiovaskulární onemocnění

Úmrtí s ohledem na nemoci oběhové soustavy

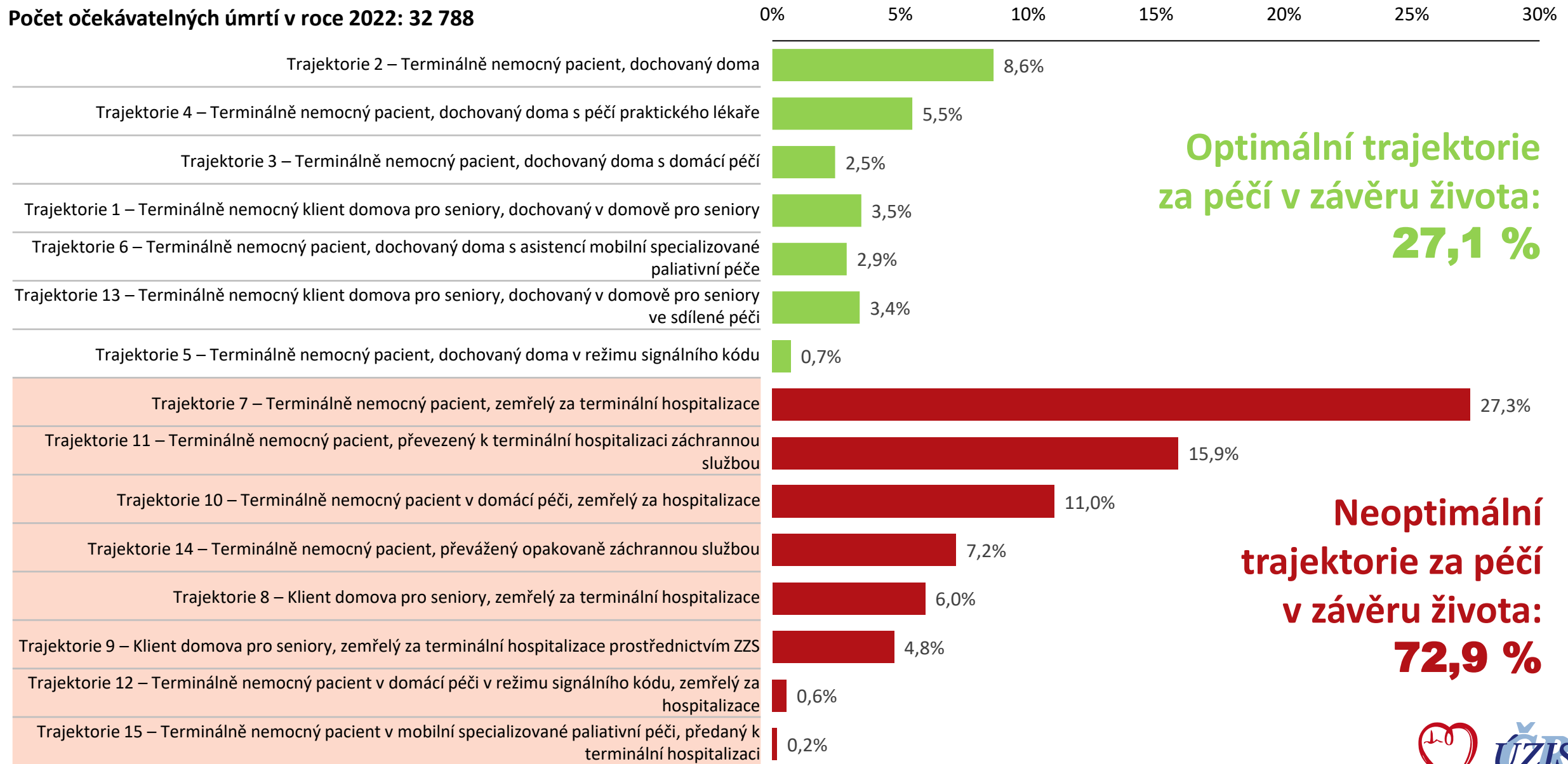
Zdroj dat: Databáze zemřelých, NRHZS 2018–2022



Z toho očekávatelná úmrtí: 32 788.
Analýza péče v závěru života pacientů s chronickým kardiologickým onemocněním.

Trajektorie v závěru života pacientů s očekávatelným úmrtím se závažným kardiologickým onemocněním

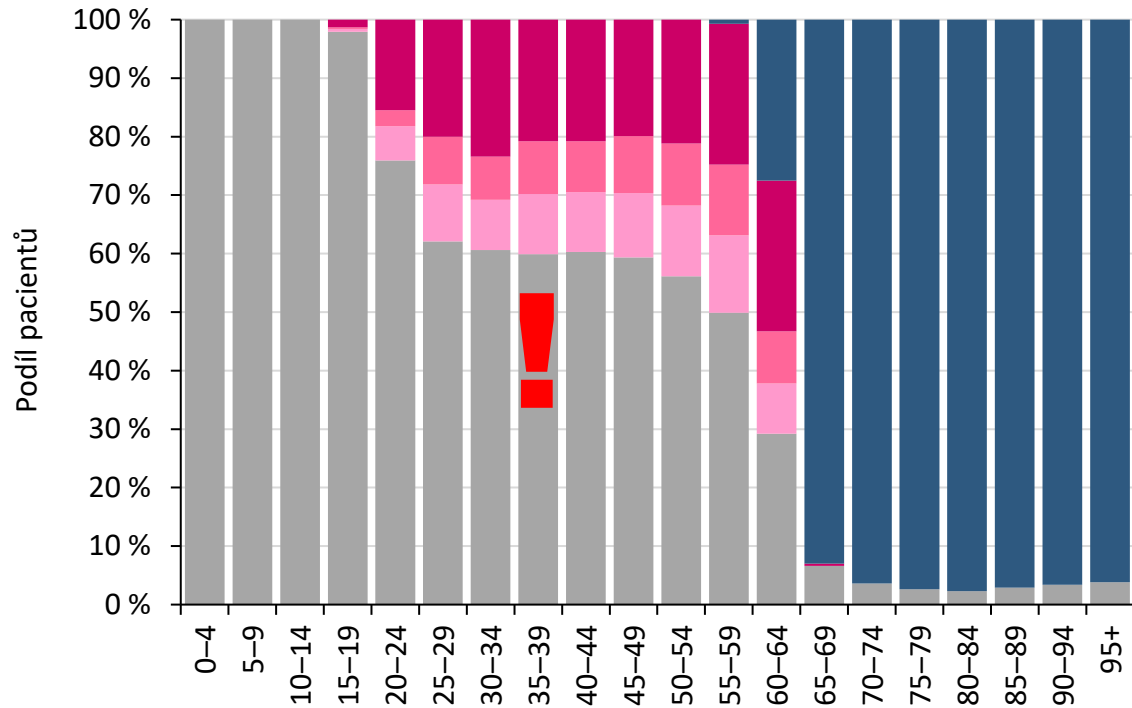
Počet očekávatelných úmrtí v roce 2022: 32 788



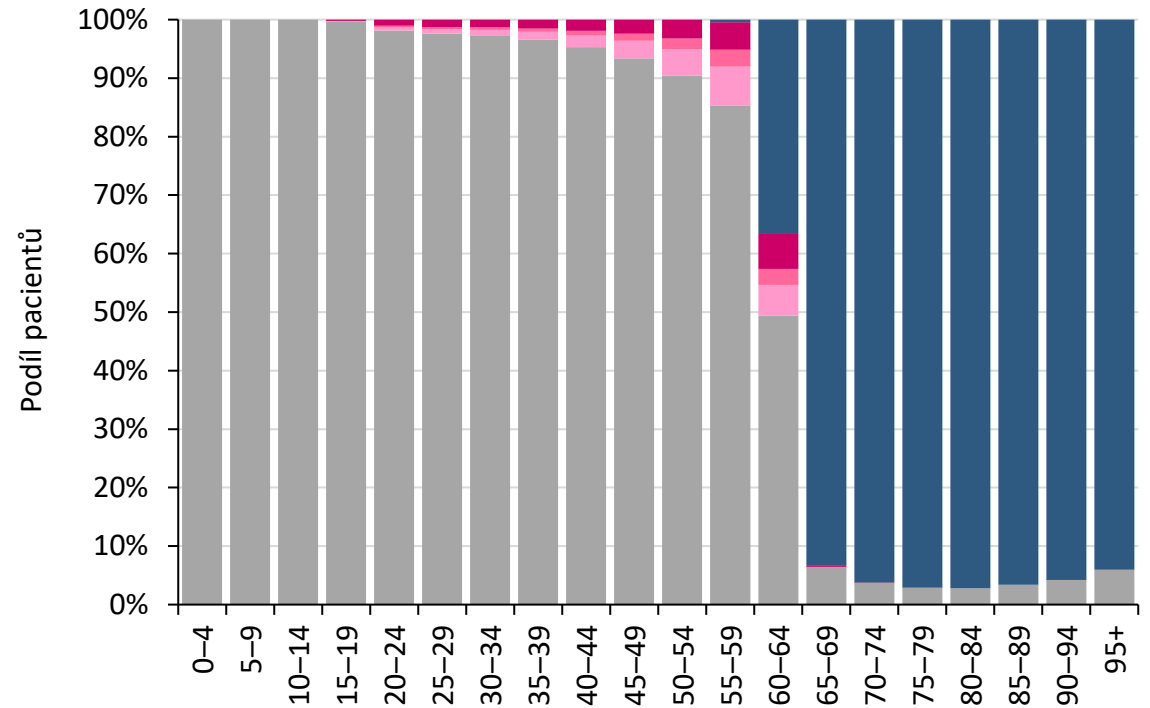
Invalidita pacientů se srdečním selháním ve srovnání s populací ČR

Zdroj: Národní registr hrazených zdravotních služeb (NRHZS), Národní sociální informační systém (NSIS)

Invalidní a starobní důchod pobíraný pacienty se srdečním selháním v roce 2022 dle věku:



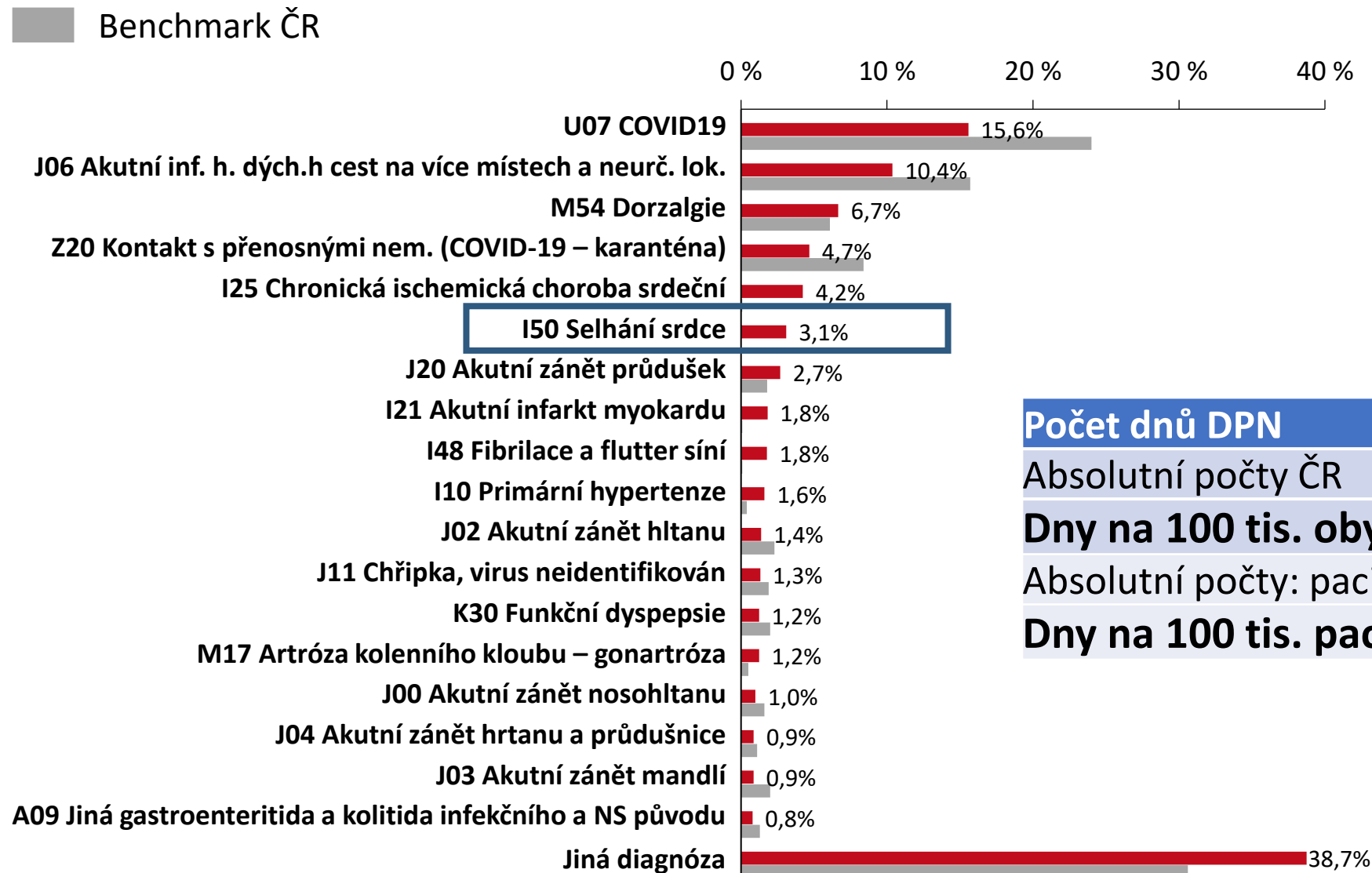
Invalidní a starobní důchod v populaci ČR v roce 2022 dle věku:



- Starobní důchod
- Invalidní důchod 3. stupně
- Invalidní důchod 2. stupně
- Invalidní důchod 1. stupně
- Bez invalidního a starobního důchodu

Pracovní neschopnost pacientů se srdečním selháním

Nejčastější příčiny pracovních neschopností u pacientů se SS v roce 2022, dle MKN-10:



Počet dnů DPN	50-64 let
Absolutní počty ČR	39 260 636
Dny na 100 tis. obyvatel	1 939 438
Absolutní počty: pacienti se SS	1 291 629
Dny na 100 tis. pacientů se SS	3 140 281

+ 62%

Analytické studie programu Zdraví 2030:
**Budování společného
datového a informačního
zázemí resortů MZ a MPSV**

Ukázky prvních výsledků
Model: AlzD a demence

Mapování trajektorií pacientů s AlzD / demencí

- ✓ Plně kvantifikované počty
- ✓ Podíl sociálních x zdravotních služeb
- ✓ Péče v závěru života
- ✓ ..náklady, dostupnost, efektivita, podíl odborností 913, 926, ...atd, atd.



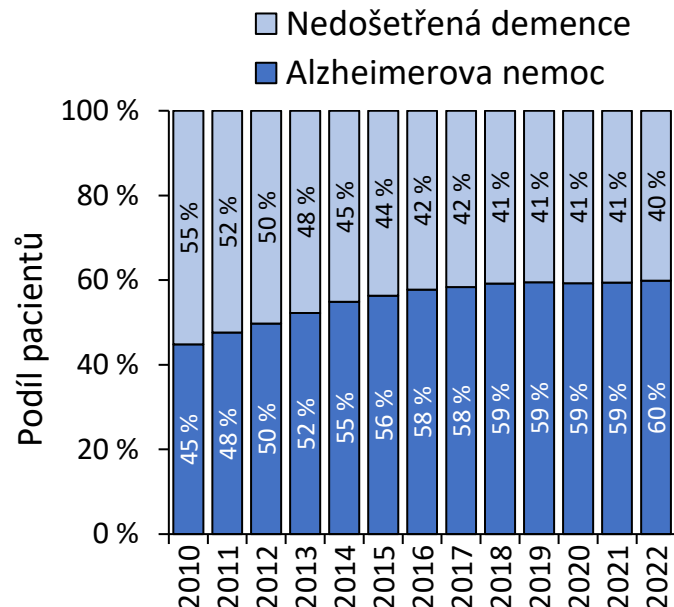
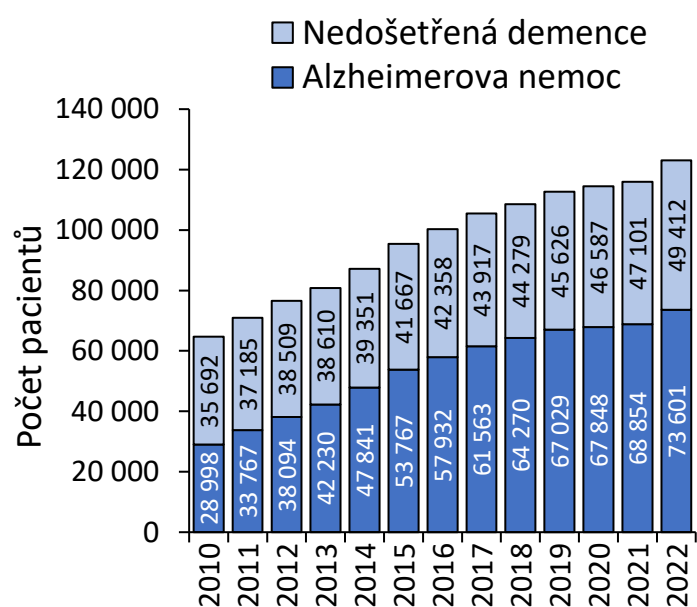
Počet pacientů s Alzheimerovou nemocí a nedošetřenou demencí

Zdroj: NZIS 2010–2022

Rostoucí počet seniorních pacientů s Alzheimerovou nemocí a nedošetřenou demencí vyžaduje implementaci efektivních modelů organizace služeb na zdravotně sociálním pomezí.



Počet a podíl pacientů léčených s demencí v letech 2010–2022:



Počty a vývoj
Diagnostika

Počet osob v populaci ČR s vykázanou diagnózou demence ve sledovaném období 2010–2022 setrvale narůstá, v posledních 5 letech meziročně o 1,3–6,1 %.

Vzhledem k celosvětově známé poddiagnostikovanosti pacientů s neurodegenerativními onemocněními 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.

Věkově specifická prevalence Alzheimerovy nemoci

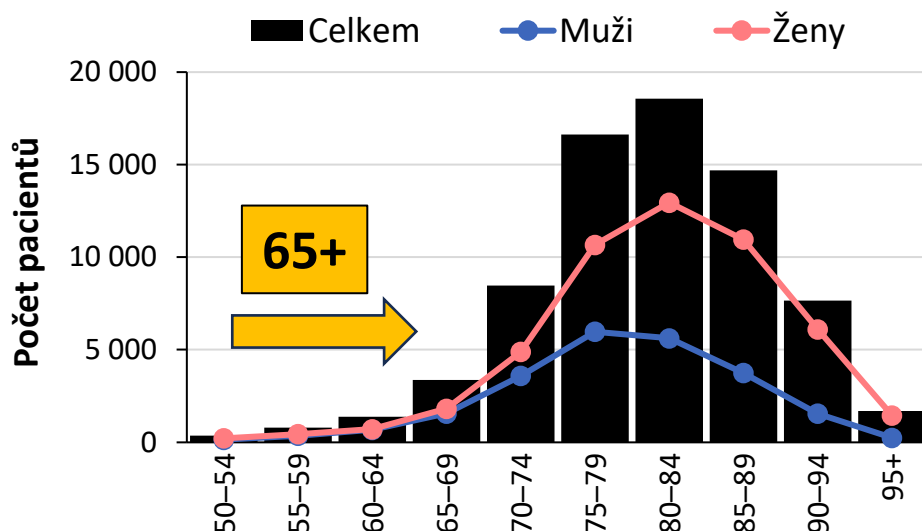
Zdroj: NZIS 2010–2022; pacienti s Alzheimerovou nemocí v roce 2022 (N = 73 601)

Demografie
Predikce

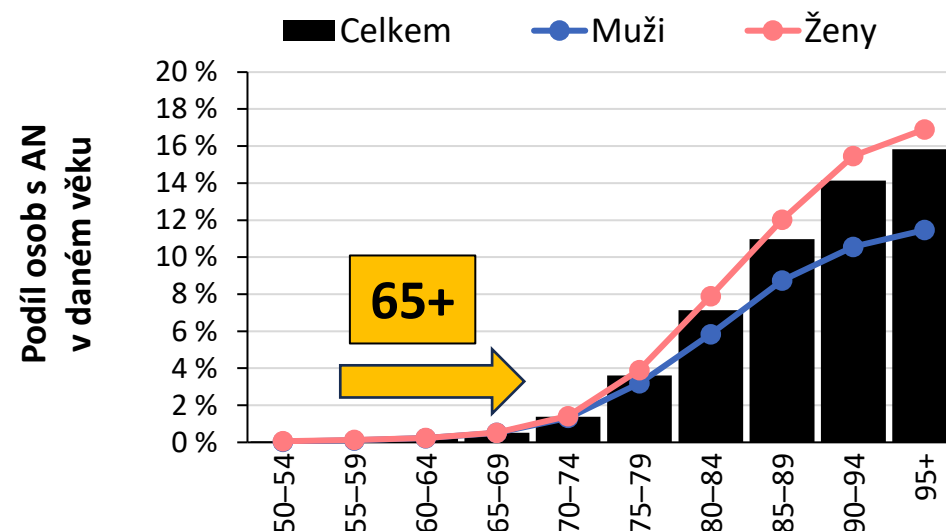
Alzheimerova nemoc typicky postihuje vysoce seniorní kategorie pacientů s významně sníženou soběstačností. Rostoucí počet pacientů tak zesiluje zejména v důsledku demografického stárnutí populace a prodlužující se délky dožití.



Počet pacientů léčených s Alzheimerovou nemocí v daném věku (2022):



Podíl pacientů léčených s Alzheimerovou nemocí v jednotlivých věkových skupinách (2022):



Průměrný věk pacientů s Alzheimerovou nemocí je 81 let, medián 81 let (IQR 76–86 let). S věkem výrazně narůstá podíl případů v populaci dané věkové kategorie: ve věku nad 85 let je vykázána Alzheimerova nemoc u více než 10 % populace.

