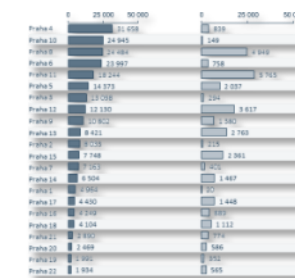
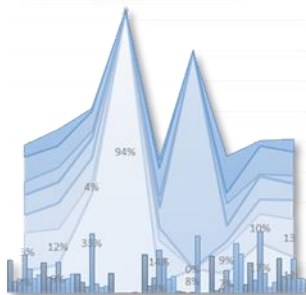
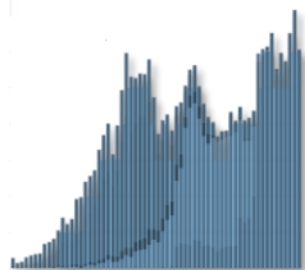


STRATEGICKÝ RÁMEC ROZVOJE PÉČE O ZDRAVÍ V ČESKÉ REPUBLICCE DO ROKU 2030



Prezentace 17.5. 2019



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



„ZDRAVÍ 2030“ – analytická studie



Úvod

– základní přehled stanovených cílů

Základní přehled strategických a specifických cílů

Strategické cíle MZ

- 1. Zlepšení zdravotního stavu populace** (naplnění cíle 1, 2, 4 a 5 Strategického rámce Česká republika 2030)
- 2. Optimalizace zdravotnického systému** (naplnění cíle 2, 3, 4 a 5 Strategického rámce Česká republika 2030)
- 3. Podpora vědy a výzkumu** (naplnění cíle 1 a 3 Strategického rámce Česká republika 2030)

Základní přehled strategických a specifických cílů

Strategický cíl 1 – Zlepšení zdravotního stavu populace

Specifické cíle:

Reforma primární péče

Zvyšování zdravotní gramotnosti a odpovědnosti občanů za vlastní zdraví a rozvoj aktivit primární a sekundární prevence nemocí

Strategický cíl 2 - Optimalizace zdravotnického systému

Specifické cíle:

Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví

Personální stabilizace resortu zdravotnictví

Digitalizace zdravotnictví

Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví

Strategický cíl 3 – Podpora vědy a výzkumu

Specifické cíle:

Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví

„ZDRAVÍ 2030“ – analytická studie

**Významné zdroje dat pro stanovení cílů
a pro provedenou analytickou studii**



Národní zdravotnický informační systém (NZIS) – I.

NZIS je jednotný celostátní informační systém veřejné správy, v němž jsou shromažďovány a zpracovávány údaje ze základních registrů orgánů veřejné správy, ministerstev, od poskytovatelů zdravotních služeb, případně dalších osob předávajících údaje do NZIS. Postup a podmínky správy a přístup k těmto údajům jsou komplexně upraveny v § 70–78 z. č. 372 / 2011 Sb. (z. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování), ve znění pozdějších předpisů a jeho prováděcími předpisy, zejména vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 116/2012 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému, resp. vyhláškou č. 373/2016 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému (s účinností od 1. 1. 2017).

Pro analytickou studii Zdraví 2030 byly využity zejména následující datové zdroje (národní registry – komponenty NZIS):

- **Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS)** jako plošný registr evidující všechny typy poskytovatelů zdravotních služeb a jejich základní charakteristiky. Vedle vlastní evidence registr umožňuje analýzu časových trendů a dynamiky v počtech poskytovatelů. Data jsou aktualizovaná měsíčně.
- **Národní registr zdravotnických pracovníků (NRZP)** je plošnou evidencí všech zdravotnických pracovníků, tedy lékařů i jednotlivých profesí NLZP. Registr obsahuje základní charakteristiky pracovníků jako je věk, pohlaví, získání příslušných odborností a místo působení ve zdravotnictví. Data jsou aktualizovaná měsíčně.
- **Národní registr hrazených zdravotních služeb (NRHZS)** obsahuje data zdravotních pojišťoven v hospitalizační i ambulantní oblasti včetně kompletních dat o vykázaných diagnózách, procedurách a léčbě; v současnosti jsou data k dispozici v letech 2010–2018.
- **Národní registr hospitalizovaných (NRHOSP)** je celoplošným populačním registrem, kde jsou evidovány hospitalizace na lůžkových odděleních, které byly ve sledovaném období ukončeny. Data jsou k dispozici od roku 1994 do roku 2018, plný rozsah sledovaných údajů pak v letech 2007–2018.
- **List o prohlídce zemřelého (LPZ)** je základním zdrojem informací o každém úmrtí. Bezodkladně po prohlídce zemřelého jej vyplňuje prohlízející lékař, který kromě základních socio-demografických charakteristik zaznamenává také posloupnost příčin vedoucích ke smrti (od roku 1994 kódováno pomocí MKN-10), data jsou k dispozici do roku 2017.