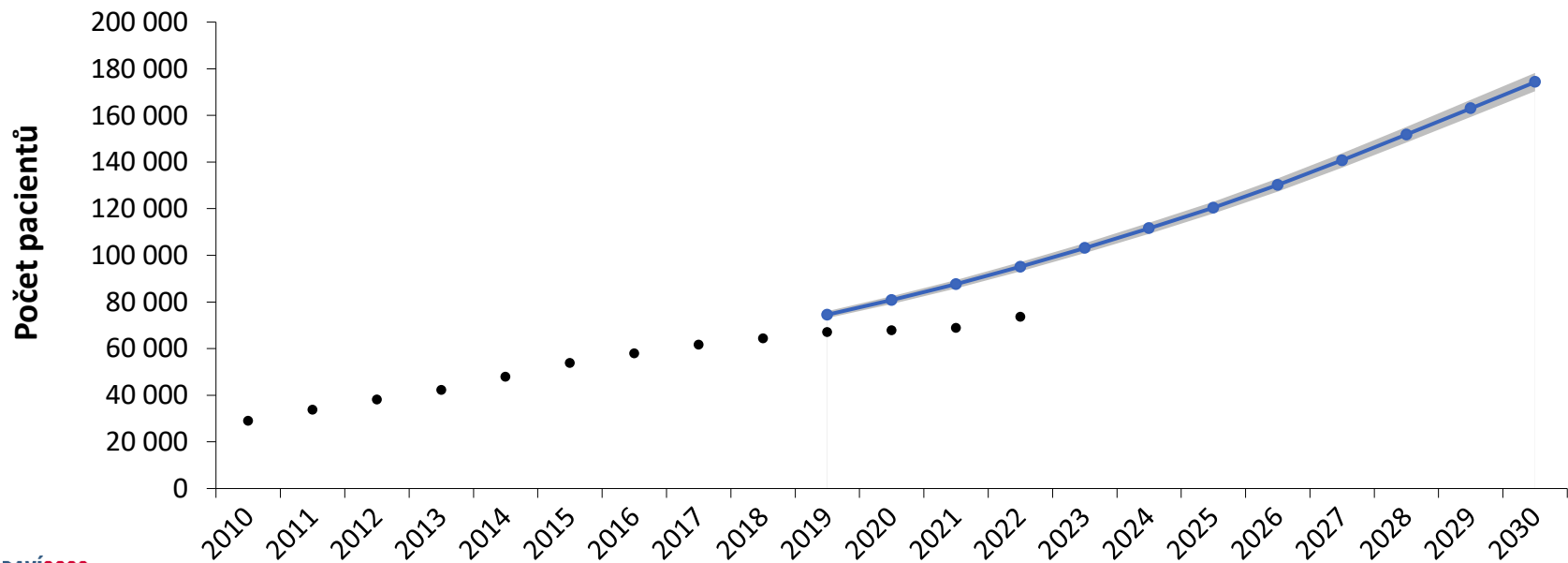
Statistická predikce prevalence Alzheimerovy nemoci do roku 2030

Zdroj dat: NZIS 2010–2022 (predikční báze 2010–2018), pacienti léčení s Alzheimerovou nemocí;
Český statistický úřad – Projekce obyvatelstva ČR 2018–2100

Demografie
Predikce

Epidemiologická data a predikce za celou českou populaci	Pozorovaná prevalence	Predikce prevalence (včetně 95% intervalů spolehlivosti)*		
	Rok 2022	Rok 2020	Rok 2025	Rok 2030
	73 601	80 780 (79 160–82 400)	120 443 (117 899–122 987)	174 343 (170 374–178 313)

- Reálné pozorované hodnoty
- Predikované hodnoty; 95% interval spolehlivosti (na grafu znázorněn šedou plochou) je důsledkem statistické neurčitosti odhadu věkově-specifické prevalence.



V roce 2022 bylo v ČR zaznamenáno přibližně 73,6 tisíc pacientů léčených s Alzheimerovou nemocí. Statistická predikce (z roku 2018) předpovídá pro rok 2030 již více než 170 tisíc nemocných.

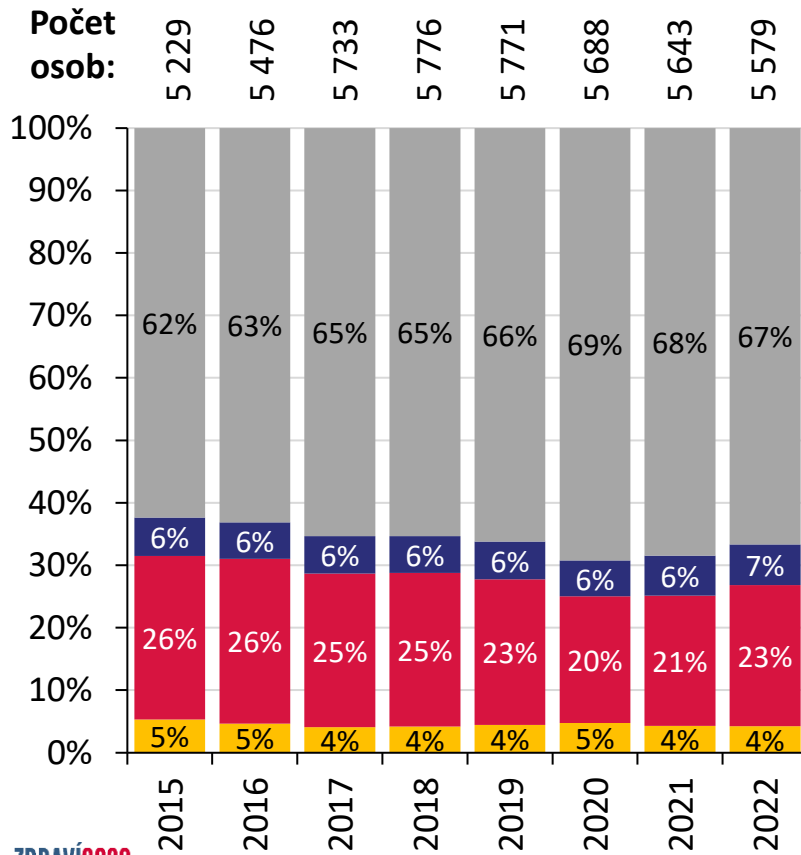
Významně postupující demografické stárnutí české populace nevyhnutelně navýší počty pacientů v této kohortě. I velmi konzervativní populační projekce ukazují na nárůst větší než 250% za 10 let.

NSIS + NZIS: Zdravotní a sociální pobytové služby čerpané pacienty s AlzD (2022)

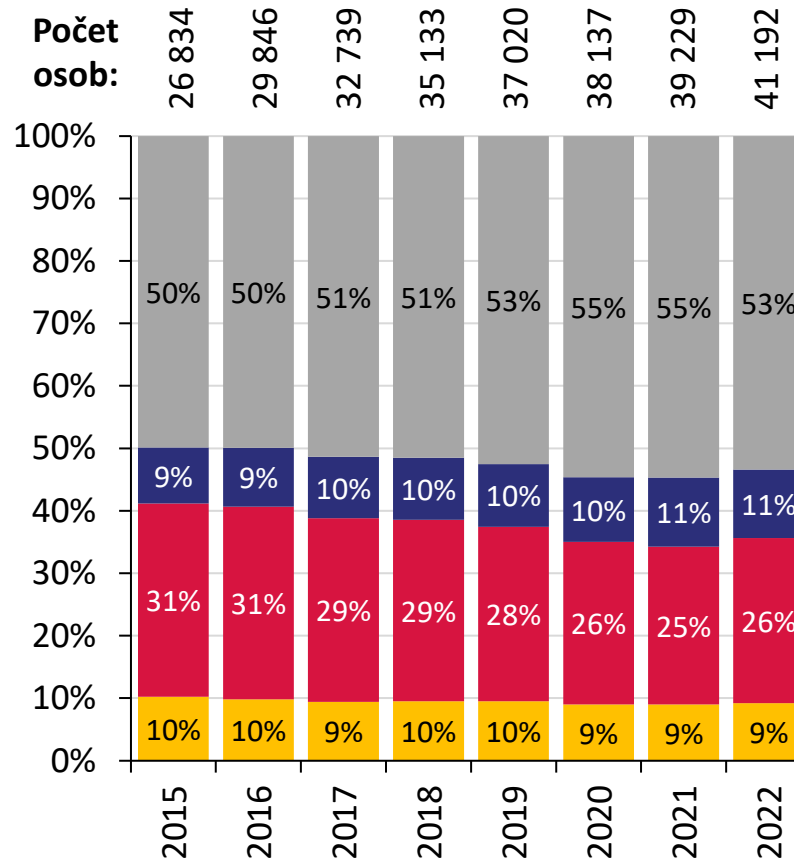
- Bez zdravotně sociální pobytové péče
- Pouze sociální pobytová péče
- Pouze hospitalizační lůžková péče
- Kombinace

Časné stadium nemoci, domácí péče, ambulantní péče, příspěvky na péči

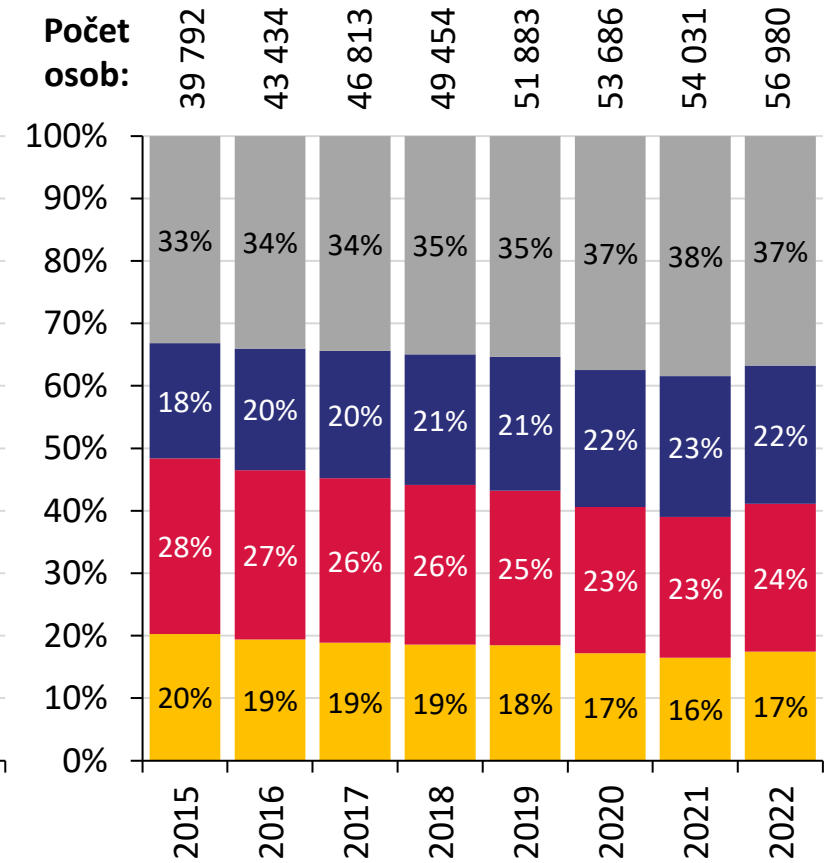
Věk 50–64 let



Věk 65–79 let



Věk ≥ 80 let



NSIS + NZIS: Zdravotní a sociální pobytové služby čerpané pacienty s AlzD

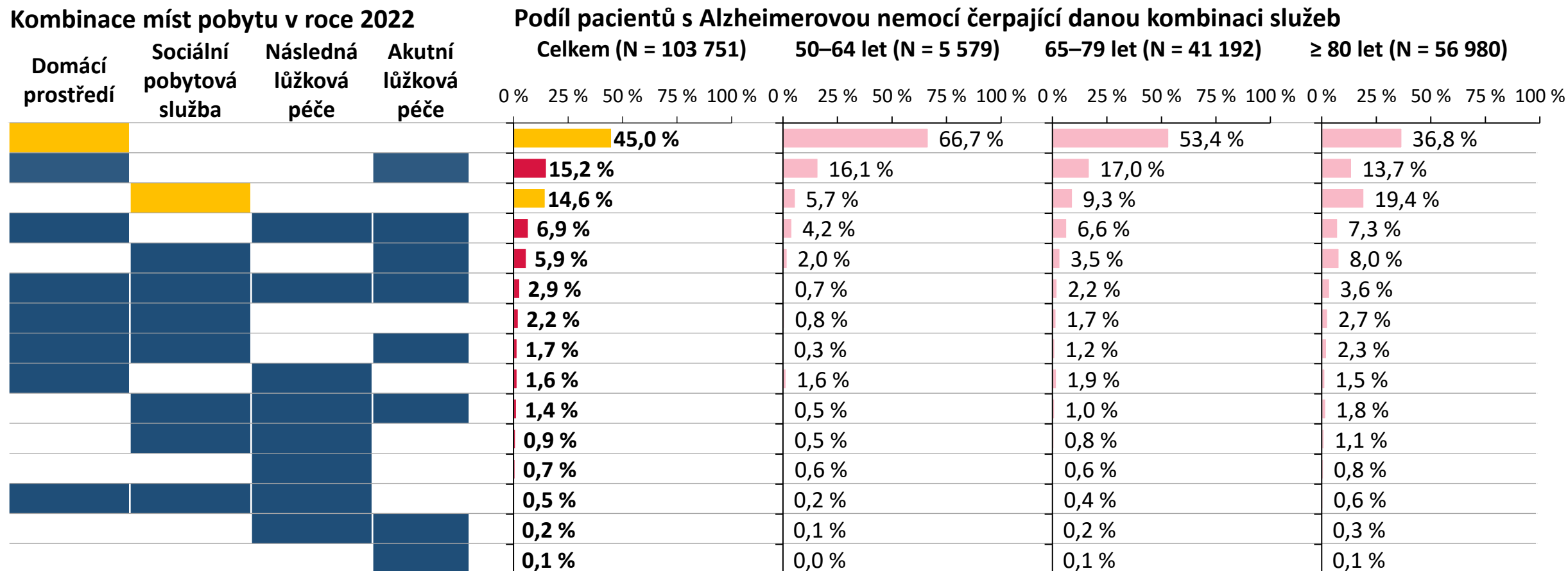
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022 ²
Prevalence ¹	71 855	78 756	85 285	90 363	94 674	97 511	98 903	103 751
Suma dní v sociálních pobytových službách³ [miliony]	5,435	6,167	6,645	7,064	7,491	7,628	7,586	8,292
Suma ošetřovacích dní v hosp. lůžkové péči [miliony]	1,415	1,500	1,537	1,600	1,611	1,512	1,347	1,517

¹ Prevalence = počet pacientů, u kterých byla někdy v minulosti diagnostikována a vykázána Alzheimerova nemoc; pacienti naživu v daném roce.

² Pro pacienty nově diagnostikované v roce 2022 (incidentní případy) jsou některé části dat MPSV/ČSSZ nedostupné (např. příspěvek na péči).

³ Jestliže byl v průběhu trvání sociální pobytové služby pacient hospitalizován na lůžku akutní nebo následné péče, tyto dny jsou odečteny.

NSIS + NZIS: Zdravotní a sociální pobytové služby čerpané pacienty s AlzD (2022)



Vysoký podíl kombinace služeb sociálních a zdravotních

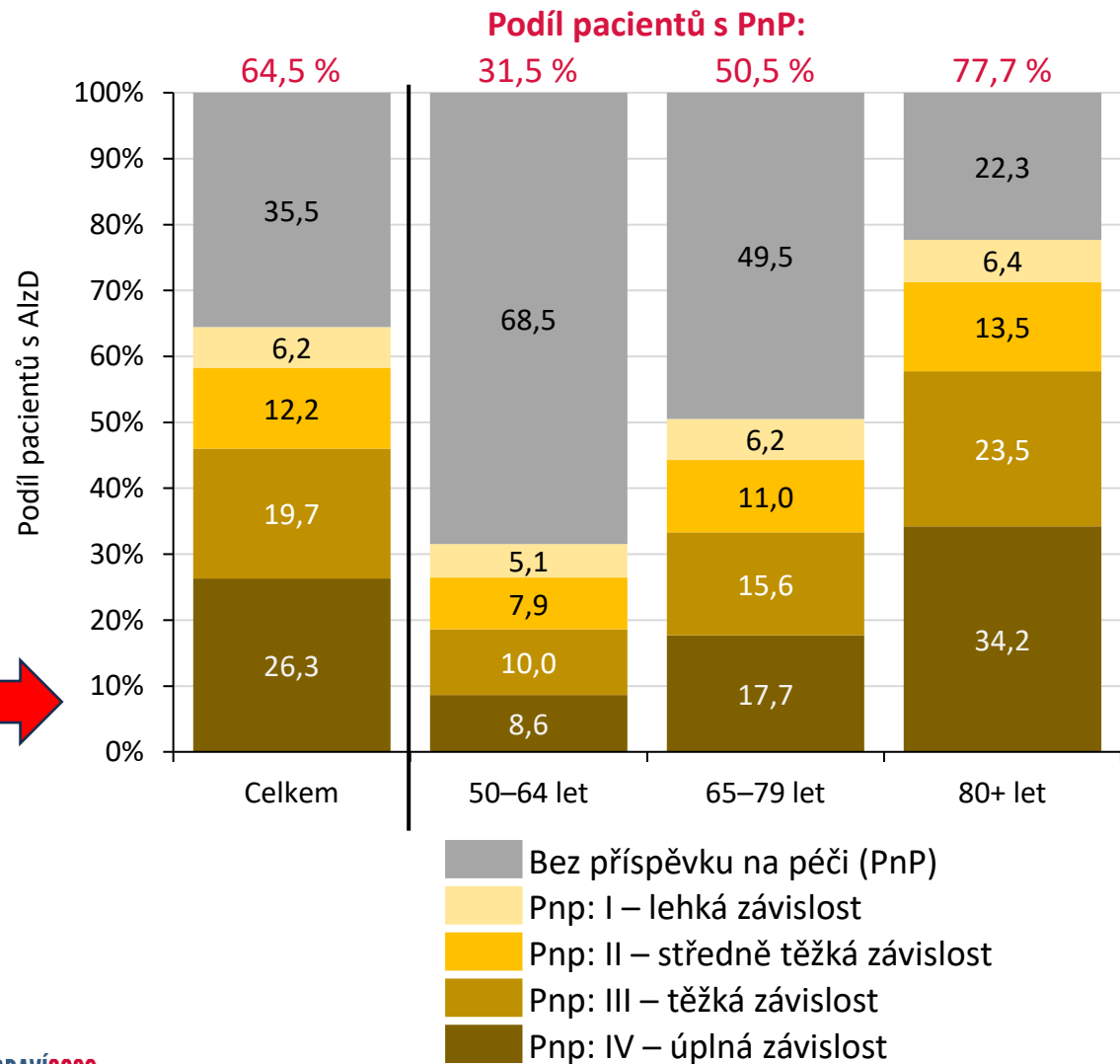
Cca 26 % pacientů s AlzD je ve vysokém stupni polymorbidity (DCCI: 5 a výše; příspěvek na péči st. IV).

Klienti pobytových sociálních zařízení s AlzD jsou v takto těžkém zdravotním stavu z 34 %.

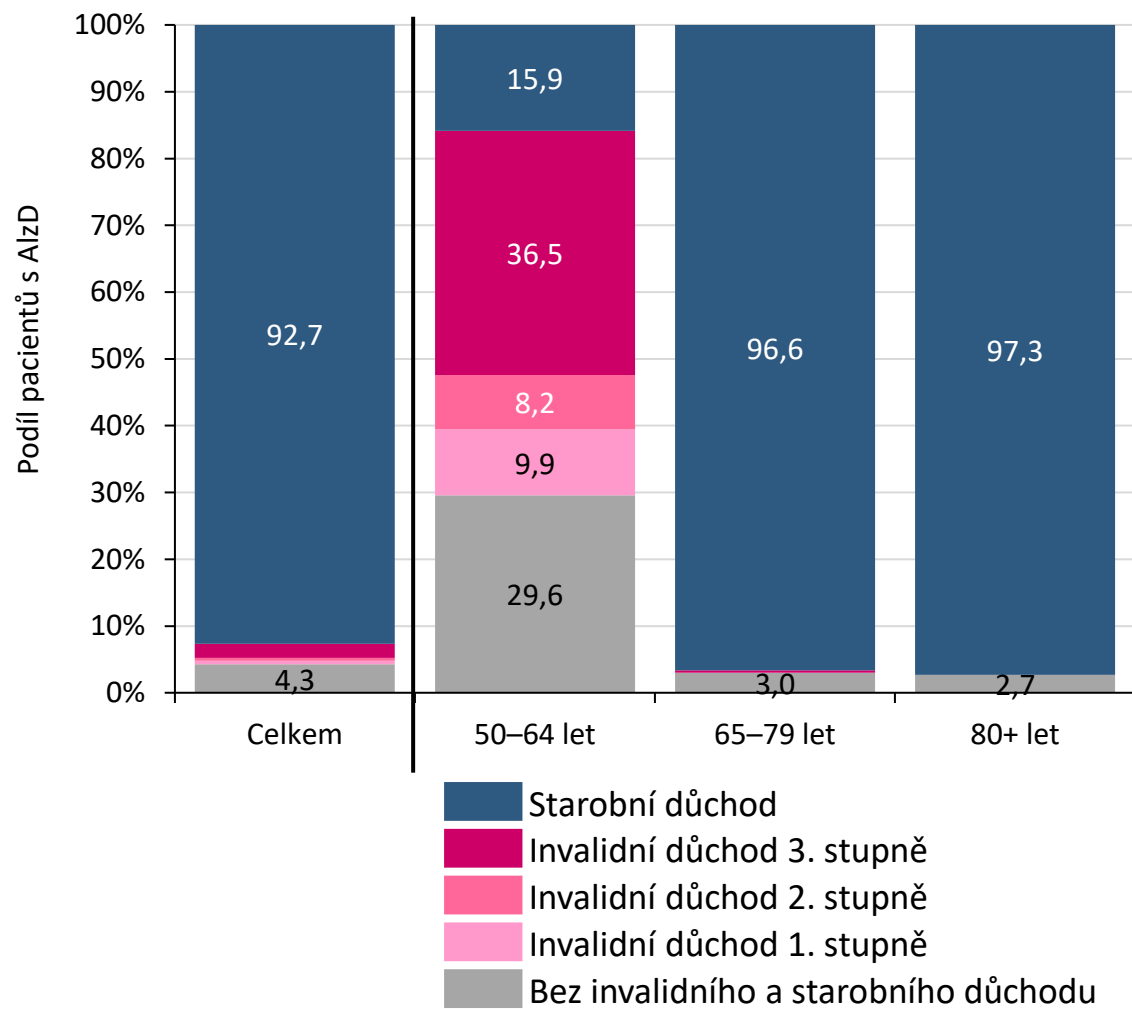


NSIS + NZIS: Podpora čerpaná pacienty s AlzD (2022)

Pobírání příspěvku na péči v roce 2022 dle věku pacienta s AlzD



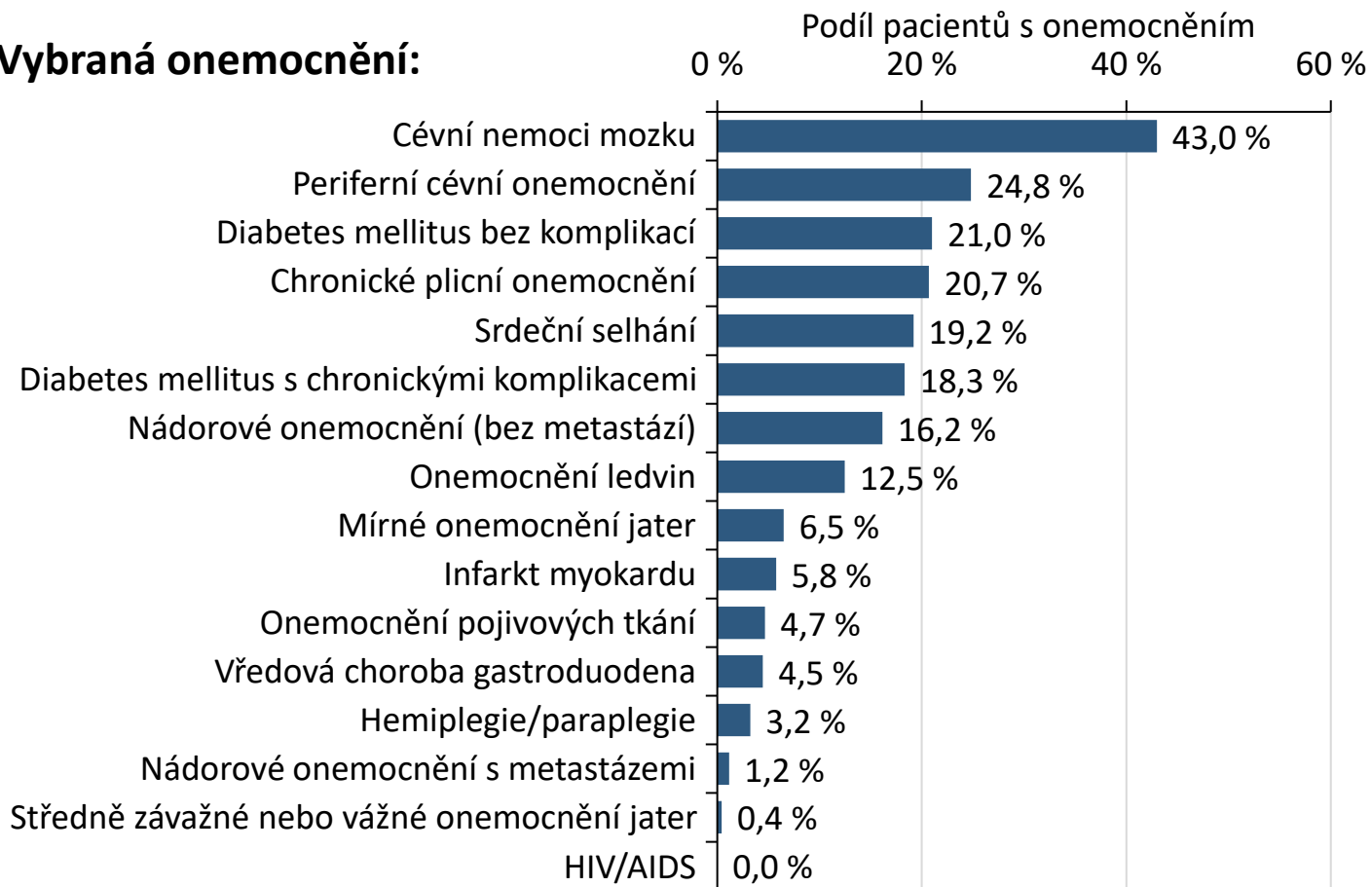
Pobírání důchodu v roce 2022 dle věku pacienta s AlzD



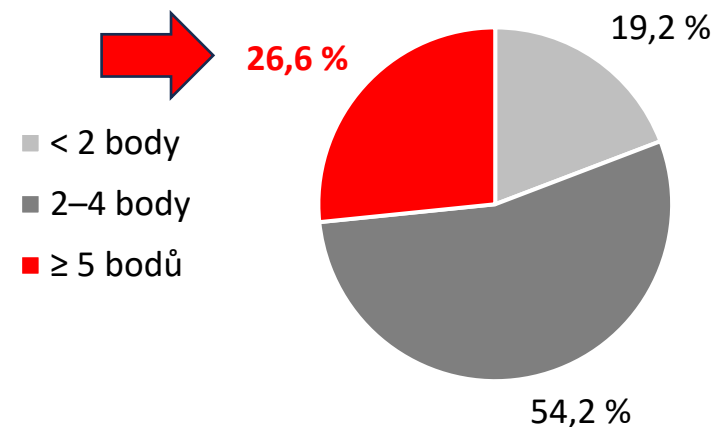
Polymorbidita pacientů s Alzheimerovou nemocí (2022)

Zdroj: NZIS 2010–2022

Vybraná onemocnění:



DCCI = Deyova modifikace indexu komorbidit dle Charlsonové: Pro pacienty byla analyzována historie poskytnuté lékařské péče v letech 2010–2022. Zaznamenaný výskyt vybraných závažných onemocnění je bodově ohodnocen a následným součtem bodů je určeno skóre pro každého pacienta.



Vybraná onemocnění včetně bodů: Demence (1) – výskyt u 100 % analyzovaných pacientů, infarkt myokardu (1), srdeční selhání (1), cévní onemocnění (1), cévní nemoci mozku (1), chronické plicní onemocnění (1), onemocnění pojivových tkání (1), vředové onemocnění (1), mírné (1) / středně závažné nebo vážné onemocnění jater (3), diabetes mellitus bez (1) / s chronickými komplikacemi (2), hemiplegie/paraplegie (2), onemocnění ledvin (2), nádorové onemocnění bez (2) / s metastázemi (6), HIV/AIDS (6)

Pacienti s AlzD a nespecifickou demencí

Populační přehled péče v posledním roce života



Velmi nízký podíl komunitních služeb a péče v domácím prostředí (< 20 %)

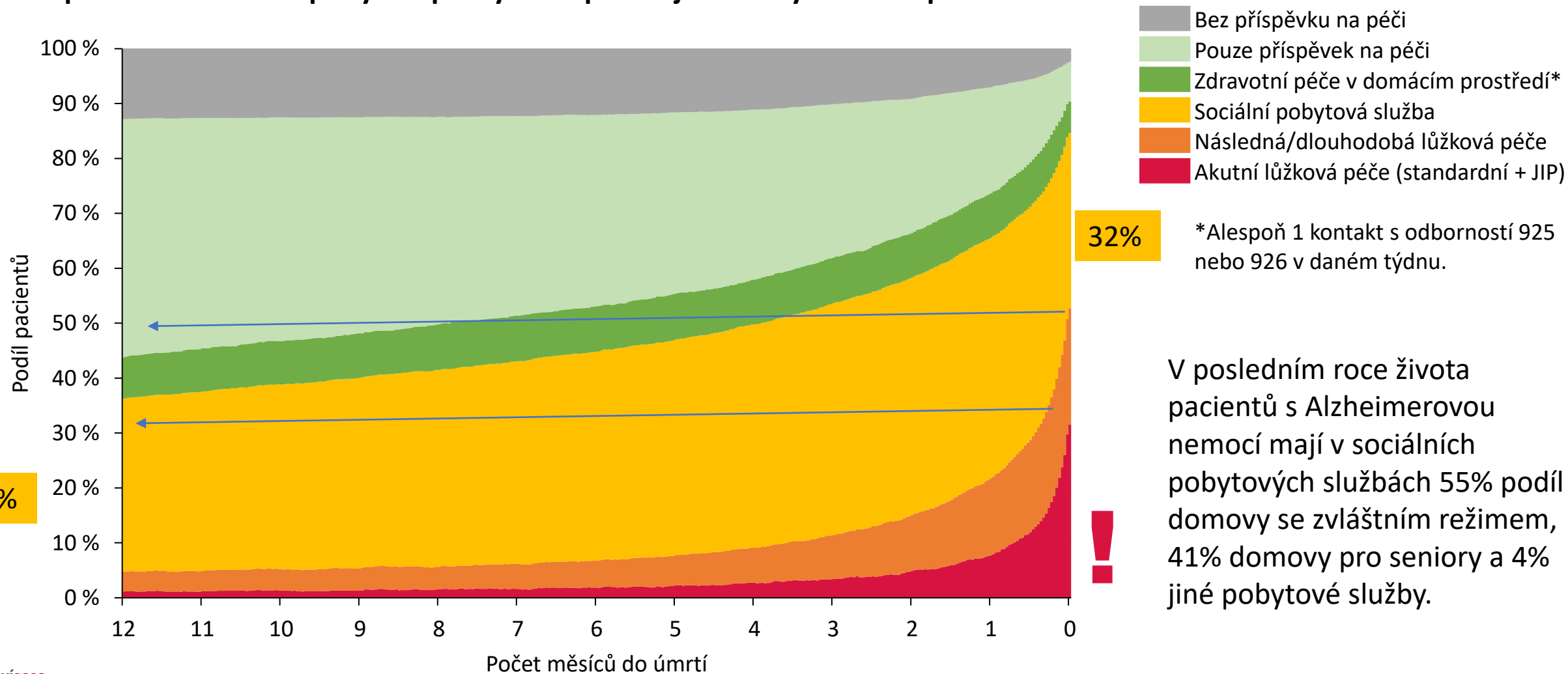
Celkem 32 % pacientů umírá v akutní lůžkové péči a dalších 21 % na lůžku následné/dlouhodobé péče

Pobytová sociální zařízení „dochovávají“ stabilně 32 % pacientů

NSIS + NZIS: Péče v posledním roce života o pacienty s Alzheimerovou nemocí

Analyzováno bylo **16 191** (98 %) z celkového počtu 16 544 **pacientů s Alzheimerovou nemocí, kteří zemřeli v roce 2022** a pro které jsou aktuálně dostupná data MPSV.

Podíl pacientů dle místa pobytu a poskytnuté péče v jednotlivých dnech před úmrtím:

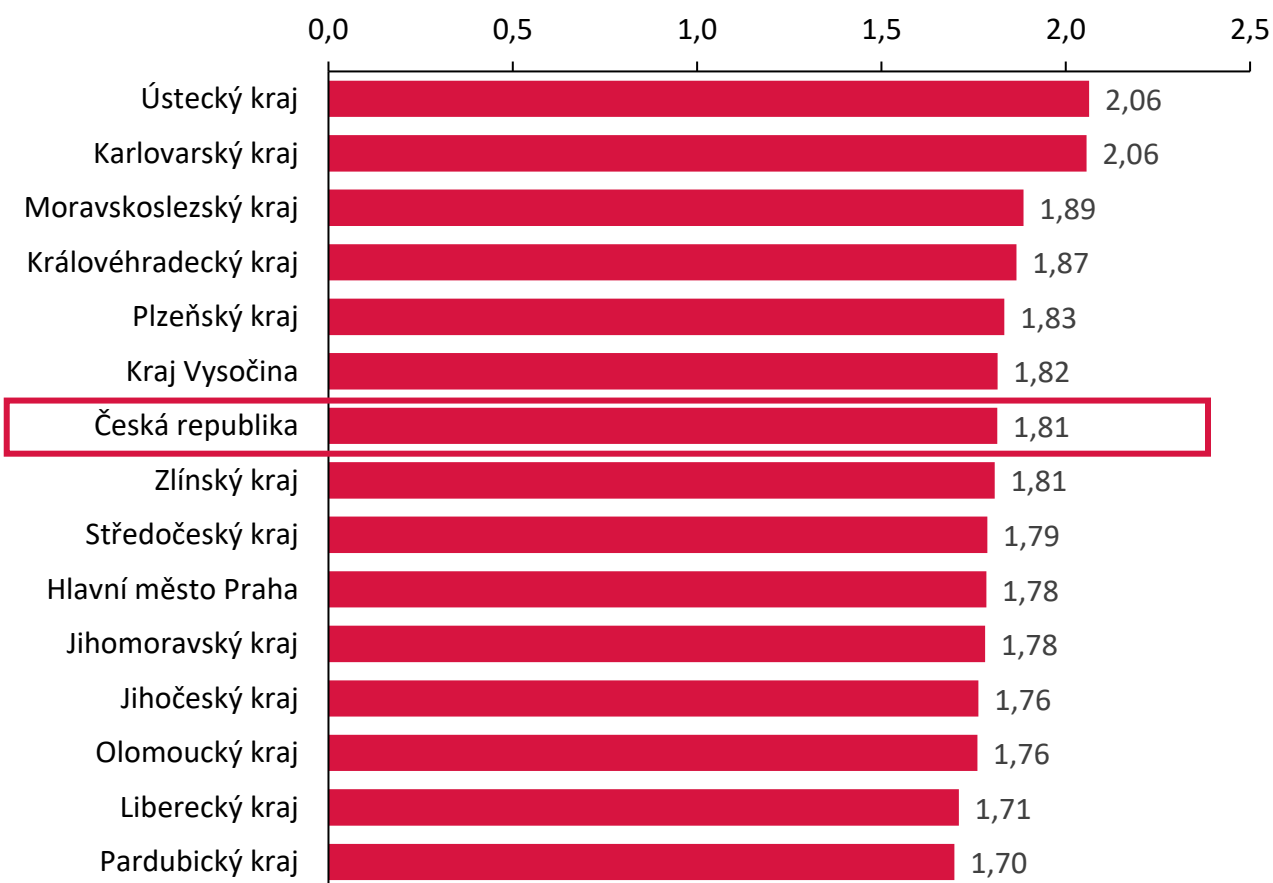


Počet akutních + následných hospitalizací v posledním roce života u pacientů s AlzD

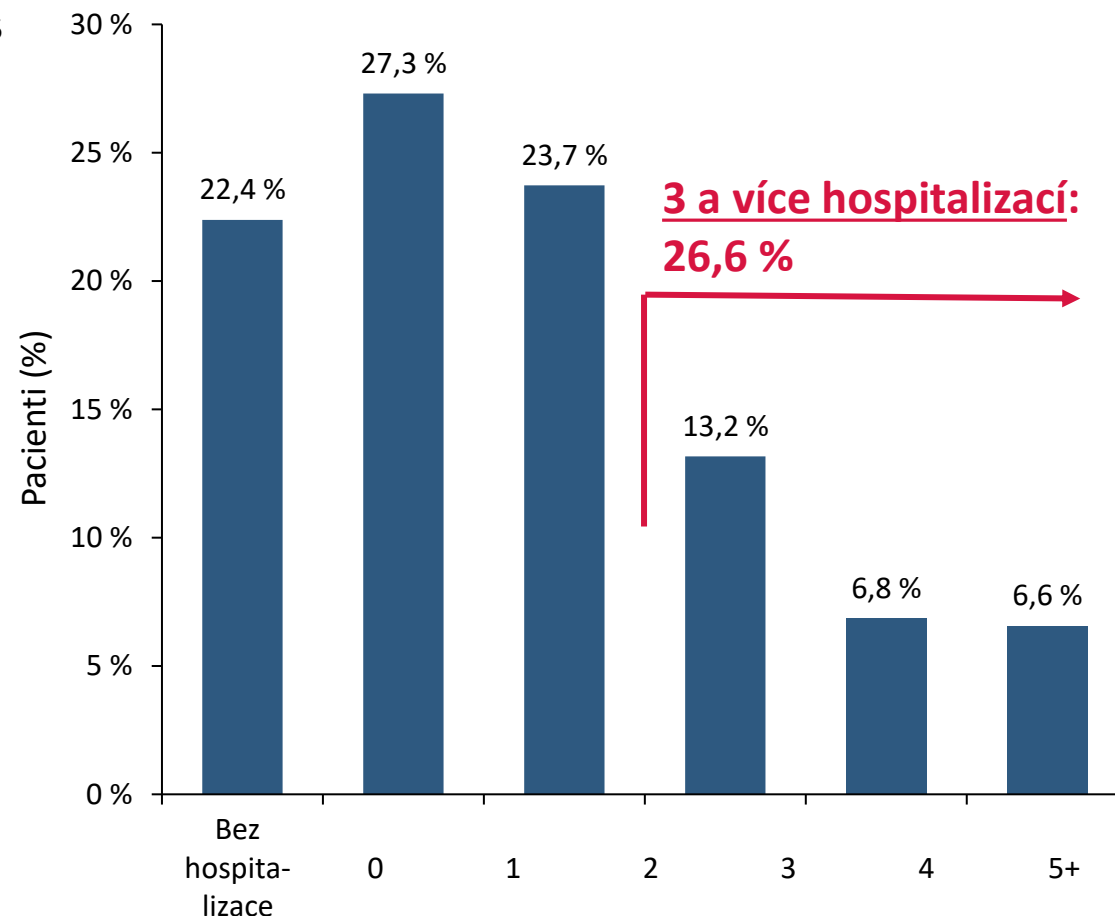
Zdroj: NZIS 2010–2022

Analyzováno bylo **16 191** (98 %) z celkového počtu 16 544 **pacientů s Alzheimerovou nemocí, kteří zemřeli v roce 2022** a pro které jsou aktuálně dostupná data MPSV.

**Pacienti s Alzheimerovou nemocí:
průměrný počet hospitalizací**



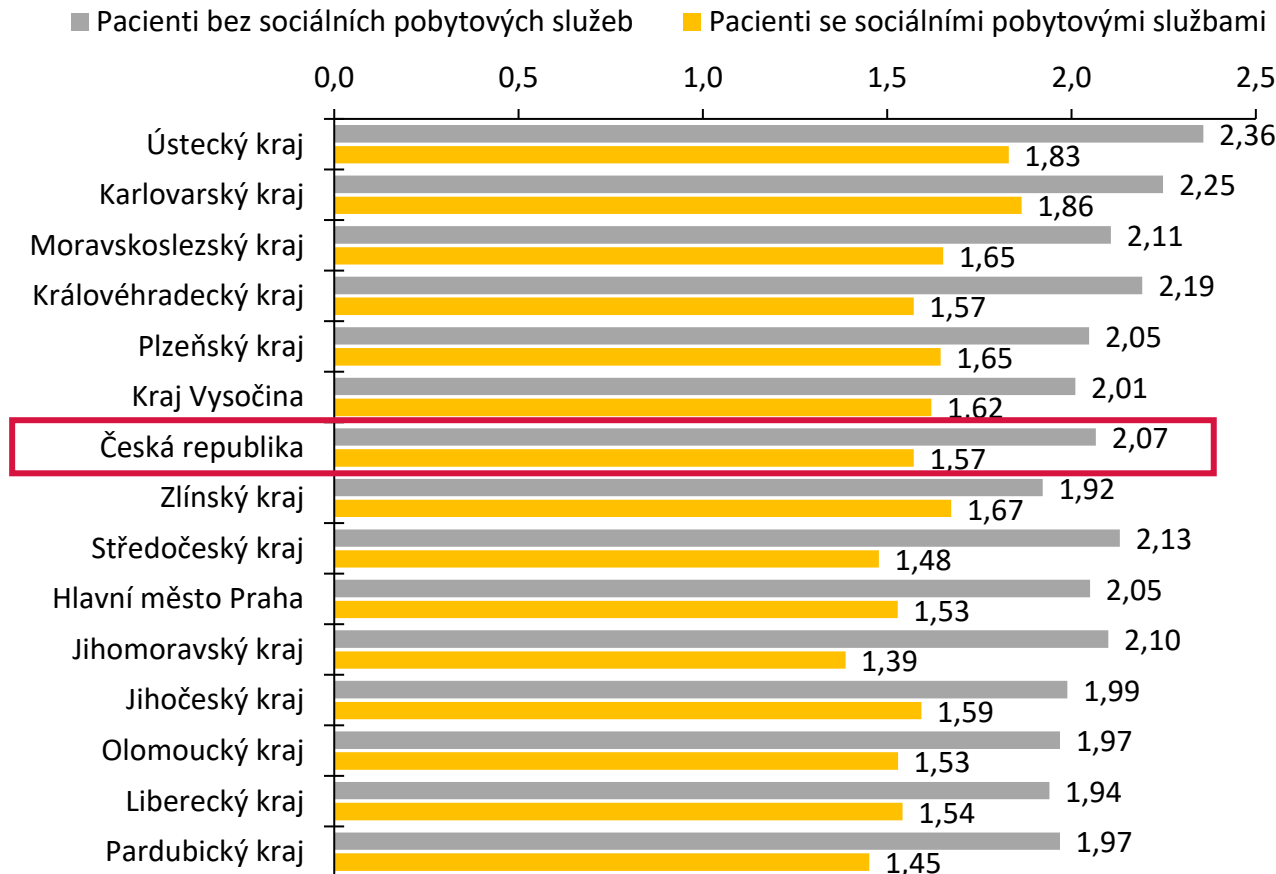
**Pacienti s Alzheimerovou nemocí:
celkový počet hospitalizací**



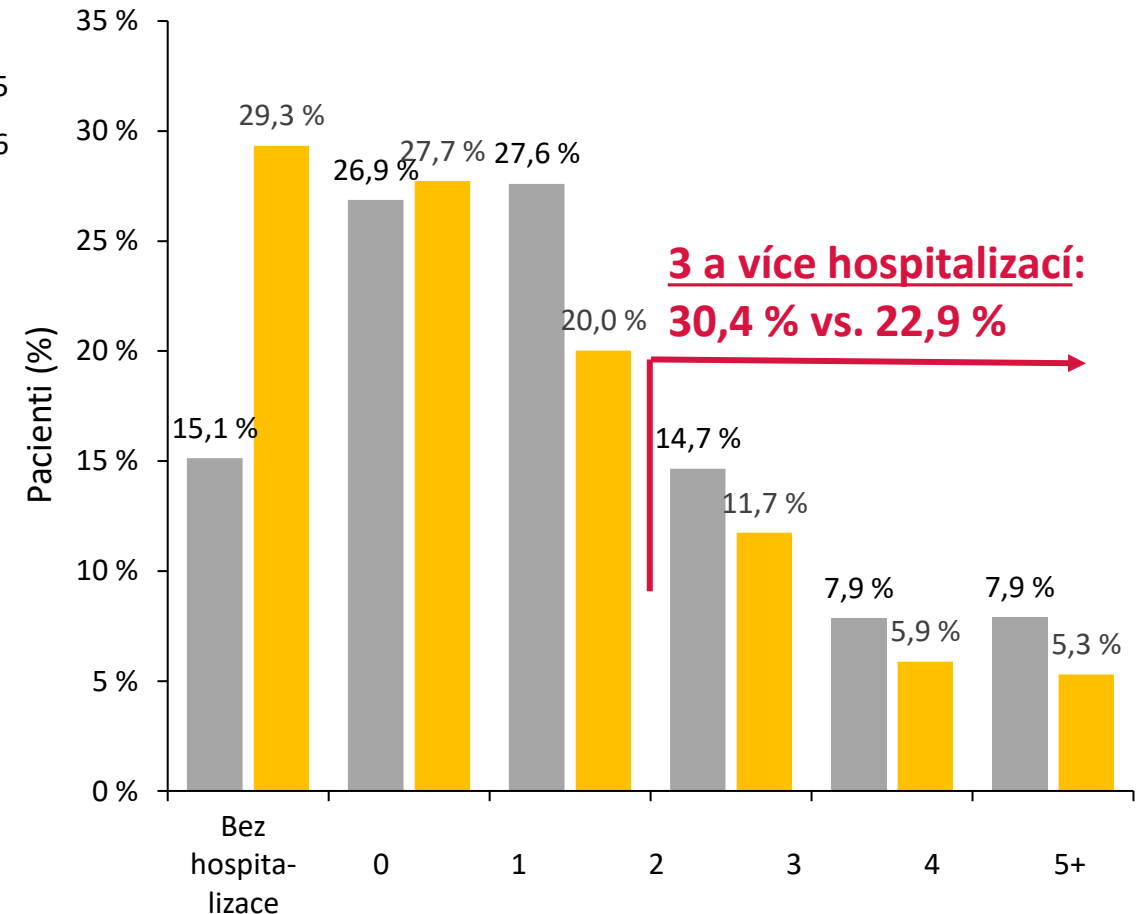
NSIS + NZIS: Počet akutních + následných hospitalizací v posledním roce života u pacientů s AlzD

Analyzováno bylo **16 191** (98 %) z celkového počtu 16 544 **pacientů s Alzheimerovou nemocí, kteří zemřeli v roce 2022** a pro které jsou aktuálně dostupná data MPSV.