Národní zdravotnický informační systém (NZIS) – II.

Pro analytickou studii Zdraví 2030 byly rovněž využity tzv. zdravotní registry NZIS. V rámci přípravy dat pro analytickou studii byl proveden audit obsahu stávajících zdravotnických registrů NZIS s cílem vytěžit informace a ukazatele reprezentativně popisující hlavní problémy zdravotního stavu obyvatel ČR. Byla využita data zejména následujících zdravotních registrů:

- **Národní onkologický registr**
- **Národní diabetologický registr**
- **Národní kardiochirurgický registr**
- **Národní registr kardiovaskulárních intervencí**
- **Národní registr úrazů**
- **Národní registr intenzivní péče**
- **Národní registr kloubních náhrad**
- **Národní registr reprodukčního zdraví**
- **Národní registr nemocí z povolání**
- **Národní registr léčby uživatelů drog**
- **Národní registr pitev a toxikologických vyšetření**

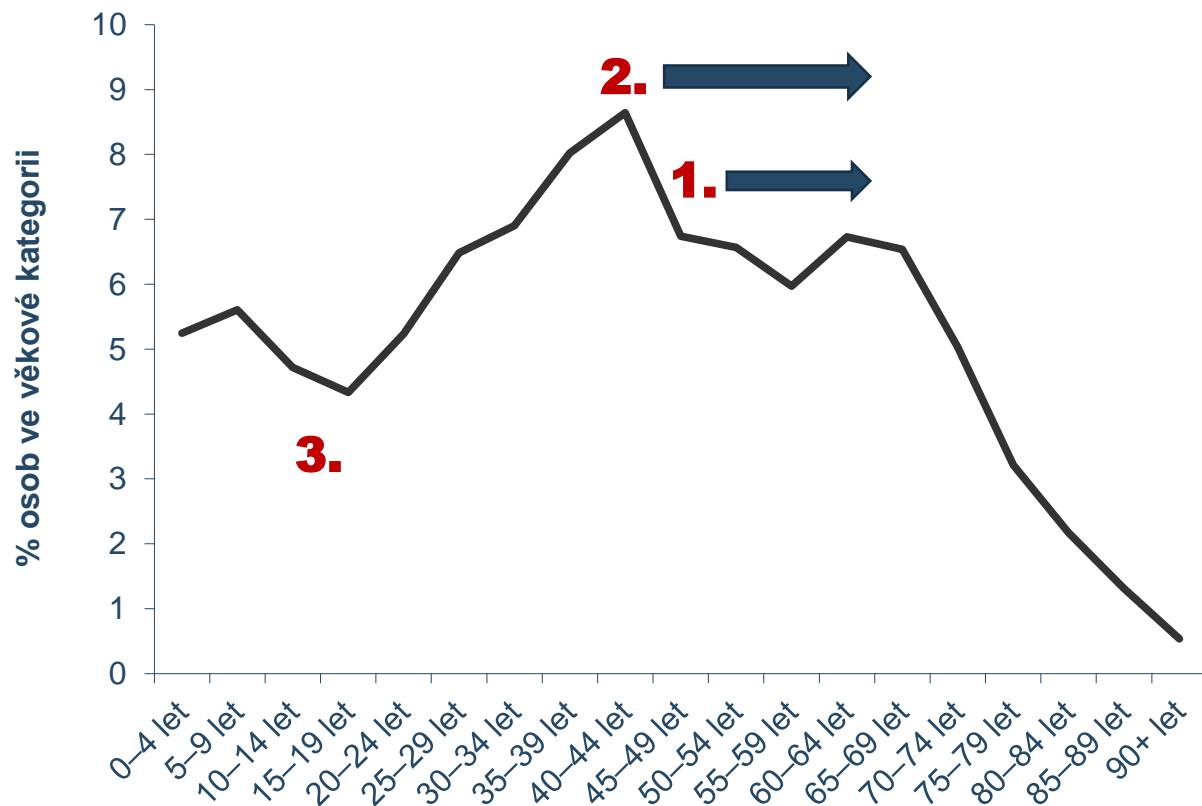
Dalším využitým zdrojem dat byly výsledky resortních statistických šetření prováděných ÚZIS ČR. Zejména jde o pravidelná roční šetření zaměřená na kvantifikaci personálních kapacit poskytovatelů zdravotních služeb a na odměňování pracovníků:

- **E (MZ) 2-01 - Roční výkaz o složkách platu, personálním a provozním vybavení poskytovatele zdravotních služeb**
- **E (MZ) 3-01 - Roční výkaz o složkách mezd, personálním a provozním vybavení poskytovatele zdravotních služeb**
- **E (MZ) 4-01 - Roční výkaz o zaměstnavatelích, evidenčním počtu zaměstnanců, smluvních pracovnících a odměňování**

Věková struktura obyvatelstva ČR v roce 2017

Zdroj: Český statistický úřad

Relativní zastoupení jednotlivých věkových tříd



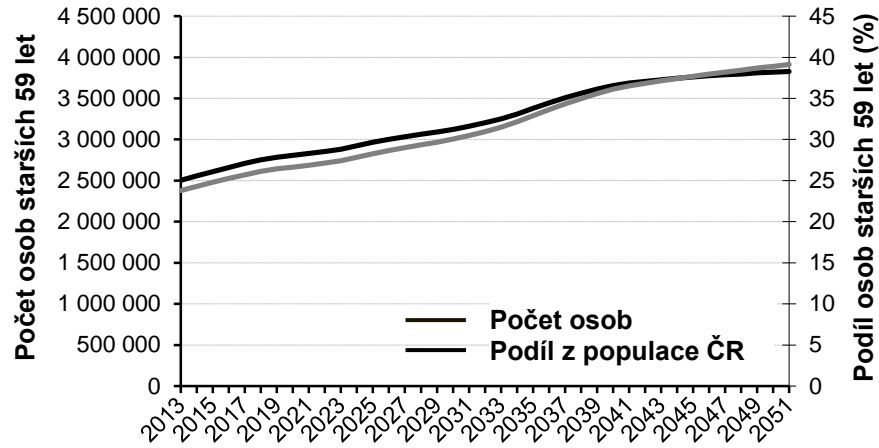
Relativní struktura obyvatelstva ČR viditelně ukazuje tři zásadní věkové třídy, jejichž další posun v čase bude mít významný dopad na zdravotnický systém. Jde o velmi četnou třídu obyvatel ve věku 40 – 50 let a zejména ve věku 30 – 40 let. Tyto populační kategorie zestárnou do věku 60let a více v následujících 15, resp. 20 – 25 letech, a nevyhnutelně významně znásobí potřebu zdravotně sociálních služeb. Velmi podstatný je i propad počtu obyvatel ve věku 10 – 25 let, který společně s odkládáním věku matky při prvním dítěti vytváří demografické riziko nedostatku osob v produktivním věku v následujících 15 – 30 letech.

- 1.** Do 15 let očekávatelný nárůst nemocnosti v souvislosti s chorobami vyššího věku a seniorů.
- 2.** Do 20 – 25 let prudký nárůst nemocnosti v souvislosti s chorobami vyššího věku a seniorů.
- 3.** Nižší zastoupení mladších věkových skupin jako riziko poklesu porodnosti v následujících 10 – 15 letech.

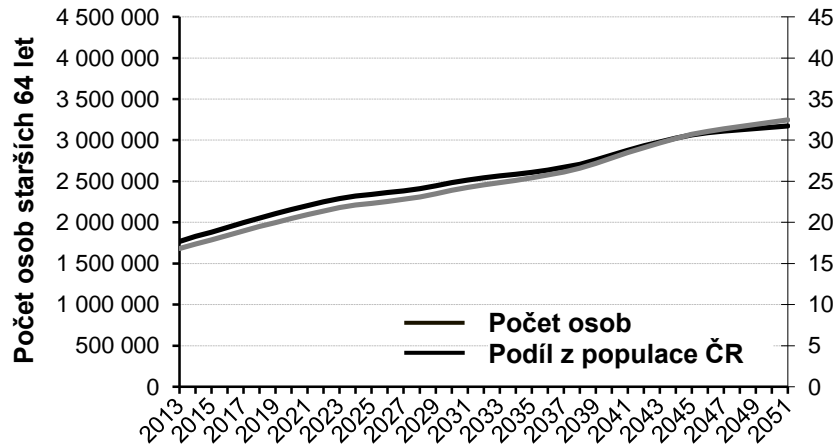
Trendy stárnutí české populace v projekci do roku 2050