**Pacienti s Alzheimerovou nemocí:
průměrný počet hospitalizací
dle užívání sociálních pobytových služeb**



**Pacienti s Alzheimerovou nemocí:
průměrný počet hospitalizací
dle užívání sociálních pobytových služeb**



Analytické studie programu Zdraví 2030:

Budování společného datového a informačního zázemí resortů MZ a MPSV

Úkoly na nejbližší období

- ✓ Dobudovat datový sklad
- ✓ Modely integrované péče v závěru života
- ✓ PREDIKCE pro soc-zdrav pomezí

ČR populace: trajektorie pacientů v závěru života - data 2022

N = 68 665 (očekávatelná úmrtí: pacienti zemřelí v roce 2022)

Zemřelí (%)

0% 5% 10% 15% 20% 25%

Trajektorie 2 – Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma



Trajektorie 4 – Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma s péčí praktického lékaře



Trajektorie 3 – Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma s domácí péčí



Trajektorie 1 – Terminálně nemocný klient domova pro seniory, dochovaný v domově pro seniory



Trajektorie 6 – Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma s asistencí mobilní specializované paliativní péče



Trajektorie 13 – Terminálně nemocný klient domova pro seniory, dochovaný v domově pro seniory ve sdílené péči



Trajektorie 5 – Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma v režimu signálního kódu



Trajektorie 7 – Terminálně nemocný pacient, zemřelý za terminální hospitalizace



Trajektorie 11 – Terminálně nemocný pacient, převezený k terminální hospitalizaci záchrannou službou



Trajektorie 10 – Terminálně nemocný pacient v domácí péči, zemřelý za hospitalizace



Trajektorie 14 – Terminálně nemocný pacient, převážený opakovaně záchrannou službou



Trajektorie 8 – Klient domova pro seniory, zemřelý za terminální hospitalizace



Trajektorie 9 – Klient domova pro seniory, zemřelý za terminální hospitalizace prostřednictvím ZZS



Trajektorie 12 – Terminálně nemocný pacient v domácí péči v režimu signálního kódu, zemřelý za hospitalizace



Trajektorie 15 – Terminálně nemocný pacient v mobilní specializované paliativní péči, předaný k terminální hospitalizaci

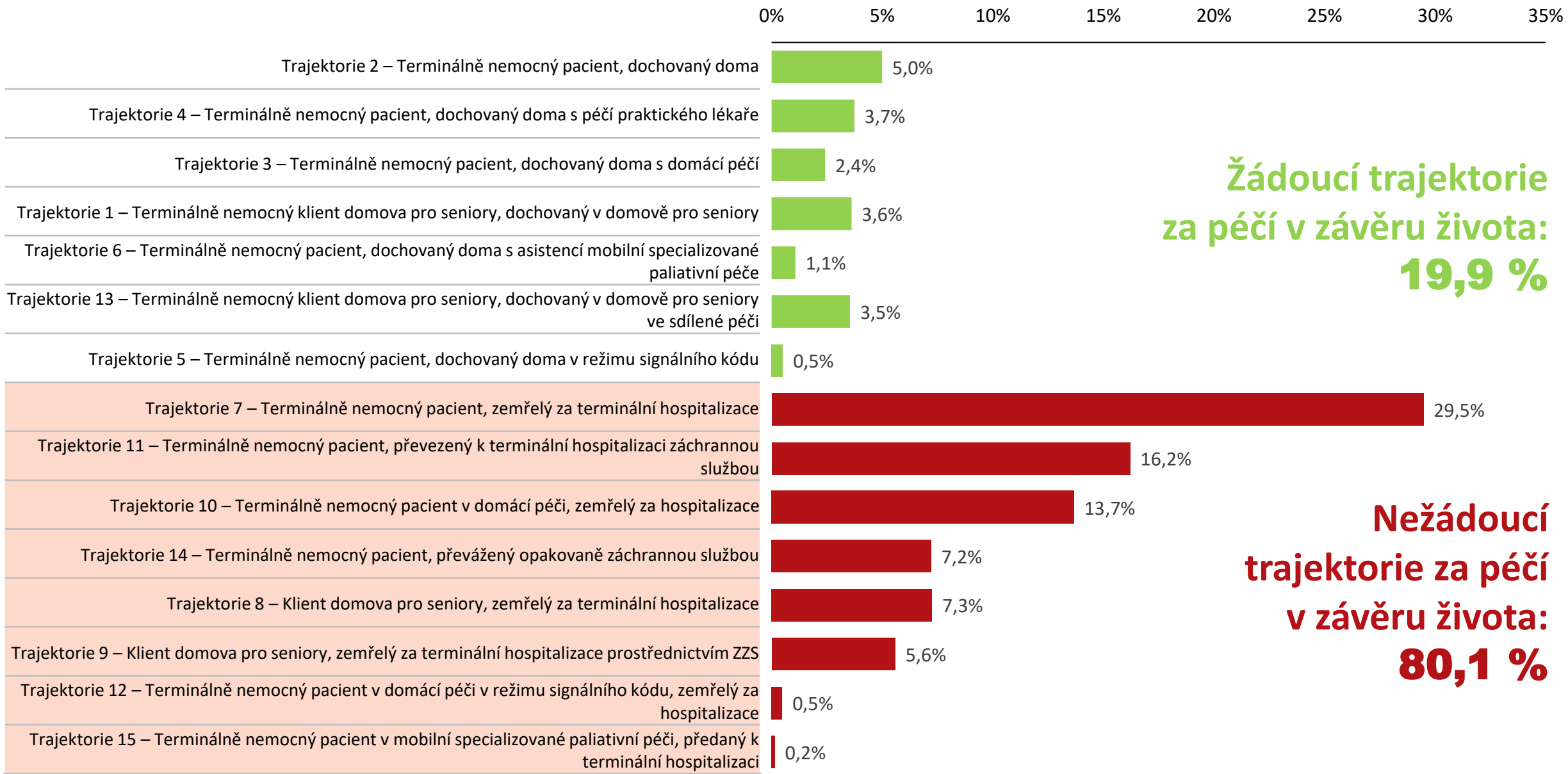


**Žádoucí trajektorie
za péči v závěru života:
42%**

**Nežádoucí
trajektorie za péči
v závěru života:
58%**

Trajektorie v závěru života pacientů se závažným kardiologickým onemocněním

Počet očekávatelných úmrtí – cca 20 060



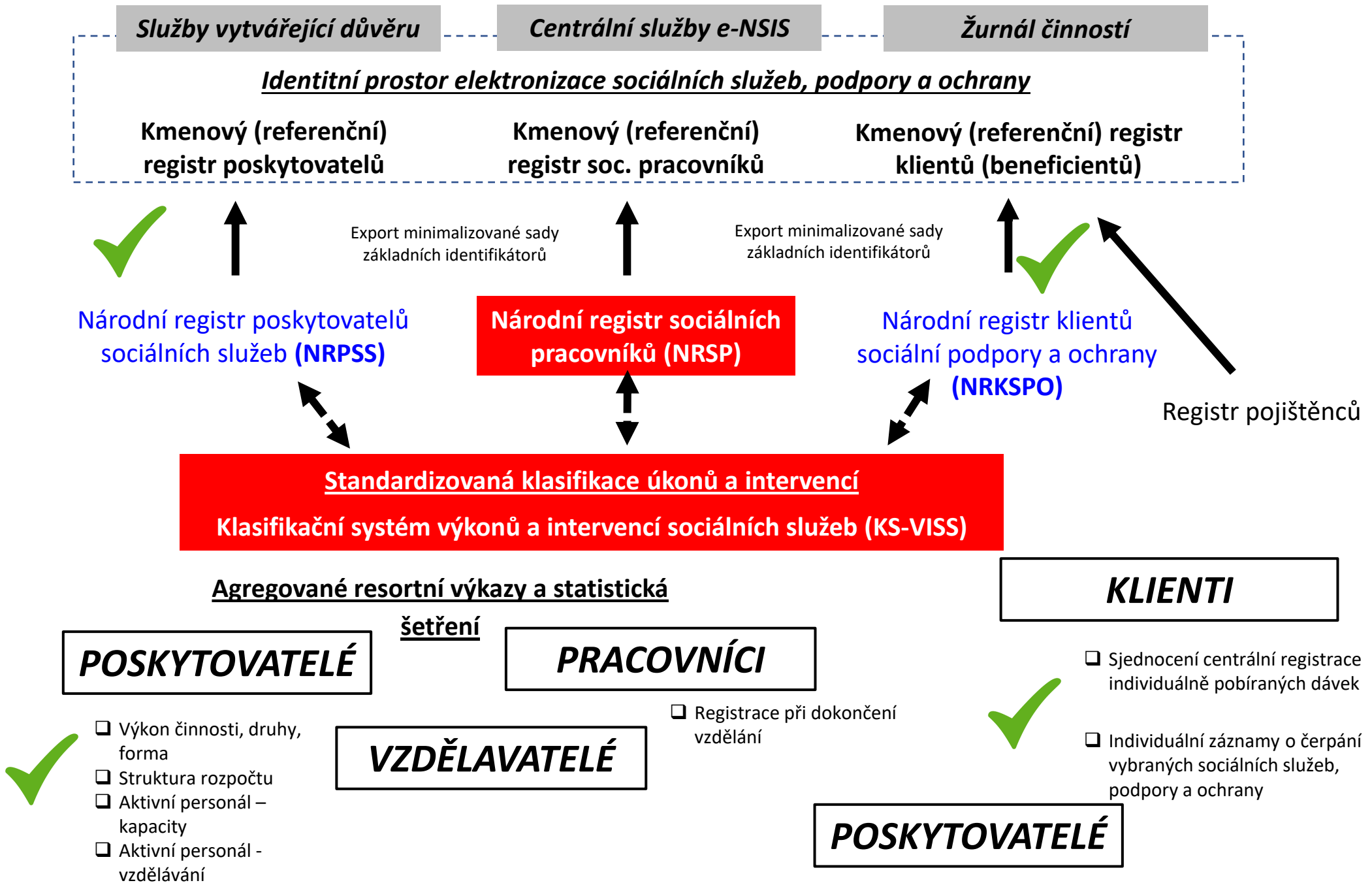
e-sluzby NSIS

Publikační
vrstva NSIS

Editační
vrstva NSIS

Agenda
úkonů
Výkaznictví
činnosti

Zpravodajské
jednotky
Reporting



Analytické studie programu Zdraví 2030:

Budování společného datového a informačního zázemí resortů MZ a MPSV

VÝZVA

Příprava projektu

„Referenční síť poskytovatelů domácí péče“

TÉMA 1

**Klasifikační systém a optimalizace
variantních nákladových modelů**



! Primárním cílem není hledání nových úhradových mechanismů !

ALE

**1) Vytvoření systému sekundární klasifikace případů
dle obsahové a nákladové homogenity**

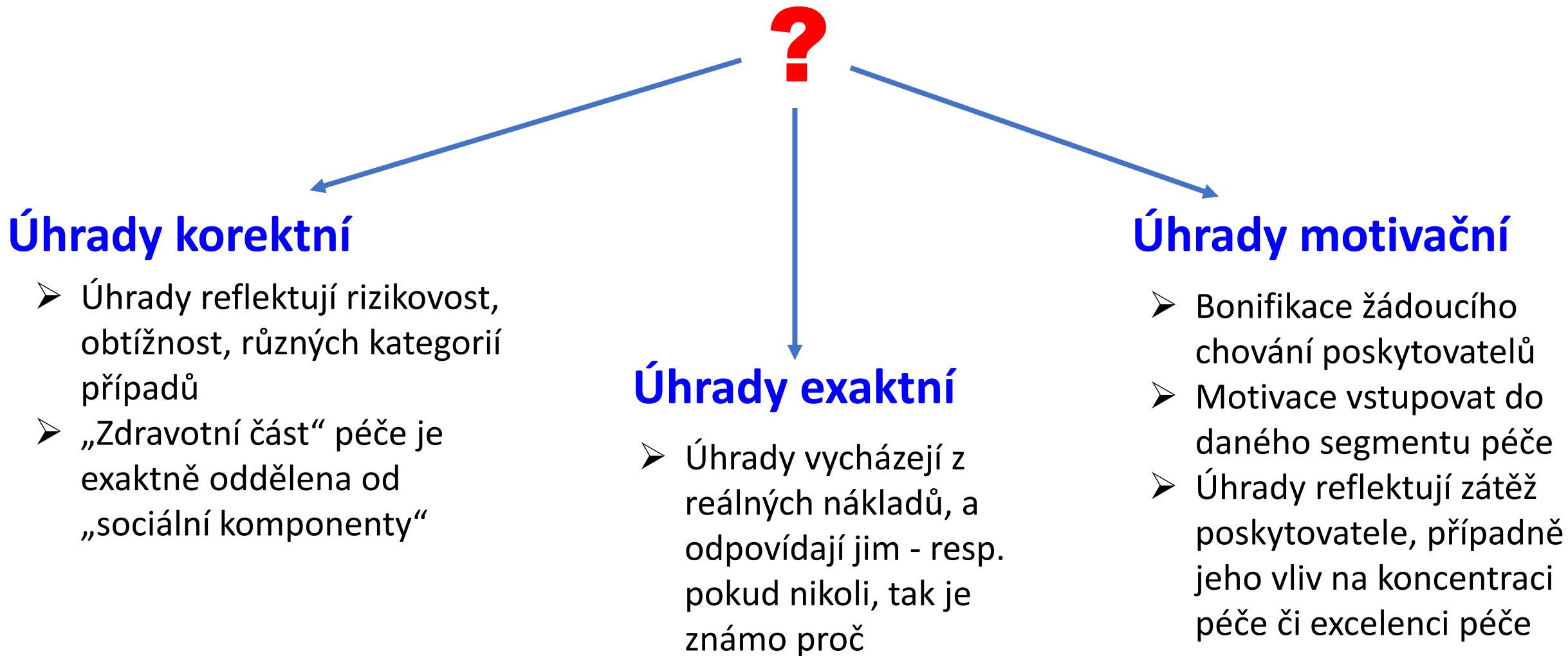
+

**2) Získání referenčních dat o skutečné náročnosti případů
z hlediska péče a o jejich reálných nákladech**



... a následné (možné) využití dat v optimalizaci úhrad

Co znamená následné využití dat v optimalizaci úhrad



V systému je sekundárně možné zohledňovat výsledky a kvalitu péče

**Najdeme mezinárodní příklady
takového vývoje**



Case-mix based payment models for home health care?



Různé země
= různé systémy

A systematic review of case-mix models for home health care payment: Making sense of variation

Anne O.E. van den Bulck^{a,*}, Maud H. de Korte^{b,c}, Arianne M.J. Elissen^a,
Silke F. Metzelthin^a, Misja C. Mikkers^{b,c,d}, Dirk Ruwaard^a

^a Maastricht University, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Department of Health Services Research, P.O. Box 616 6200 MD, Maastricht, the Netherlands

^b Tilburg University, Department of Economics, P.O. Box 90153 5037 AB, Tilburg, the Netherlands

^c Dutch Healthcare Authority (NZa), P.O. Box 3017 3502 GA, Utrecht, the Netherlands

^d Tilburg University, Tilburg Law and Economics Center (TILEC), P.O. Box 90153 5000 LE, Tilburg, the Netherlands



ARTICLE INFO

Article history:

Received 5 September 2019

Received in revised form 3 December 2019

Accepted 27 December 2019

Keywords:

Casemix

Home care services

Classification

Prospective payment system

Systematic review

ABSTRACT

Background: Case-mix based payment of health care services offers potential to contain expenditure growth and simultaneously support needs-based care provision. However, limited evidence exists on its application in home health care (HHC). Therefore, this study aimed to synthesize available international literature on existing case-mix models for HHC payment.

Methods: We performed a systematic review of scientific literature, supplemented with grey literature. We searched for literature using six scientific databases, reference lists, expert consultation, and targeted websites. Data on study design, case-mix model attributes, and conclusions were extracted narratively. **Results:** Of 3303 references found, 22 scientific studies and 27 grey documents met eligibility criteria. Eight case-mix models for HHC were identified, from the US, Canada, New Zealand, Australia, and Germany. Three countries have implemented a case-mix model as part of a HHC payment system. Different combinations of in total 127 unique case-mix predictors are included across models to predict HHC use. Case-mix models also differ in targeted services, operationalization, and outcome measures and predictive power.

Conclusions: Case-mix based payment is not yet widely used within HHC. Multiple varieties were found between HHC case-mix models, and no one best form of a model seems to exist. Even though varieties are partly inevitable due to country-specific contexts, developing a shared vision in case-mix model attributes would be key to achieving efficient, needs-based HHC.

© 2020 The Authors. Published by Elsevier B.V. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Data on study design, case-mix model attributes, and conclusions were extracted narratively. Results: Of 3303 references found, 22 scientific studies and 27 grey documents met eligibility criteria. Eight case-mix models for HHC were identified, from the US, Canada, New Zealand, Australia, and Germany. Three countries have implemented a case-mix model as part of a HHC payment system. Different combinations of in total 127 unique case-mix predictors are included across models to predict HHC use. Case-mix models also differ in targeted services, operationalization, and outcome measures and predictive power.

TÉMA 2

Referenční síť poskytovatelů komunitní ošetrovatelské péče



Funkční referenční síť musí být

- ☐ Plně reprezentativní pro daný segment péče
- ☐ Pokrývající 100% činnosti (produkce) zapojeného poskytovatele - ve smyslu sběru „all consecutive cases“
- ☐ Flexibilní – ve smyslu možných výpadků PZS a jejich náhrady
- ☐ Respektována a ve výstupech verifikovatelná zdravotními pojišťovnami
- ☐ Dobrovolná Motivovaná -> Udržitelná

**Jaké odbornosti (typy služeb) by daný
systém měl zahrnovat**



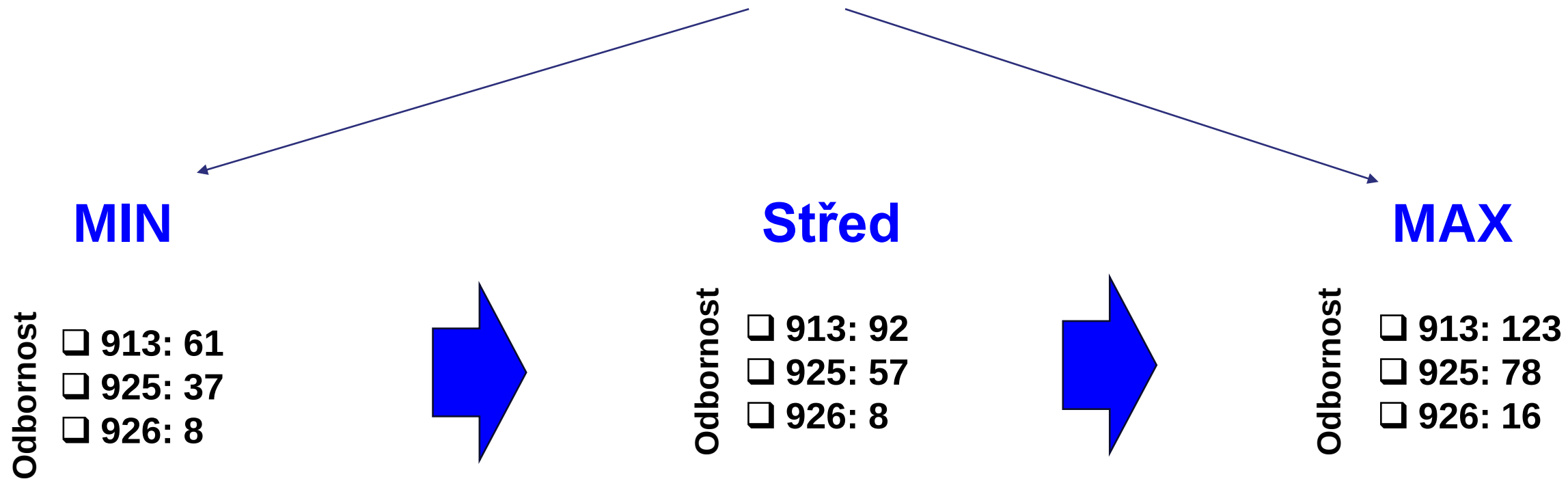
**Komunitní ošetrovatelská péče v širokém pojetí ?
..... nebo „jen“ odb. 925**

Jaké odbornosti (typy služeb) by daný systém měl zahrnovat

..... lépe asi 925 + 913 + 926 neboť:

- ☐ Nejsou nastaveny optimální dráhy sdílení péče o pacienty a je třeba reprezentativně pokrýt všechny zapojené odbornosti.
- ☐ Neexistuje kategorizace typického, indikovaného pacienta v žádné z ošetrovatelských odborností, poskytování péče se může překrývat, kombinovat.
- ☐ Není zavedena obsahová a nákladová klasifikace případů pro komunitní ošetrovatelskou péči a nelze tedy předem selektovat pro každou odbornost určité typy případů.
- ☐ Je nutné pokrýt reprezentativně sociální i zdravotní komponentu péče.

Závěr pilotních odhadů



DĚKUJI ZA POZORNOST

STRATEGICKÉ PREDIKCE POTŘEB REZORTU ZDRAVOTNICTVÍ

Predikce vývoje počtu pacientů a nákladů v segmentu centrové léčby



Analytická studie: aktualizace k 19. 5. 2024



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

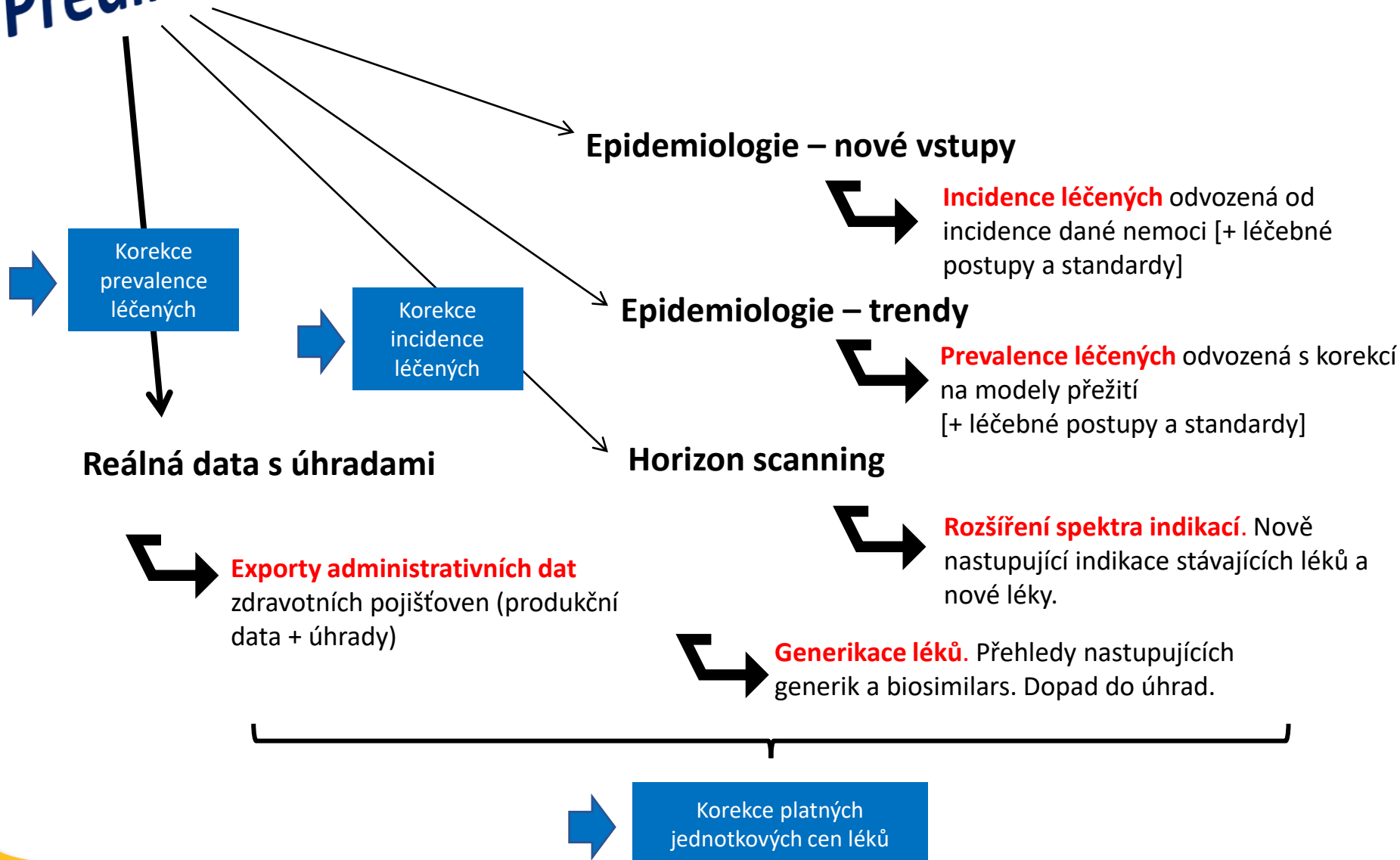


Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic

Prediktivní systém pro segment inovativních léků a technologií

Zdroj: Národní zdravotnický informační systém

Predikce

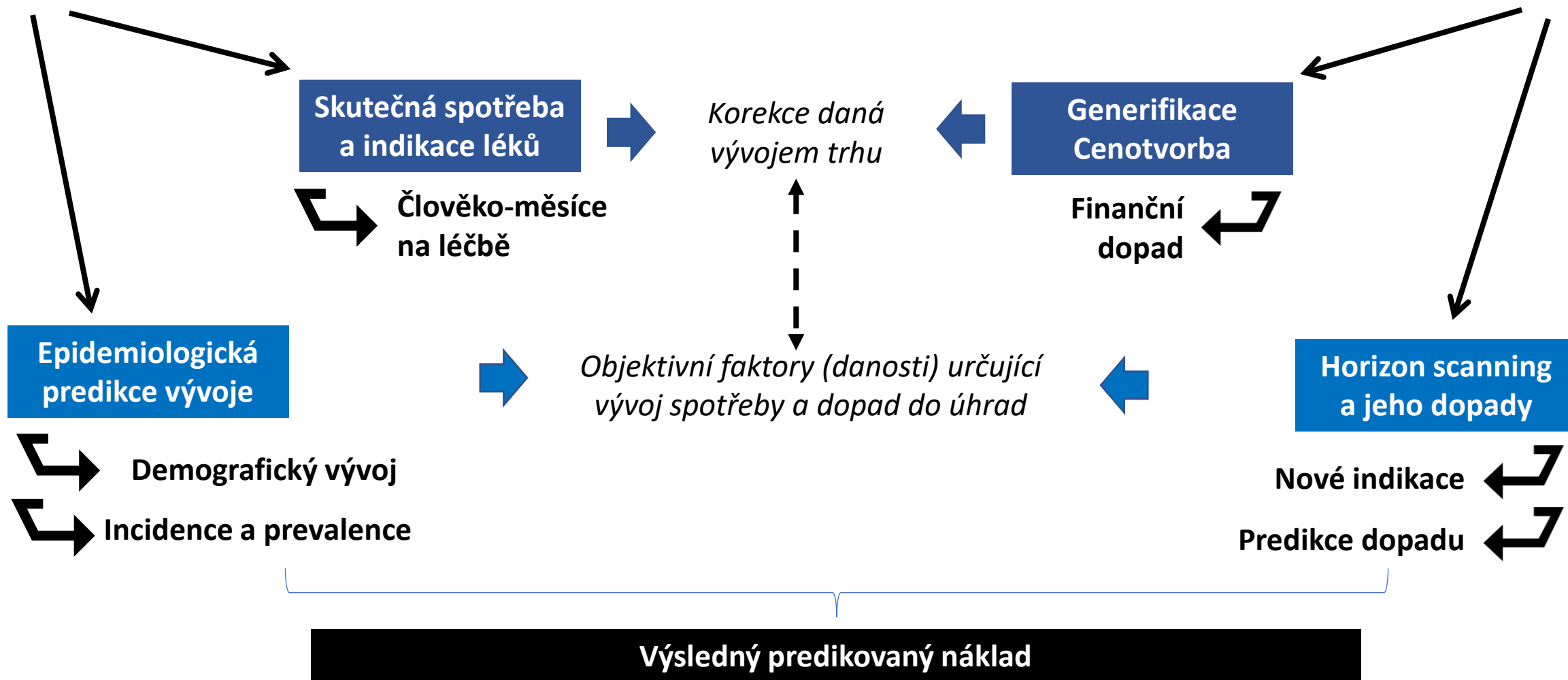


Dokončená rekonstrukce Národního zdravotnického informačního systému dovoluje komplexní multi-zdrojovou integraci datových zdrojů týkajících se inovativních léčiv a obecně technologií. Jde o systém pokrývající všechny dimenze pro relevantní predikci budoucích trendů – tedy predikce epidemiologické a finanční, včetně nezbytných korekcí na jednotkový vývoj cen a na vývoj trhu ve smyslu nástupu nových léčebných postupů (léčiv) a generifikace stávajících.

Základní komponenty predikčního modelu

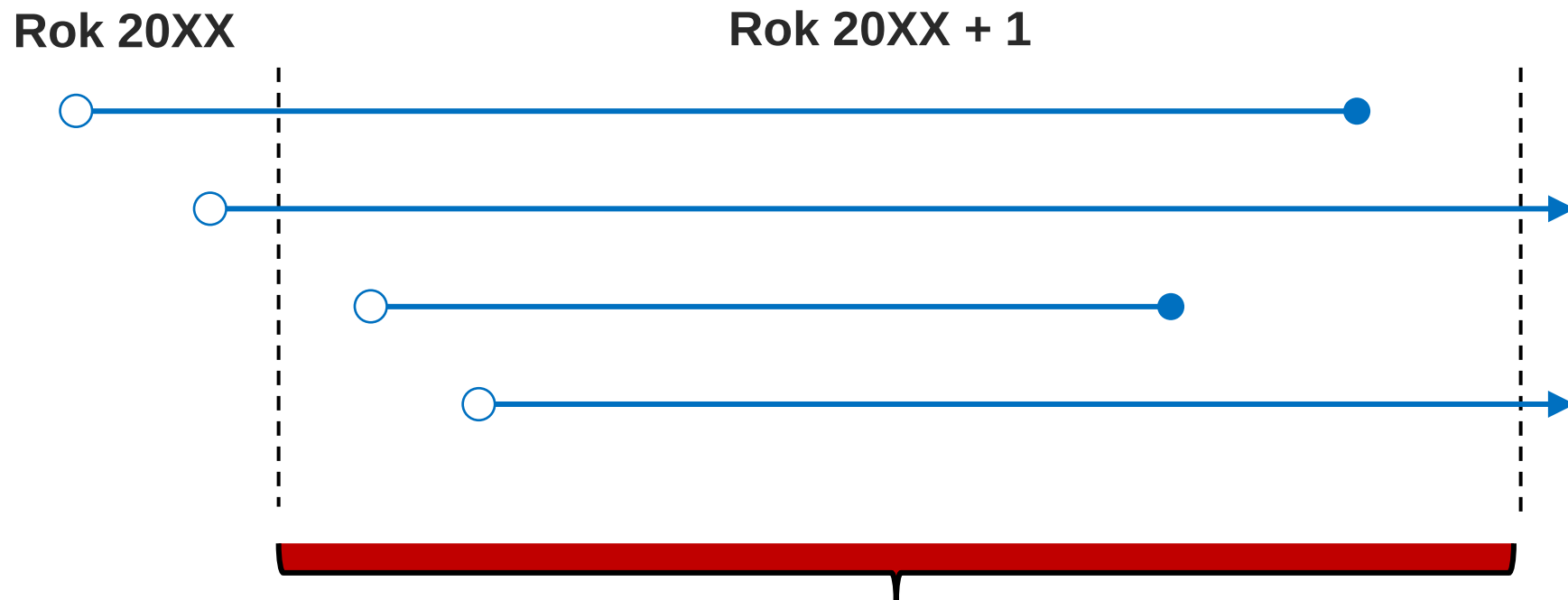
Determinanty vývoje spotřeby

Administrativní a expertní vstupy



Metodika predikcí z administrativních dat zdravotních pojišťoven: vymezení časového okna

Znázornění možné léčebné trajektorie pacientů:



Koncepce odhadu skutečné prevalence léčených založená na počtu paciento-měsíců na léčbě integruje objektivně danou potřebu (počet pacientů k indikaci) se skutečným chováním trhu. Například ne všechny nové preparáty jsou plně dostupné ihned od počátku kalendářního roku, reálný vývoj ovlivňuje i chování pacientů, dostupnost léčby, apod.

Agregace reálných úhrad ve všech měsících, kdy pacient podstupuje léčbu pro dané onemocnění

**Prevalence
léčených:
paciento-měsíce
na léčbě**

$$\sum_{\text{pacienti}} \sum_{\text{měsíce}} \text{úhrady}$$

Extrapolace dle stability
predikční báze,
rozházení do preparátů

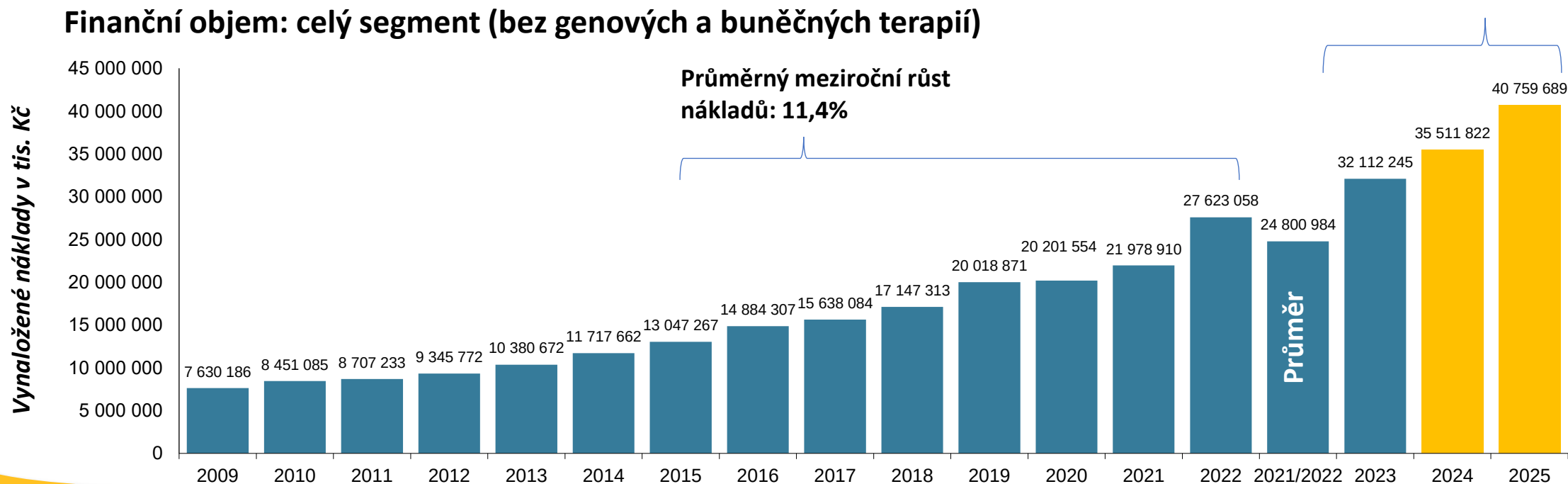
PREDIKCE VÝVOJE SEGMENTU CENTROVÉ LÉČBY DO ROKU 2025

Celkový vývoj segmentu centrové léčby

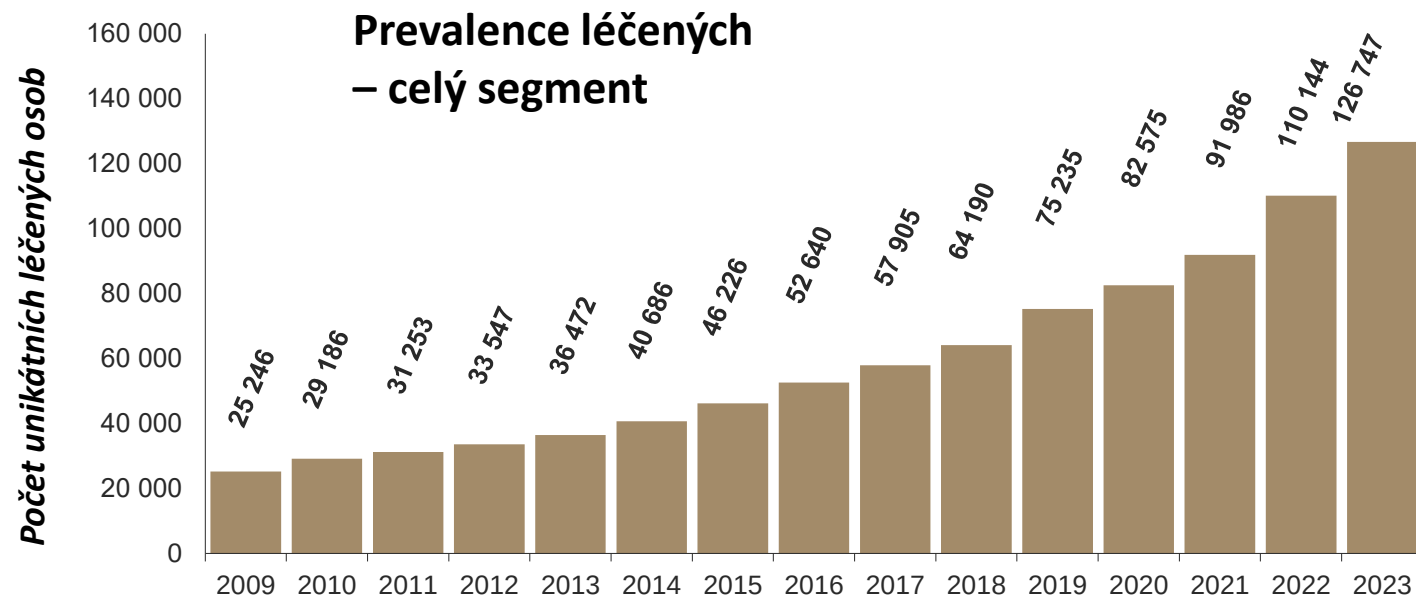
Vývoj segmentu centrové léčby v makropohledu

Epidemie COVID-19 velmi významně zasáhla i segment centrové péče. V letech 2020 a 2021 byla částečně omezena dostupnost péče a rovněž narostla mortalita ve vybraných skupinách léčených pacientů. Rok 2022 následně přinesl prudký nárůst v nákladech i v počtu nově léčených pacientů, částečně v důsledku doplňované diagnostiky po epidemii a částečně v důsledku nárůstu nových indikací. Tyto výkyvy znemožňují objektivní sledování meziročních změn, proto byl jako základ pro následné predikce kalkulován průměrný náklad za roky 2021 a 2022.

Predikce celkového objemu nákladů pro roky 2024/25 kalkuluje populační epidemiologické trendy, vliv generifikace léčiv i nástup nových technologií a indikací dle výsledků Horizon scanningu. Nových indikací léčby významně přibývá, v roce 2025 budou generovat více než 5,2% celkového objemu nákladů na centrovou péči.

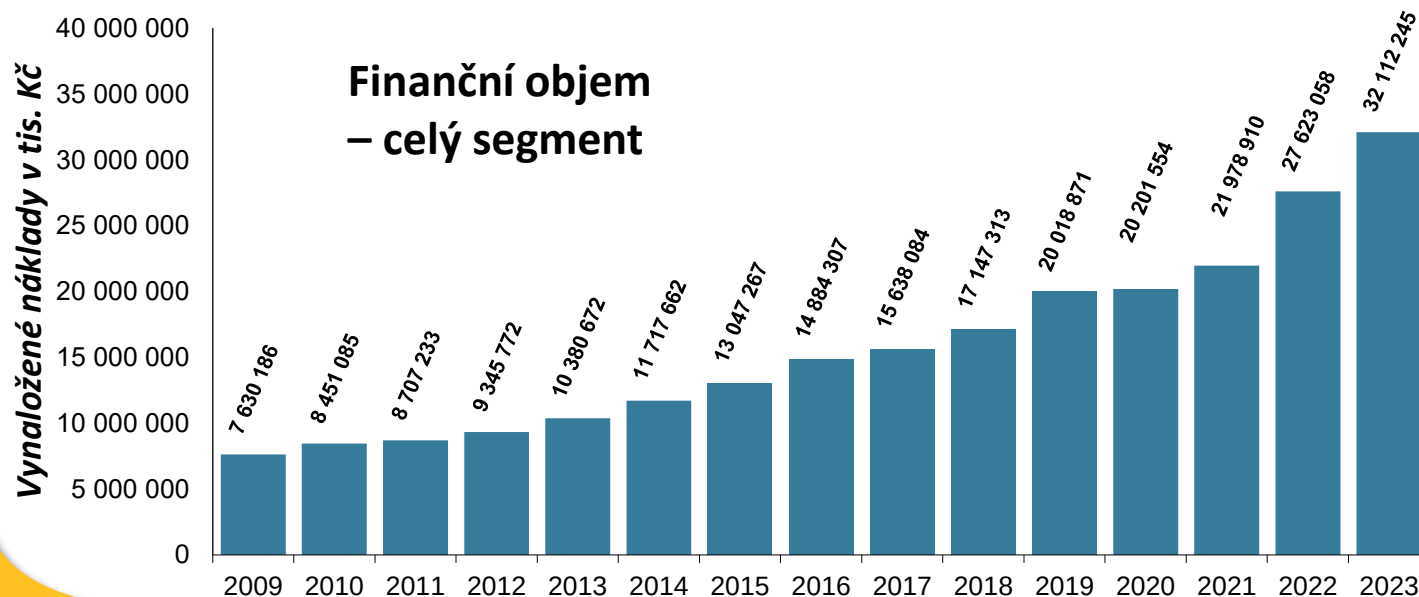


Vývoj segmentu centrové léčby v makropohledu



Zdroj dat: NRHZS

Segment vysoce inovativní léčby a inovativních technologií představuje velmi významný segment péče, do něhož spadá léčba > 126 700 pacientů. Populačně predikovaný „požadový“ růst (kalkulovaný na základě prevalence léčených) představuje cca +9 až +11% ročně.



Růst v počtu léčených pacientů je přitom nutné vnímat pozitivně, a to ze dvou principiálních důvodů:

- a) roste dostupnost vysoce specializované péče
- b) léčba je účinná, a tudíž na ní setrvává delší dobu více pacientů (prodlužuje se přežití, apod.).

PREDIKCE VÝVOJE SEGMENTU CENTROVÉ LÉČBY: pilotní odhady

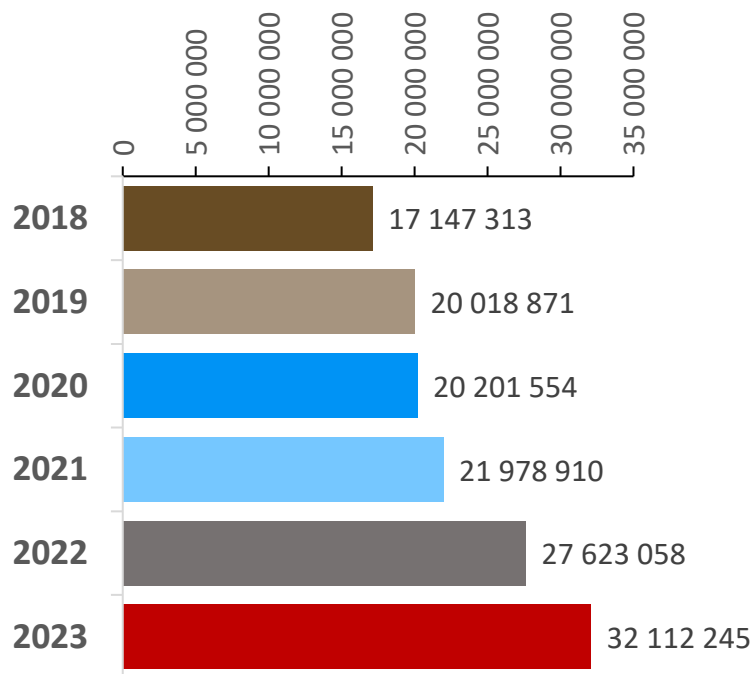


Aktuální vývoj za rok 2023

Srovnání vývoje 2018–2023: celý segment centrové léčby

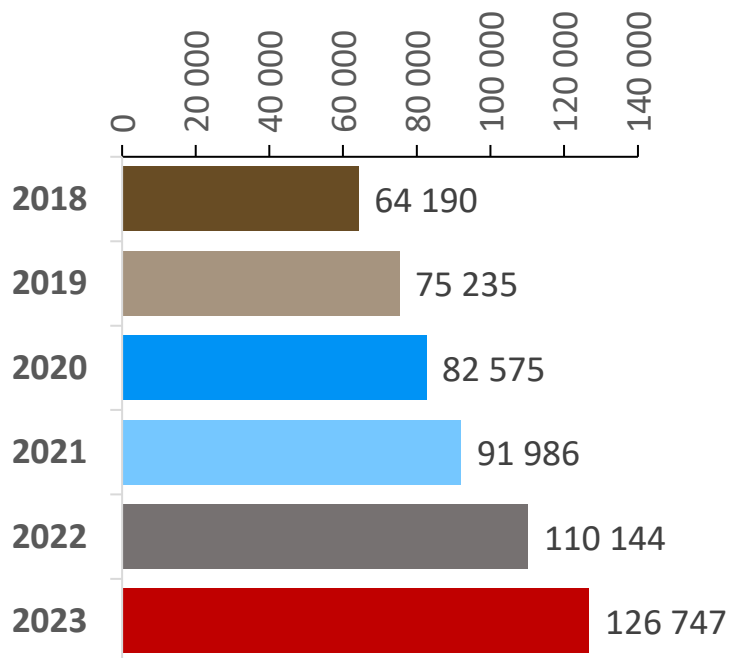
Zdroj dat: NRHZS

Celkové náklady v tis. Kč



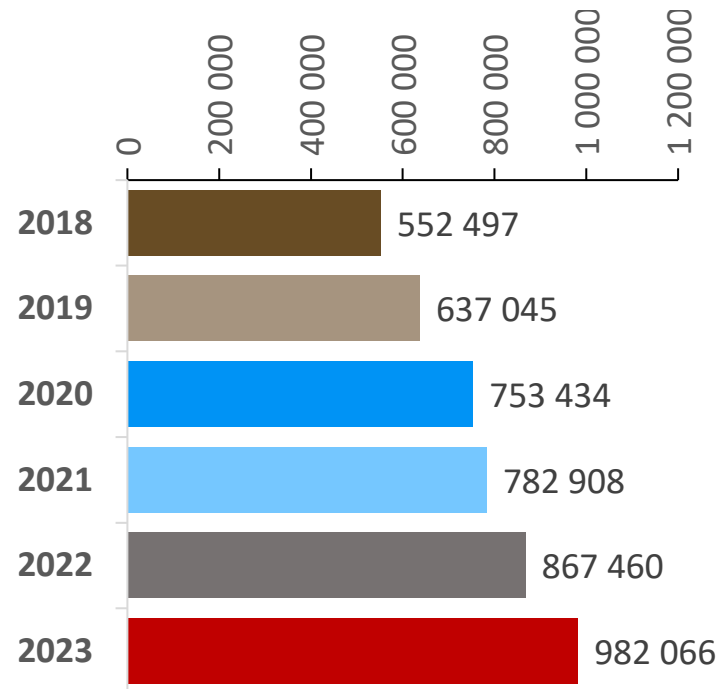
Náklady v roce 2023 rostly v relaci k roku 2022 koeficientem 1,18.

Počet unikátních pacientů na léčbě



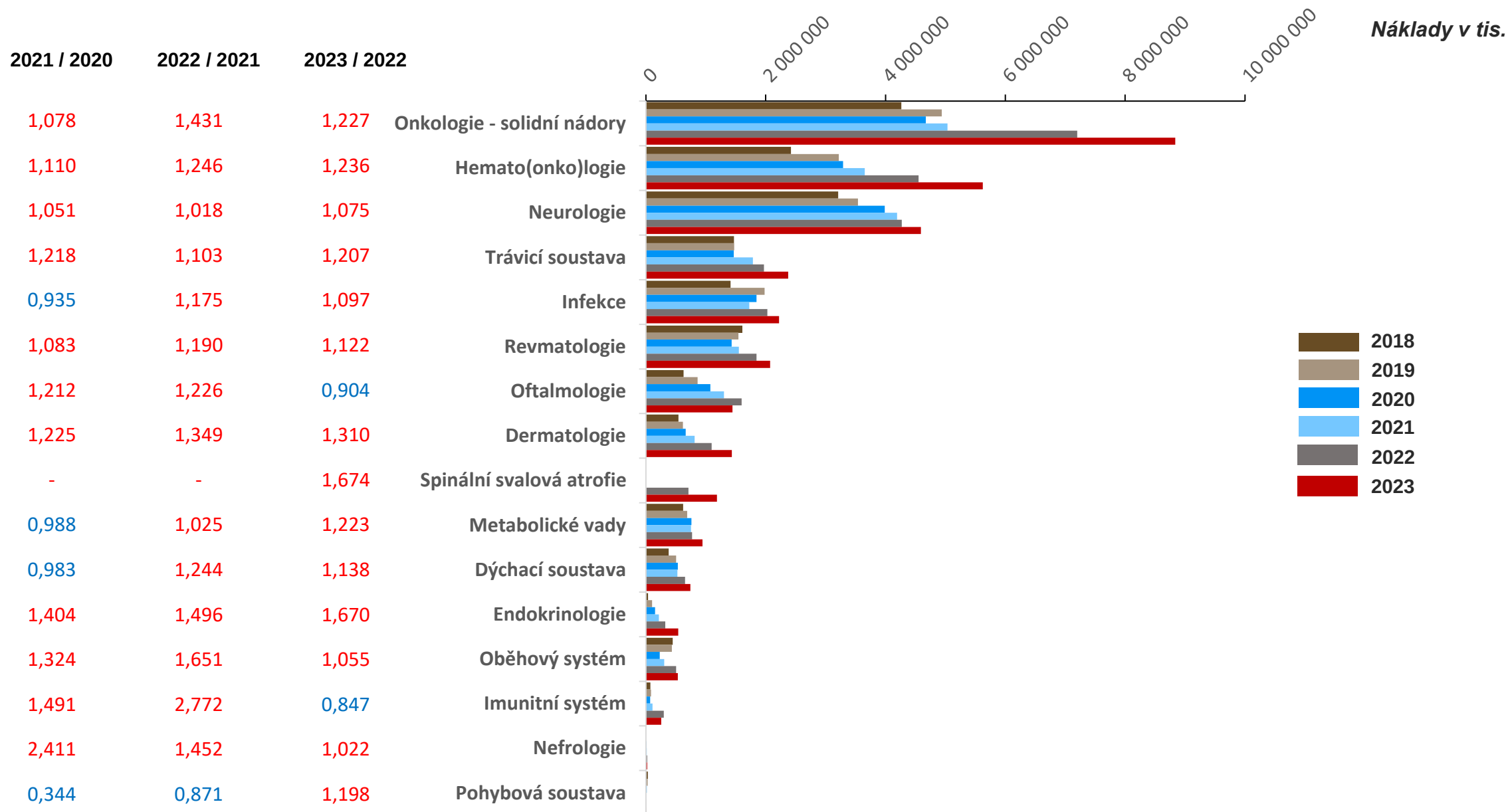
Počet léčených v roce 2023 rostl v relaci k roku 2022 koeficientem 1,15.

Počet pacientoměsíců na léčbě

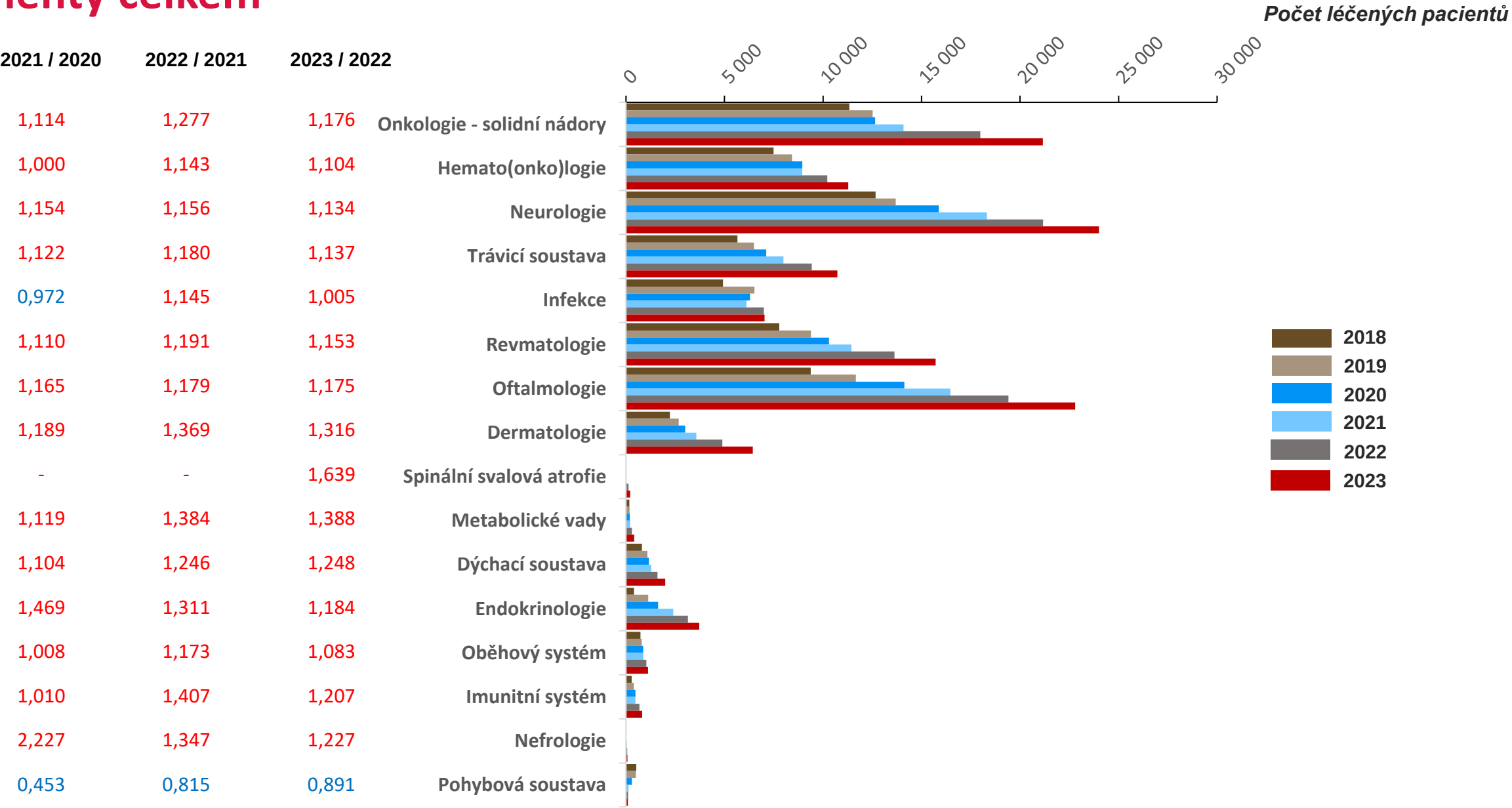


Počet pacientoměsíců na léčbě v roce 2023 rostl v relaci k roku 2022 koeficientem 1,13.

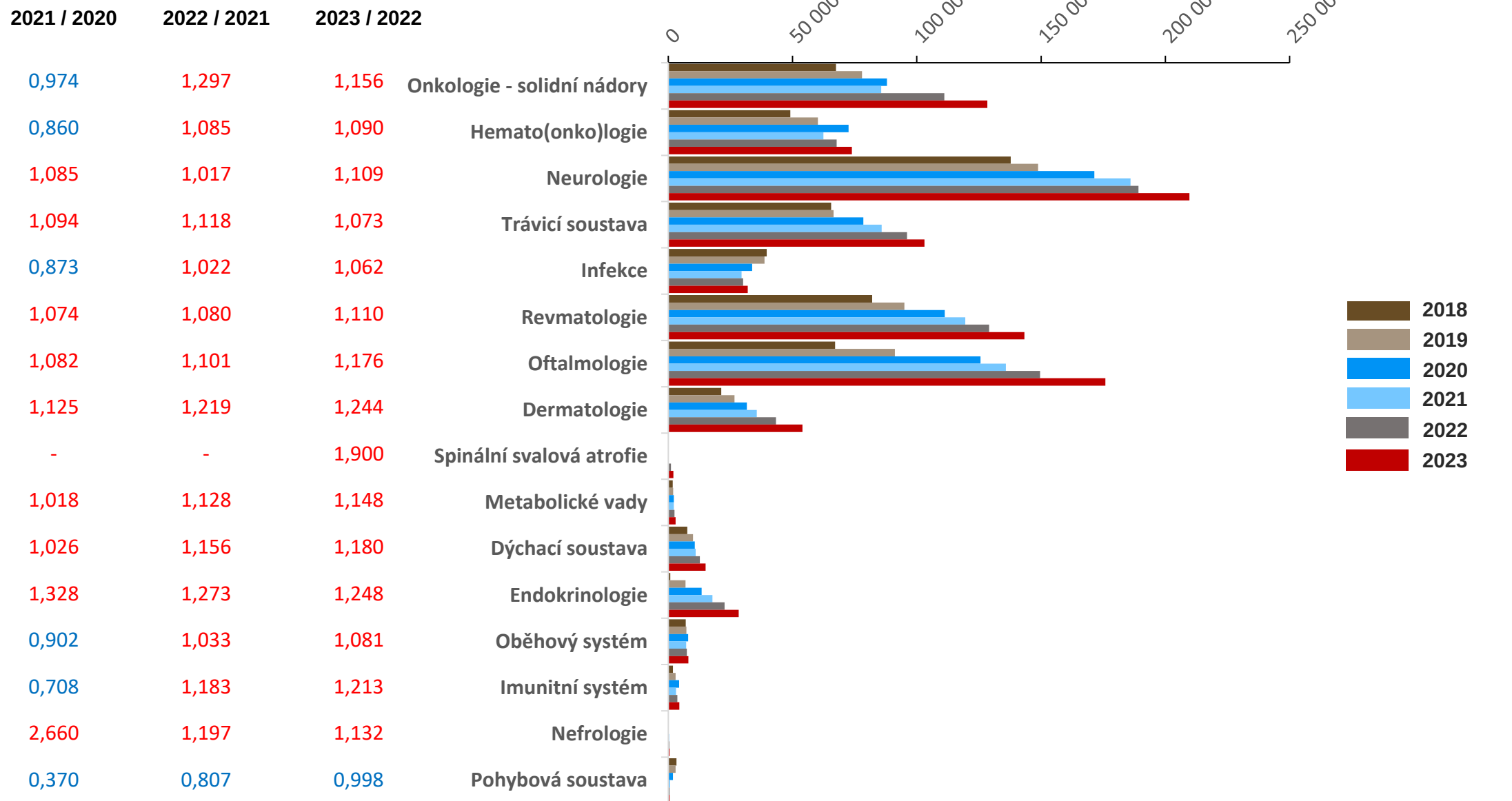
Srovnání vývoje celkových nákladů 2018–2023: segmenty celkem



Srovnání vývoje počtu unikátních léčených pacientů 2018–2023: segmenty celkem



Srovnání vývoje počtu pacientoměsíců na léčbě 2018–2023: segmenty celkem

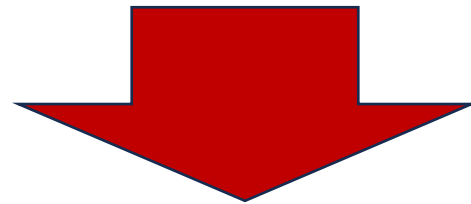


PREDIKCE VÝVOJE SEGMENTU CENTROVÉ LÉČBY: pilotní odhady



Vývoj jednotkových cen léčby

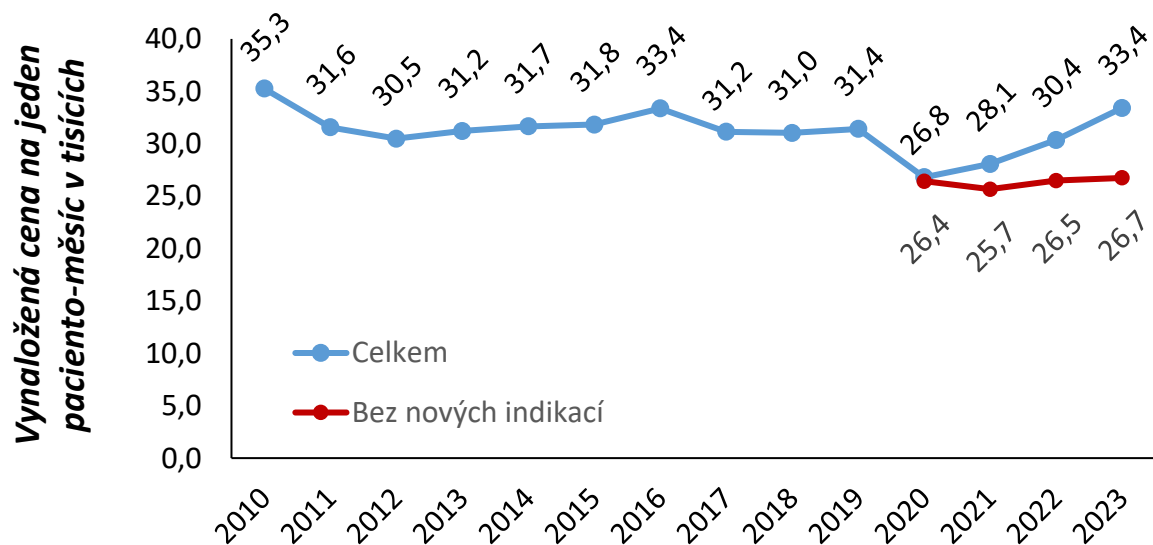
Tak jako v předchozích letech rostou náklady v Kč pomalejším tempem než počet pacientů na léčbě. Na růstu jednotkových nákladů léčby se dominantně podílejí nově nastupující léky a nové indikace léčby. To je hlavním důvodem, proč je koeficient vývoje jednotkových cen (k) používán pro korekci finančních predikcí pouze u segmentů, kde dochází k jeho poklesu ($k < 1$). U ostatních segmentů je případný nárůst cen již zakalkulován ve výstupu z horizon scanningu.



Vývoj jednotkových cen v segmentu centrové léčby: celkem

Zdroj dat: NZIS - NRHZS

Vývoj ceny léčby v přepočtu na jeden měsíc léčby



Celkem	Index poklesu/nárůstu 2018 -> 2023:	1,08
	Průměrná roční změna v období 2018–2023:	+1,52 %
Celkem	Index poklesu/nárůstu 2021 -> 2023:	1,19
	Průměrná roční změna v období 2021–2023:	+9,11 %
Bez nových indikací	Index poklesu/nárůstu 2018 -> 2023:	-13,9
	Průměrná roční změna v období 2021–2023:	-2,8 %

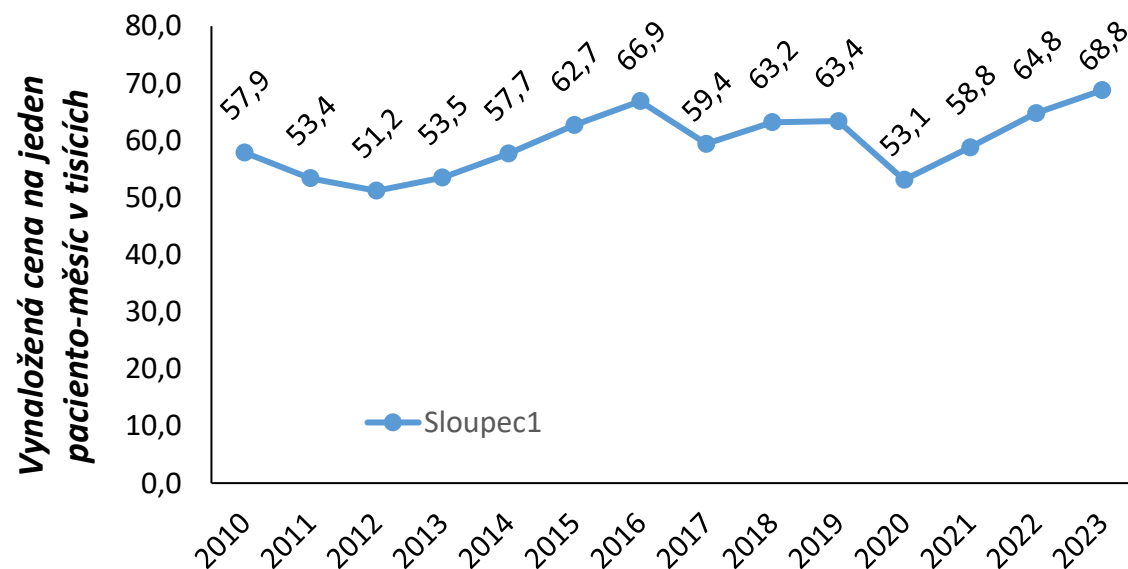
Rostoucí nákladová efektivita se v segmentu centrové léčby projevila od roku 2018 poklesem jednotkových cen léků, což dokládají dále uvedené grafy přepočtem nákladů na jednoho unikátního pacienta a jeden měsíc na léčbě. Takto kalkulované jednotkové náklady (bez vlivu nových indikací a léků) poklesly od r. 2018 v celé kategorii centrové léčby o cca 13,9 %, což představuje průměrný roční pokles o 2,8 %.

Vývoj jednotkových cen za jeden měsíc léčby

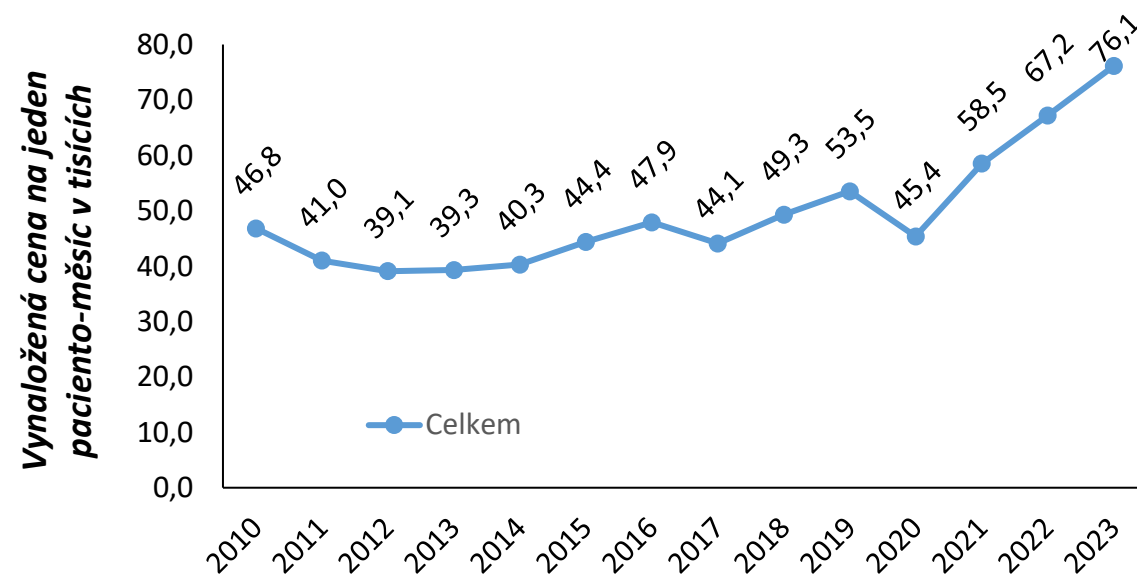
Zdroj dat: NZIS - NRHZS

Příklady segmentů s významným nárůstem nových indikací léčby, které zvyšují jednotkové ceny

SOLIDNÍ NÁDORY DOSPĚLÝCH



HEMATOONKOLOGIE



Index poklesu/nárůstu 2018 -> 2023: 1,09
Průměrná roční změna v období 2018–2023: +2,93 %
Index poklesu/nárůstu 2021 -> 2023: 1,17
Průměrná roční změna v období 2021–2023: +8,19 %

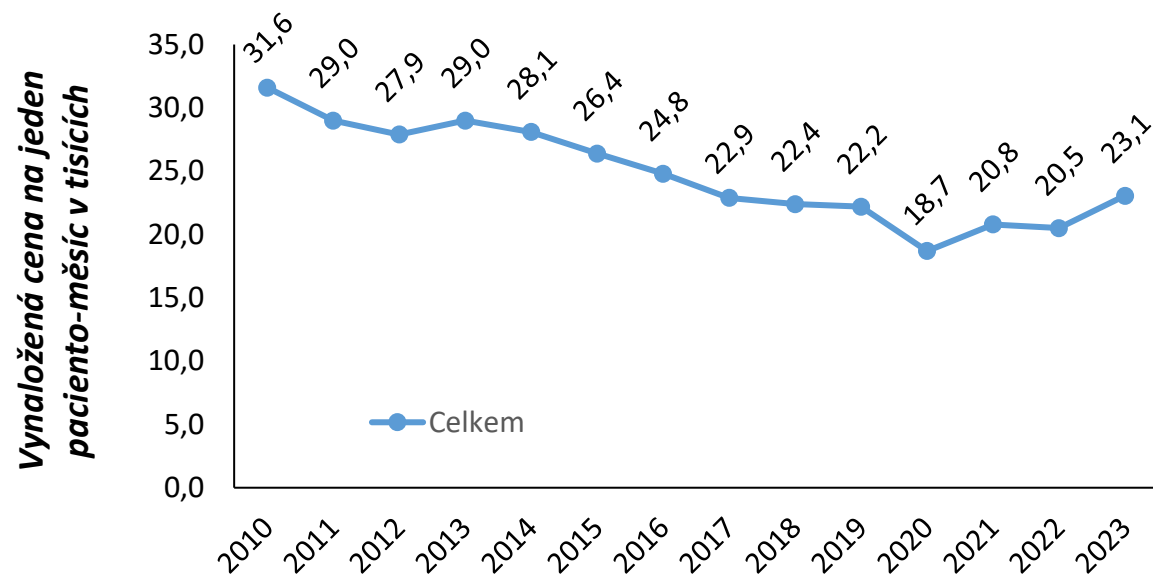
Index poklesu/nárůstu 2018 -> 2023: 1,54
Průměrná roční změna v období 2018–2023: +10,37 %
Index poklesu/nárůstu 2021 -> 2023: 1,30
Průměrná roční změna v období 2021–2023: +14,08 %

Vývoj jednotkových cen za jeden měsíc léčby

Zdroj dat: NZIS - NRHZS

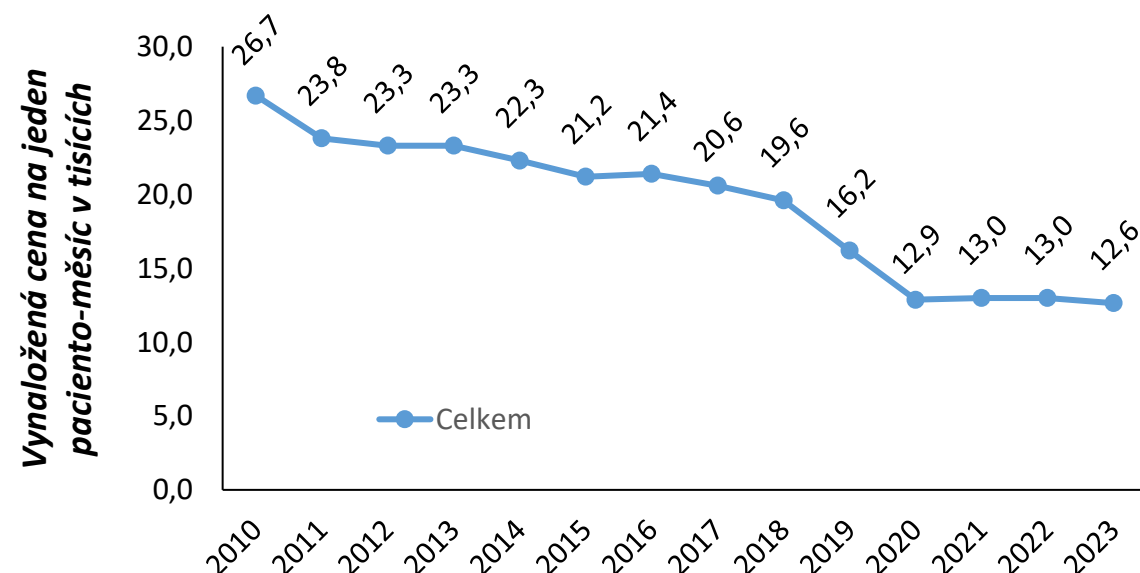
Příklady segmentů s významnou generifikací léčby, která se promítá do poklesu jednotkové ceny

TRÁVICÍ SOUSTAVA



Index poklesu/nárůstu 2018 -> 2023:	1,03
Průměrná roční změna v období 2018–2023:	+0,58 %
Index poklesu/nárůstu 2021 -> 2023:	1,11
Průměrná roční změna v období 2021–2023:	+5,53 %

REVMATOLOGIE



Index poklesu/nárůstu 2018 -> 2023:	0,65
Průměrná roční změna v období 2018–2023:	-7,41 %
Index poklesu/nárůstu 2021 -> 2023:	0,97
Průměrná roční změna v období 2021–2023:	-1,36 %

PREDIKCE VÝVOJE SEGMENTU CENTROVÉ LÉČBY DO ROKU 2025

**Výsledné predikce nákladů
v segmentu centrových léků**

Predikce nákladů na centrovou léčbu: stručný souhrn metodiky

Náklady v segmentu centrových léků jsou predikovány na základě dvou klíčových datových vstupů:

1. Data veřejného zdravotního pojištění představující vykázanou a uhrazenou péči centrovými léky
2. Horizon scanning pro nové indikace vycházející ze správních řízení žádostí o stanovení MC a VaPÚ s limitací "S" a expertních vstupů odborných společností

Z dat veřejného zdravotního pojištění vychází:

- Epidemiologická predikce nákladů (*EP*) v segmentu centrových léků počítaná na základě trendu vývoje počtu paciento-měsíců na léčbě za posledních 3-8 let, přičemž délka časového okna je určena dle konzistence trendu v časové řadě. Dle průběhu časové řady jsou případně vynechány odlehlé hodnoty covidového období.
- Jednotková cena na jeden měsíc léčby (*JC*), která je pro jednotlivé roky dána podílem celkových nákladů a celkovým počtem paciento-měsíců na léčbě v daném segmentu v daném roce

$$JC = \frac{\text{celkové náklady v segmentu}}{\text{celkový počet pacientoměsíců v segmentu}}$$

- Dlouhodobý koeficient změny průměrné ceny léčby (*k*) je vypočítán jako průměr indexů nárůstu / poklesu jednotkové ceny na paciento-měsíc *JC* za poslední 3 roky

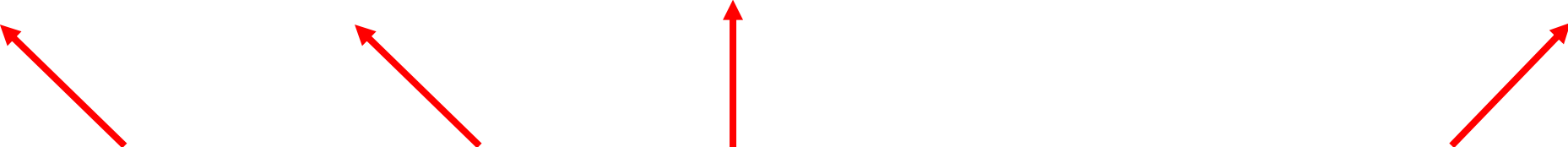
Výsledná predikce nákladů $\hat{X}$ pro daný segment a rok je pak dána následujícím vztahem, kdy *k* epidemiologické predikci (*EP*) je přičten horizon scanning pro nové indikace (*HS*) a aplikován dlouhodobý koeficient změny průměrné ceny léčby (*k*) v případě, že v daném segmentu dochází ke snižování jednotkových cen (tedy $k < 1$).

$$\hat{X} = (EP * k) + HS$$

SOUHRNNÁ predikce nákladů na centrovou léčbu

Kumulativní model 2021 -> 2022 -> 2023 -> 2024 -> 2024 -> 2025

Náklady (tis. Kč)				
Reálné náklady 2022	Reálné náklady 2023	Predikce nákladů pro rok 2024	Horizon scanning 2025 (nové indikace)	Predikce nákladů pro rok 2025 (včetně HS)
27 623 058	32 112 245	35 511 822	2 119 780	40 759 689



Vývoj celkových nákladů v segmentu centrové léčby se vyvíjí podle progresivního modelu (rostoucí prevalence léčených a vysoký počet nových indikací). Realita dosavadního vývoje tyto predikce potvrzuje, pro rok 2025 je nutné počítat s celkovými náklady vyššími než 40,8 mld. Kč.

SOUHRNNÁ predikce nákladů na centrovou léčbu

Kumulativní model 2022 -> 2023 -> 2024 -> 2025

Segment (seřazeny dle nákladů 2023)	Náklady (tis. Kč)						
	Reálné náklady 2022	Reálné náklady 2023	Predikce nákladů pro rok 2024 ⁽²⁾	Epidemiologická predikce vývoje nákladů: 2025	Horizon scanning 2025 (nové indikace) (1)	Predikce nákladů pro rok 2025 ⁽²⁾	Predikovaná relativní změna (včetně HS) 2025 vs. 2023
Onkologie - solidní nádory	7 200 869	8 836 854	10 625 488	11 803 306	1 026 020	12 711 292	43,84%
Hemato(onko)logie	4 549 913	5 622 791	6 138 593	6 683 993	50 480	6 734 473	19,77%
Neurologie 1	592 844	765 970	938 701	1 150 385	0	1 150 385	50,19%
Neurologie 2 - RS	3 672 661	3 819 918	3 938 296	4 114 791	0	4 087 476	7,00%
Infekce	2 599 349	2 794 125	2 966 859	3 150 271	54 850	3 205 121	14,71%
Trávicí soustava	1 927 003	2 318 864	2 487 988	2 669 446	0	2 669 446	15,12%
Revmatologie	1 847 073	2 072 104	2 207 538	2 551 892	0	2 449 816	18,23%
Oftalmologie	1 595 951	1 443 376	1 272 972	1 995 887	0	1 496 915	3,71%
Dermatologie	1 095 277	1 434 554	1 516 899	2 220 027	0	1 887 023	31,54%
Metabolické vady	770 509	942 685	1 282 826	1 241 319	603 770	1 547 172	64,12%
Dýchací soustava 1	262 157	296 999	371 662	465 095	0	465 095	56,60%
Dýchací soustava 2	316 821	357 343	353 175	403 580	0	375 329	5,03%
Oběhový systém	503 780	531 728	548 133	621 183	189 430	781 879	47,04%
Endokrinologie	38 194	192 694	240 494	300 152	0	300 152	55,77%
Imunitní systém	299 806	253 795	307 807	373 314	0	373 314	47,09%
Ostatní	350 852	428 445	314 391	470 813	195 230	524 799	22,49%
CELKEM	27 623 058	32 112 245	35 511 822	40 215 453	2 119 780	40 759 689	26,93%

(1) Teoretický maximální dopad HS na predikci v daném roce.

(2) Korekce na jednotkové ceny léčiv a vliv generifikace léků; korekce je aplikována na bazální epidemiologickou predikci v segmentech, kde dochází k poklesu jednotkové ceny léků.

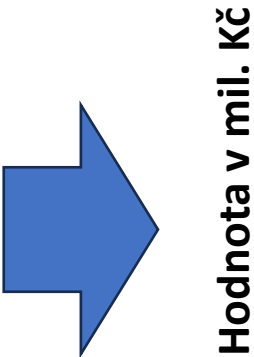
Skupina **Ostatní** zahrnuje osteoporózu LP TERIPARATID ATC: H05AA02, SKS (syndrom krátkého střeva) LP REVESTIVE ATC: A16AX08, HYL (hypolipidemika) LP PRALUENT ATC: C10AX14, POL (polycystická choroba ledvin) LP JIRNAC ATC: C03XA01.

SOUHRNNÁ predikce nákladů LP genové a buněčné terapie

Segment (seřazeny dle nákladů 2023)	Náklady (tis. Kč)			
	Reálné náklady 2022	Reálné náklady 2023	Predikce nákladů pro rok 2024	Predikce nákladů pro rok 2025
Cystická fibróza	74 092	74 222	98 879	104 730
SMA – mimo Zolgensma*	708 943	1 186 855	1 252 842	1 691 314
Zolgensma	402 000	521 600	550 600	743 300
Kymriah	267 000	244 200	116 000	104 400
Abecma	0	0	51 000	102 000
Yescarta	147 000	616 200	360 200	324 200
Tecartus	45 000	167 000	99 200	89 300
Carvykti				1 084 000
Buněčná terapie	71 000	104 000	72 000	78 000

Výše uvedené odhady nákladů u jednotlivých přípravků genové a buněčné terapie jsou pouze přibližné, u těchto technologií se předpokládá výkonová, individuálně schvalovaná, indikace a systém úhrad. Souhrnné aktuální modely predikují v tomto segmentu celkový dopad do rozpočtu ve výši cca 2 606 mil. Kč v roce 2025. Modely korigují dostupná reálná data o úhradách a počítají s maximálními cenami stanovenými rozhodnutím SUKL od 2022 (změna cenové regulace u moderní terapie).

* NUSINERSEN, RISDIPLAM



Hodnota v mil. Kč



STRATEGICKÉ ANALÝZY POTŘEB RESORTU ZDRAVOTNICTVÍ:

Koncepce podložená dostupnými daty



Přednáška, Praha, 13. června 2024



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic

Dokument je analyticky
podloženým návrhem
KONCEPCE nezbytných
kroků a opatření, které
mají potenciál zajistit
udržitelnost plně
solidárního systému
v.z.p.

Verze 1.0

STRATEGICKÉ ANALÝZY POTŘEB
REZORTU ZDRAVOTNICTVÍ
– KONCEPCE PODLOŽENÁ DOSTUPNÝMI DATY



Praha, 20. dubna 2024

KONCEPCE je rozdělena do 10 kapitol

- **Kapitola I. Prevence a veřejné zdraví**
 - Důraz na zlepšení zdravotního stavu populace, podpora prevence ve všech jejích formách
- **Kapitola II. Dostupnost, kvalita a standardizace péče**
 - Zásadní krok k posílení kvality péče: ustavení Národního institutu kvality a excelence zdravotnictví (NIKEZ)
- **Kapitola III. Modely organizace péče.**
 - Optimalizace struktury sítě lůžkových zařízení, zvládnutelná míra centralizace. Podpora dlouhodobé a ošetrovatelské péče.
- **Kapitola IV. Ekonomika a optimalizace úhrad**
 - Optimalizace systému úhrad a důsledné využívání nového systému CZ-DRG v akutní lůžkové péči
- **Kapitola V. Léková politika**
 - Zajištění dostupnosti léčiv, cenová a úhradová regulace léčivých přípravků

KONCEPCE je rozdělena do 10 kapitol

- **Kapitola VI. Zajištění personálních kapacit**
 - Kapacity a vzdělávání lékařů
- **Kapitola VII. Zajištění personálních kapacit**
 - Kapacity a vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků
- **Kapitola VIII. Elektronizace**
 - Vybrané aspekty budování systému eHealth
- **Kapitola IX. Legislativa a dotační politika**
 - Legislativa a dotační politika jako nástroj změny
- **Kapitola X. Komunikace**
 - Dostupnost informací pro občany, posílení zdravotní gramotnosti

KONCEPCE navazuje na již dříve připravené strategie a opatření, zejména respektuje priority Programu ZDRAVÍ 2030 ...



- ✓ Organizace péče
- ✓ Dostupnost a kvalita péče
- ✓ Klinické doporučené postupy
- ✓ Systémy integrované péče
- ✓ Kompetenční a vzdělávací plány
- ✓ Udržitelné financování péče

.... s významnou podporou mezinárodní spolupráce



České (středoevropské) Centrum
Evidence-Based Healthca re
Centrum Excellence JBI



Cílem je aktualizovat KONCEPCI jako živý dokument

Dokument počítá s
průběžným doplňováním
a aktualizacemi

Verze 1.0
Duben 2024

Vyzvané odborné recenze
Široká diskuze s odbornou veřejností

Verze 2.0
Červenec 2024

KONCEPCE byla k 3.5. 2024 vydána i jako „e-book“ v podobě, která umožní interaktivní komunikaci s čtenáři a uživateli -> a tedy její průběžné aktualizace a případné doplňování



<https://www.nzip.cz/koncepce2025>

STRATEGICKÉ ANALÝZY POTŘEB RESORTU ZDRAVOTNICTVÍ: KONCEPCE PODLOŽENÁ DOSTUPNÝMI DATY

Cílem této publikace je předložit analyticky podložený rozbor stavu českého zdravotnictví v kapitolách zásadních pro jeho udržitelnost a další rozvoj. Analytická část jednotlivých kapitol je pojata stručně a nesměřuje ke komplexnímu podchycení všech aspektů dané problematiky, spíše se zaměřuje na identifikaci slabých míst a potenciálních rizik. V návaznosti na to je v každé kapitole doplněn výčet konkrétních kroků a realizovaných, resp. nutných opatření. Na závěr každé kapitoly je stručně shrnut cílový stav a dosažitelné výsledky s výhledem do roku 2025/2026. Formát elektronické publikace umožní snadnou a potřebnou aktualizaci analytických podkladů a rovněž flexibilní zpravodajství o již splněných cílech a dosažených výstupech. Registrovaní uživatelé se mohou přihlásit k odběru zpráv o aktualizacích a úpravách. Každá sekce portálu nadto umožňuje zadávání zpětné vazby a námětů od čtenářů a uživatelů, čímž se dokument hlásí k otevřené odborné diskusi a případnému průběžnému doplňování.



Registrace k odebírání aktualizací

Editoři:

Válek Vlastimil, prof., MUDr. CSc., MBA, EBIS; Dušek Ladislav, prof., RNDr., Ph.D.

Kolektiv autorů (abecedně):

Bartůňková Markéta, Ing.; Blaha Milan, Ing. Ph.D.; Dušek Ladislav, prof., RNDr., Ph.D.; Dvořáček Jakub, Mgr.; Foltýn Petr, Bc.; Fošum Matyáš, Mgr.; Grygarová Kateřina, Mgr., Bc.; Hejduk Karel, PhDr.; Chloupková Renata, Mgr.; Jarkovský Jiří, RNDr., Ph.D.; Klimeš Daniel, RNDr., Ph.D.; Klugar Miloslav, PhDr., Ph.D.; Komenda Martin, RNDr., Ph.D.; Macková Barbora, MUDr.; Máječek Ondřej, RNDr., Ph.D.; Maříková Irena, MUDr., MBA; Michálek Jan Ing.; Ngo Ondřej, Mgr.; Pavlík Tomáš, RNDr., Ph.D.; Pavlovic Josef Bc.; Pláteník Václav, MA, MLL; Polícar Radek, JUDr.; Repko Martin, doc., MUDr., Ph.D.; Rögnerová Helena, Ing.; Rovný Daniel, Ing.; Slabý Ondřej, prof. RNDr., Ph.D.; Soukupová Jitka, RNDr.; Strnadová Alice, Mgr., MBA; Svačina Štěpán, prof., MUDr., DrSc., MBA; Svobodová Ivana, Mgr.; Škampová Venuše, Ing., Mgr.; Těšítelevá Vladimíra, JUDr., Mgr., LL.M.; Troch Tomáš, Mgr.; Válek Vlastimil, prof., MUDr. CSc., MBA, EBIS; Velík Jakub, PharmDr., Ph.D.; Zapletal Jan, Mgr.; Zvolský Miroslav, MUDr.

Kompletní textová část
koncepce ke stažení

Otevřít soubor (pdf, 2.4 MB)

Přihlášení k odběru aktualizací

Otevřít formulář

Odeslání zpětné vazby a námětů
ke Konceptu

Otevřít formulář

Odesílání komentářů,
námětů, diskuze

Jednotlivé kapitoly
včetně příloh

Úvod	+
1. Prevence a veřejné zdraví	+
2. Dostupnost, kvalita a standardizace péče	+
3. Modely organizace péče	+
4. Ekonomika a optimalizace úhrad	+
5. Léková politika	+
6. Kapacity a vzdělávání lékařů	+

<https://www.nzip.cz/koncepce2025>

Jednotlivé kapitoly obsahují jednak textovou část a dále analytické přílohy a další podklady, typicky v podobě využitelných „slide-shows“.

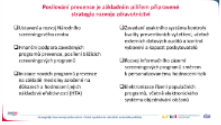
Úvod +

1. Prevence a veřejné zdraví +

Plný text kapitoly (pdf, 320 kB) [Odeslat zpětnou vazbu, námět](#)

Realizované kroky Cíle do roku 2025 Přílohy

Analytická a datová příloha

Přílohy ke stažení

Příloha 1.
Analytická a datová příloha
[Otevřít přílohu \(pdf, 4,8 MB\)](#)

Příloha 2.
Přehled preventivních programů
[Otevřít přílohu \(pdf, 1,8 MB\)](#)

2. Dostupnost, kvalita a standardizace péče +

3. Modely organizace péče +

4. Ekonomika a optimalizace úhrad +

Plný text kapitoly (pdf, 250 kB) [Odeslat zpětnou vazbu, námět](#)

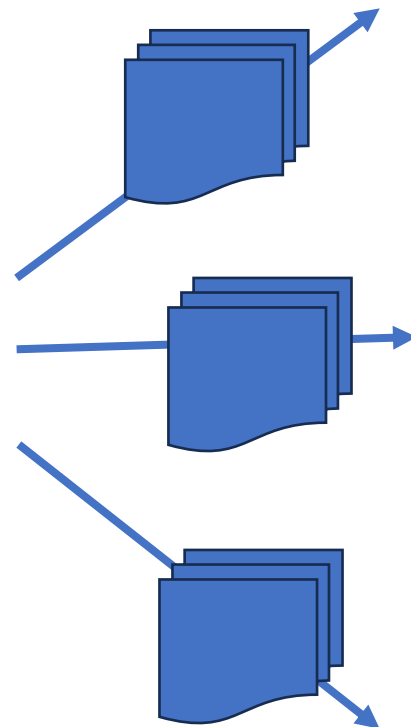
Realizované kroky Cíle do roku 2025 Přílohy

5. Léková politika +

Analytické studie programu Zdraví 2030:
**Strategické analýzy potřeb
resortu zdravotnictví**

Struktura kapitol

Struktura kapitol dokumentu



Stručný rozbor aktuálního stavu s cílem popsat zejména rizika a slabá místa

Výčet již realizovaných kroků Cíle do roku 2025/2026

Analytické přílohy
Přehledy agend a projektů

Konkrétní realizované kroky a cíle vycházejí z nastavených priorit

Příklad kapitola 4

/ekonomika a optimalizace úhrad/

Optimalizace úhrad z veřejného zdravotního pojištění a systémové změny.

1. Podpora jednodenní péče

- Pilot v roce 2023; pro rok 2024 rozšíření odborností a výkon,
- Nastavení úhrad vychází z exaktní kalkulace dle CZ-DRG
- Podpora jednodenní péče v nemocnicích – v rámci akutní lůžkové péče

2. Podpora péče o děti

- Ve všech ambulantních segmentech nové bonifikační výkony
- Vyčlenění dětské péče z ambulantního paušálu nemocnic

3. Podpora paliativní péče

- Rozvoj paliativních týmů nemocnic
- Rozvoj kamenných i domácích hospiců

4. Podpora péče o duševní zdraví

- Podpora transformace lůžkové psychiatrické péče
- Vyšší růst pro psychiatry, psychology, obzvláště u péče pro děti

5. Podpora sociálně-zdravotního pomezí

- Sociálně-zdravotní pomezí je jednou z priorit pro rok 2024
- Navýšení podílu financí plynoucích od pojišťoven oproti podílů z rozpočtu MPSV

6. Podpora péče po standardní pracovní době

- Nový úhradový model pro urgentní příjmy
- Nové bonifikační výkony za práci v noci, o víkendu a ve svátek; podpora LPS

7. Podpora prevence

- Navýšení úhrad primární péče – praktičtí lékaři, stomatologové
- Podpora screeningů + nové screeniny ZN prostaty a štítné žlázy

Ukázka výčtu realizovaných kroků, cílů opatření */Kapitola 4. Ekonomika a optimalizace úhrad/*

1) Institucionální a systémové změny

a) Předvídatelnost a stabilita financování zdravotnictví

- Automatická valorizace platby za státní pojištěnce – návaznost na inflaci a růst reálné mzdy
- Částečné úpravy přerozdělení – narovnání přerozdělení za mimořádně nákladné pojištěnce

b) Podpora dohodovacího řízení

- Publikace oficiální příjmové predikce zdravotnictví
- Každoroční deklarace úhradových priorit resortu
- Inicie diskuse o víceletém financování

2) Vyšší efektivita zdravotnictví

a) Podpora jednodenní péče

- Pilot v roce 2023; pro rok 2024 rozšíření odborností a výkonů, spolupráce s odbornými společnostmi, poskytovateli i pojišťovnami
- Nastavení úhrad vychází z exaktní kalkulace dle CZ-DRG, motivuje k provádění v jednodenním režimu
- Podpora jednodenní péče i v nemocnicích – v rámci akutní lůžkové péče zaručen plynulý přechod mezi úhradou jednodenní péče a vícedenní péčí

b) Podpora prevence a primární péče

- Navýšení úhrad primární péče – praktičtí lékaři, stomatologové
- Podpora screeningů + nové screeniny nádorů prostaty a štítné žlázy

c) Odstraňování úhradových nerovností

- Sbližování základních sazeb CZ-DRG
- Navyšování podílu péče hrazené jednotnou základní sazbou dle reálných nákladů
- Snižování historických nerovností ve financování ambulancí a urgentních příjmů

d) Centralizace vysoce specializované péče

- Nová metodika center vysoce specializované péče (CVSP)
- Koncentrace péče do CVSP, úhradové motivace
- Podpora center pro vzácná onemocnění (ERN)

e) Podpora a optimalizace systému CZ-DRG

- Podpora a rozvoj referenční sítě DRG
- Řešení nákladových heterogenit a výjimek
- Nová pravidla pro vysoce specializované poskytovatele
- Zkracování čekacích dob, nastavení správných motivací

Ukázka výčtu realizovaných kroků, cílů opatření

/Kapitola 4. Ekonomika a optimalizace úhrad/

3) Lepší dostupnost péče

a) Podpora péče o děti

- Ve všech ambulantních segmentech nové bonifikační výkony pro děti
- Podpora dětské psychiatrie, psychologie, stomatologie a praktických lékařů pro děti a dorost
- Úhradová deregulace péče o děti

b) Podpora péče o duševní zdraví

- Podpora transformace lůžkové psychiatrické péče – vznik akutních lůžek, transformace následných lůžek
- Úhradová podpora všech typů péče o duševní zdraví
- Podpora telemedicíny

c) Podpora péče po standardní pracovní době

- Nový úhradový model pro urgentní příjmy
- Nové bonifikační výkony za práci v noci, o víkendu a ve svátek; podpora LPS

d) Reforma stomatologie

- Práce nové expertní skupiny, výstupy promítnuty v novele zákona a ve změnách úhrad
- Významné navýšení úhrad, podpora moderních metod
- Podpora endodoncie, ortodoncie a prevence

e) Podpora moderních a inovativních léčebných metod

- Úhrada robotických výkonů a dalších moderních metod
- Úhrada moderních lékových terapií, široká dostupnost léčby
- Úhrada genové terapie a léků na vzácná onemocnění

4) Vyšší zaměření péče na potřeby pacientů („patient-centered care“)

a) Podpora paliativní péče

- Rozvoj paliativních týmů nemocnic
- Rozvoj kamenných i domácích hospiců
- Integrace se sociálně-zdravotním pomezím a péčí o duševní zdraví

b) Podpora sociálně-zdravotního pomezí

- Posílení financování péče v pobytových sociálních zařízeních, podpora integrace péče
- Nové modely financování sociálně-zdravotní péče – agregované výkony

c) Podpora následné, domácí a geriatrické péče

- Lepší průchodnost pacienta systémem
- Podpora navýšování kapacit následné a domácí péče
- Systém bonifikací pro zajištění vysokého kvalitativního standardu
- Nová koncepce geriatric

Analytické studie programu Zdraví 2030:
**Strategické analýzy potřeb
resortu zdravotnictví**

Hlavní obsahové priority

Priorita 1.

Důraz na prevenci a zlepšení zdraví obyvatel = delší život ve zdraví

Jsou posilovány všechny běžící preventivní programy a screeniny tak, aby byly pro občany plně dostupné, bezplatné, kvalitní a bezpečné.

Vedle systému kontroly kvality je připravován elektronický systém centrálních objednávek na vyšetření a plně elektronizovaný systém pro management programů prevence.

Je pilotováno více než 20 nových programů prevence, k nimž je ihned připravován systém hodnocení výkonnosti, kvality a nákladové efektivnosti.

Do praxe jsou uváděny nové programy, např. prevence obezity u dětí nebo plně hrazený screening nádorů prostaty u mužů – ten ČR zavedla jako 1. stát EU.



Posilování prevence je základním pilířem připravené koncepce rozvoje zdravotnictví

- ❑ Ustavení a rozvoj **Národního screeningového centra**
- ❑ Finanční podpora zavedených programů prevence, **posílení běžících screeningových programů**
- ❑ **Iniciace nových programů** prevence na základě medicíny založené na důkazech a **hodnocení jejich nákladové efektivity** (HTA)
- ❑ **Zavedení exaktního systému kontroly kvality** preventivních vyšetření, včetně externích datových auditů a kontrol vybavení a kapacit poskytovatelů
- ❑ **Rozvoj informačního zázemí** screeningových programů směrem k personalizovanému hodnocení rizik
- ❑ **Elektronizace řízení** populačních programů, včetně elektronického systému objednávání občanů

Národní screeningové centrum

Naším cílem je dopomoci odhalit vážná onemocnění včas a zlepšit tak vaše zdraví

[Konference](#)[Knowledge hub](#)[Více o nás](#)

Informační servis pro občany



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



KARCINOM PLIC
PROGRAM ČASNÉHO ZÁCHYTU

[O programu](#) [Pro lékaře](#) [Kontakt](#)

Hledat

www.prevenceproplice.cz

Program časného záchytu karcinomu plic

Rakovina plic je zákeřné onemocnění: dlouhou dobu může být bez jakýchkoliv projevů a pacienti tak často přicházejí k lékaři ve stadiu, kdy se nádor nedá účinně léčit. Řešením, jak situaci zlepšit, je odhalit nádor včas. To je také cíl programu časného záchytu karcinomu plic: chceme aktivně **vyhledávat rizikové pacienty**, kteří podstoupí preventivní **CT** (výpočetní tomografie) **vyšetření s nízkou dávkou záření**. Vyšetření není nijak náročné a už během několika minut dokáže odhalit nádor.



Mapa radiologických a plicních pracovišť



Pro koho je program určen?



Kde a jak program probíhá?



Financováno
Evropskou unií
NextGenerationEU



KARCINOM PROSTATY
PROGRAM ČASNÉHO ZÁCHYTU

[O programu](#) [Pro lékaře](#) [Kontakt](#)

Hledat

www.prostascreening.cz

Program časného záchytu karcinomu prostaty

Rakovina prostaty je nejčastějším zhoubným nádorem mužů (kromě nemelanomových kožních nádorů). Každý rok onemocní tímto nádorem v ČR okolo **8 000 mužů**, což je téměř třikrát více než před přibližně 20 lety, a přibližně 1 500 mužů ročně na rakovinu prostaty umírá.



Mapa pracovišť



Pro koho je program určen?



Kde a jak program probíhá?

Portály screeningových programů



[Pro veřejnost](#) [Pro lékaře](#) [Kontakt](#)

Hledat

www.mamo.cz

Epidemiologie karcinomu prsu

[Česká republika](#) [Mezinárodní srovnání](#)



Rychlé volby



Mapa screeningových center - kontakty



Chci se nechat vyšetřit



[Pro veřejnost](#) [Pro lékaře](#) [Kontakt](#)

Hledat

www.kolorektum.cz

Epidemiologie a výsledky screeningu kolorektálního karcinomu

[Česká republika](#) [Mezinárodní srovnání](#) [Analýza výkonnosti screeningu](#)



Rychlé volby



Mapa screeningových center - kontakty



Chci se nechat vyšetřit



[Pro veřejnost](#) [Pro lékaře](#) [Kontakt](#)

Hledat

www.cervix.cz

Epidemiologie a výsledky screeningu karcinomu děložního hrdla

[Česká republika](#) [Mezinárodní srovnání](#)



Rychlé volby



Dostala jste pozvánku na vyšetření?



Chci se nechat vyšetřit

KONFERENCE PROSTAForum 2022

- ZN prostaty: jedna z **nejčastějších příčin úmrtí** u mužů a **trojnásobné rozdíly mezi státy EU**
 - Rozšířený, ale **neefektivní šedý screening**
 - Účinnost **organizovaného** screeningu: **až 50 % snížení mortality** u účastníků
 - **Redukce overdiagnosis** nesignifikantních nádorů prostřednictvím **MRI**
 - **Navržena individualizovaná strategie dle doporučení EAU**
- ALE
- **Potřeba náležité infrastruktury**, školení, zajištění kvality, kapacity
 - Management časných nádorů prostaty a **prevence overtreatment**



Májek O, Babjuk M, Roobol MJ, Bratt O, Van Poppel H, Zachoval R, Ferda J, Koudelková M, Ngo O, Gregor J, Collen S. How to follow the new EU Council recommendation and improve prostate cancer early detection: the Prostaforum 2022 declaration. European Urology Open Science. 2023 Jul 1;53:106-8.

[Pražská deklarace Prostafora prostaforum.uzis.cz](https://prostaforum.uzis.cz)

- Implementovat nové doporučení Rady EU
- Rychlá dostupnost nových technologií
- Posoudit nové technologie v populačních programech
- Podpora evropských klinických doporučených postupů Evropskou komisí
- Podpora národních akcí Evropskou komisí
- Sdílení správné praxe a výsledků pilotních studií v evropských zemích
- Podpora všech fází výzkumu

Nová strategie posílení prevence vážných onemocnění zahrnuje pilotní testování a ověřování více než 20 nových populačních programů.

**Zcela zásadním programem zaměřeným na prevenci obezity u dětí bude startující
program BUĎ FIT 24.**

Jde o preventivní program zaměřený na posílení sportu a pohybové aktivity u dětí.

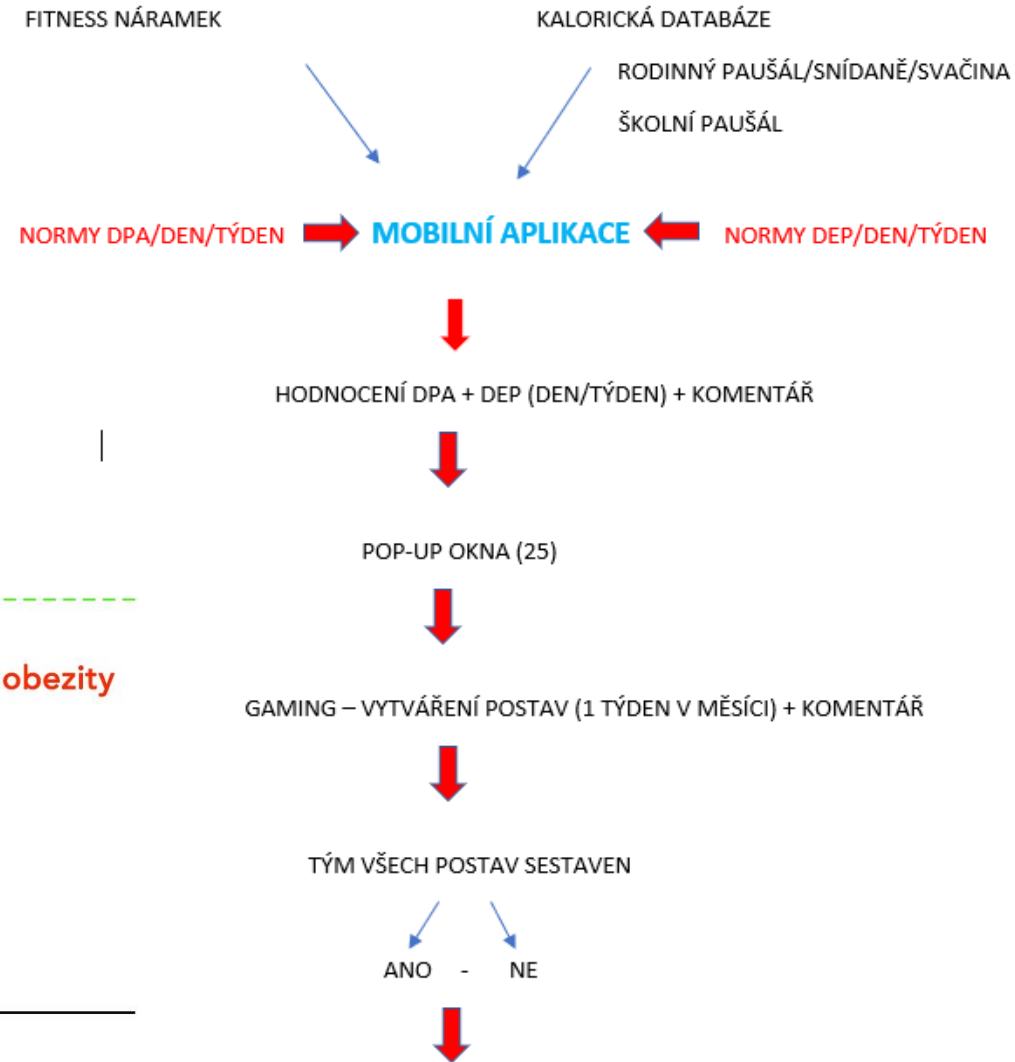
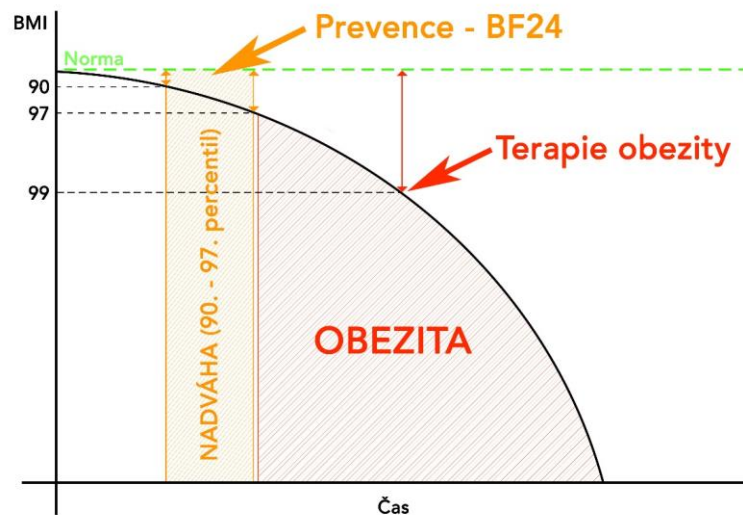
**Tento projekt již získal významnou podporu z grantových zdrojů EU
a bude realizován od roku 2024.**



BUĎ FIT 24:

příklad nově připraveného populačního programu primární prevence

- **Cíl: prevence obezity u dětí s nadváhou**
redukce BMI o 5 % za rok
- Projekt financován z OPZ+
- Doba realizace: 1/2024 – 12/2026
- Počet zapojených dětí: 1000
- Technické komponenty:
 - Mobilní aplikace
 - Fitness náramek



Priorita 2.

Důraz personální stabilizaci = podpora nejen lékařů, ale i NLZP

Velmi vážný problém, kde hrozí důsledky dlouhodobé absence plánování v českém zdravotnictví. V důsledku toho je celá řada klíčových profesí ohrožena demografickým stárnutím a odchody do důchodu.

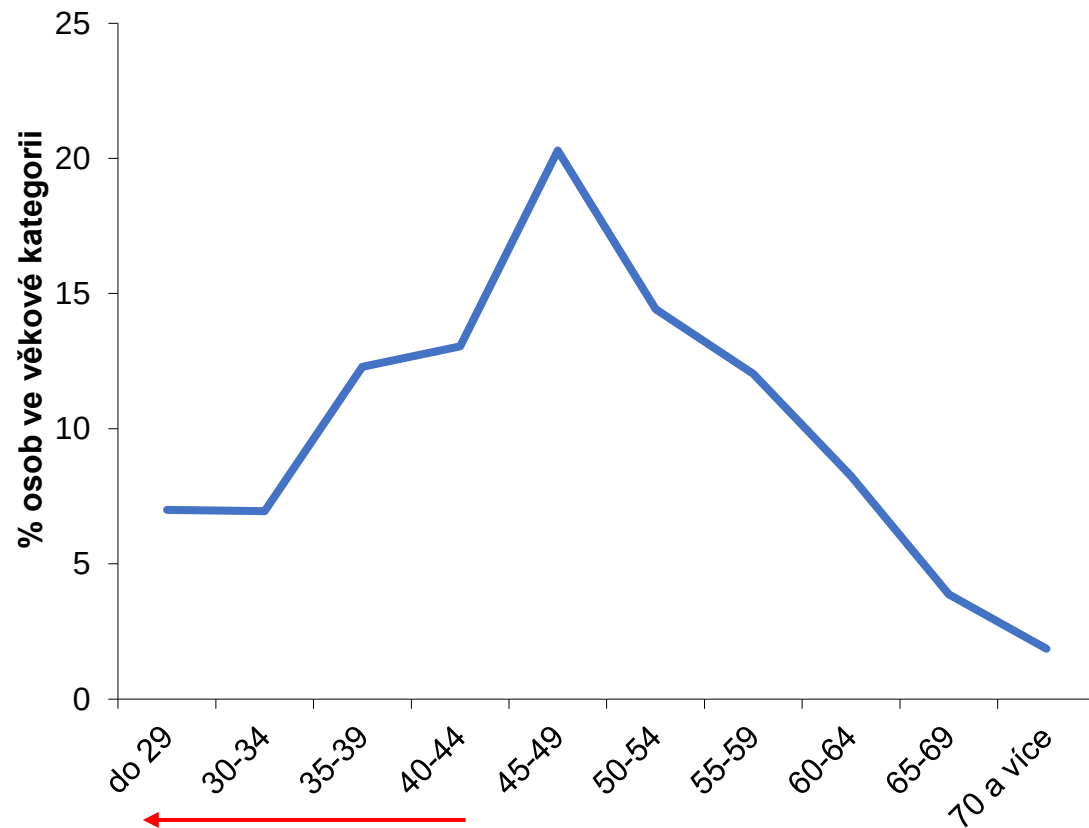
Proto je ve spolupráci MZ a MŠMT připravován vládní program podpory vzdělávání nelékařských profesí, zejména sester. Celkem 17 VŠ vzdělavatelů se připravuje na navýšení kapacit o 20 – 40 %, což by během 10 – 12 let hrozící propad počtu zdravotníků mělo zastavit.



§ 5 Všeobecná sestra: věková struktura v roce 2022

Zdroj: Národní registr zdravotnických pracovníků (NRZP), stav k 31. 12. 2022

Relativní zastoupení jednotlivých věkových tříd



Rizikový nedostatek kapacit krytých
pracovníky ve věku < 40 let

Věk > 60 let:
11 700 ZP (14%)

Věk	N	%
do 29	5 882	7,0 %
30-34	5 847	7,0 %
35-39	10 337	12,3 %
40-44	10 968	13,0 %
45-49	17 062	20,3 %
50-54	12 131	14,4 %
55-59	10 114	12,0 %
60-64	6 939	8,3 %
65-69	3 252	3,9 %
70 a více	1 566	1,9 %
CELKEM	84 098	100,0 %
Průměrný věk	47,0 let	

21 871
ZP

VYBRANÉ PROFESE NLZP S VYSOKOU PRIORITOU PRO POSÍLENÍ KAPACIT

Odbornost

Všeobecná sestra
Dětská sestra
Porodní asistentka

Hlavní důvody výběru

Demografické stárnutí populace všeobecných a dětských sester ohrožující > 30% dostupné kapacity v následujících cca 10 letech. Chybějící stávající kapacity ve výši až 2 500 úvazků a potřeba dalšího navýšení personálních kapacit (1 500 – 3 000 úvazků).

Radiologický asistent

Rizikové demografické stárnutí populace radiologických asistentů ohrožující 21% dostupné kapacity v následujících cca 10 letech. Chybějící kapacity k pokrytí stávající RT infrastruktury a přístrojového vybavení.

Zdravotnický záchranář

Nutnost alespoň částečně kompenzovat ukončení vzdělávání této profese na VOŠ v roce 2019 (výpadek pětileté produkce absolventů ve výši cca 700 ZZ).

Nutriční terapeut

V následné a dlouhodobé péči, v zdravotně sociálních službách, je hlášená úvazková kapacita NT méně než poloviční proti optimálnímu stavu. Chybí minimálně 280 úvazků NT v lůžkové péči a dalších cca 950 úvazků k posílení sociálně zdravotních a komunitních ošetrovatelských služeb, včetně paliativní péče.

VYBRANÉ PROFESE NLZP S VYSOKOU PRIORITOU PRO POSÍLENÍ KAPACIT

Odbornost	Úvazkové požadavky vyplývající z demografických a kapacitních modelů (predikce na 12 let)
Všeobecná sestra Dětská sestra Porodní asistentka	Potřeba výchovy až 30 000 absolventů během cca 10 – 12 let s nejvyšším důrazem na obor Všeobecná sestra.
Radiologický asistent	Demografická a kapacitní potřeba > 1 500 úvazků .
Zdravotnický záchranář	Kapacitní potřeba > 1 700 úvazků + kompenzace ukončení studií na VOŠ (1 600 úvazků).
Nutriční terapeut	Kapacitní potřeba > 1 200 úvazků .

Priorita 3.

Spolupráce zdravotního a sociálního systému

V podstatě nikdy v moderní historii ČR ministerstva zdravotnictví a práce a sociálních věcí skutečně nespolupracovala – naopak mezi nimi často docházelo ke kompetičním sporům.

Od roku 2022 obě ministerstva intenzivně pracují na vybudování společných analytických týmu a na propojení dat ze sociální a zdravotní oblasti. Tento mezíresortní „datový most“ přinese zcela novou kvalitu v řízení a optimalizaci služeb v sociálně zdravotní oblasti.



Priorita 4.

Udržitelnost financování solidárního systému

Důraz na modernizaci, elektronizaci a efektivitu

Personální a ekonomické problémy českého zdravotnictví nelze řešit jen neustálým navyšováním rozpočtů bez modernizace a postupné restrukturalizace. Proto musí být dokončena elektronizace systému a do praxe musí být zaváděny moderní postupy telemedicíny, asistivní technologie, apod. Občané musí získat elektronické nástroje přístupu ke své zdravotnické dokumentaci a k datům o svém zdraví.



KONFERENCE NIKEZ 2024 Základní informace

Pozvánka

- 9. 9.–10. 9. 2024
- O₂ universum, Praha
- 400 účastníků
- Pre-konference Global Evidence Summitu (10.–13. 9. 2024)
- 1. den: Samostatný program (česky)
- 2. den: Program v rámci GESu (anglicky)

GLOBAL EVIDENCE SUMMIT (GES) 2024

Pozvánka

9. 9. 2024 – 13. 9. 2024

Praha kongresové centrum O₂ universum

Předpokládaná účast až 3000 delegátů z celého světa



Děkuji za pozornost