Zdroj: Český statistický úřad

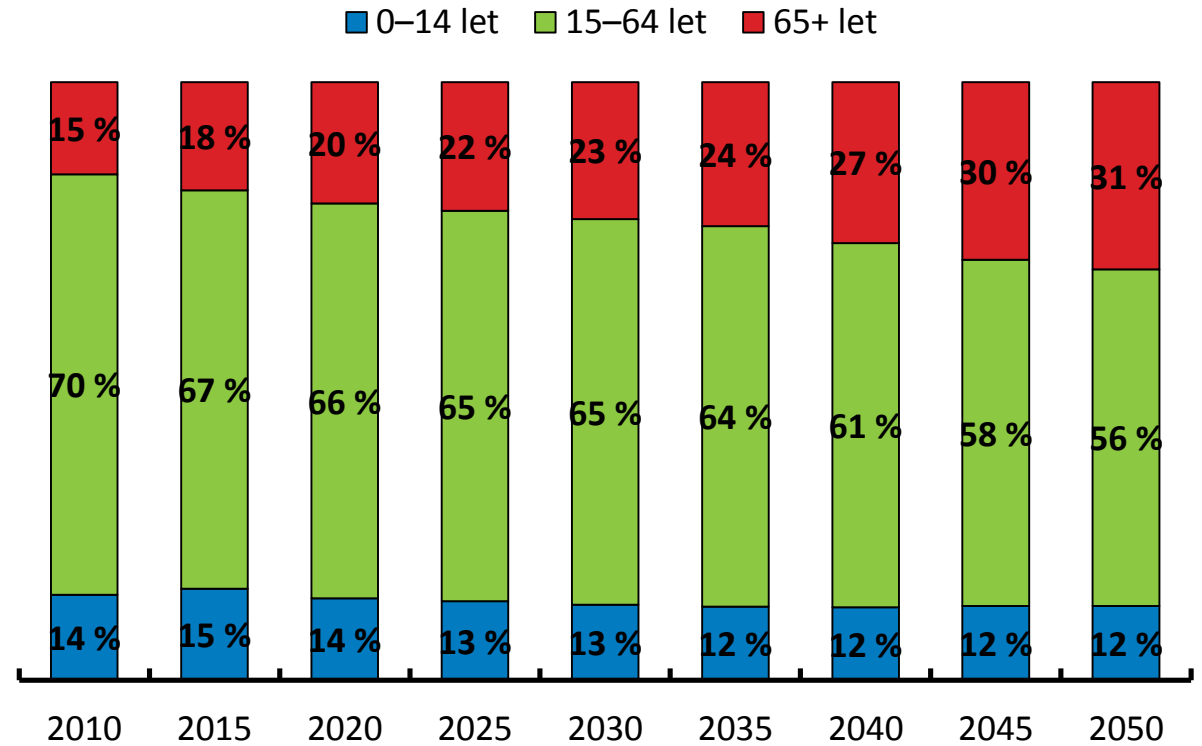
Počet a podíl osob věku 60+



Počet a podíl osob věku 65+

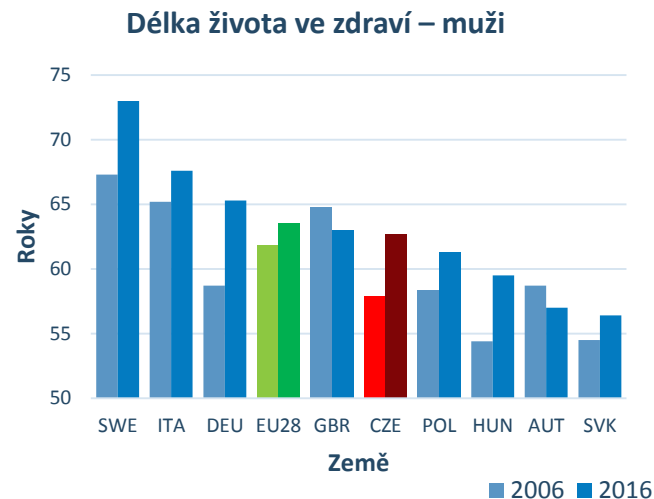
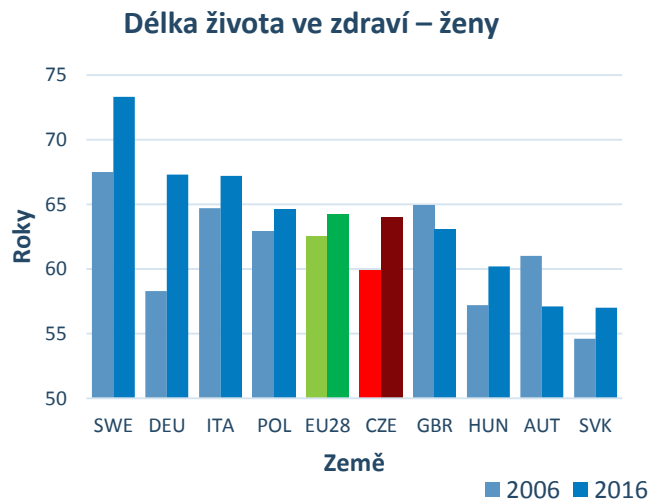
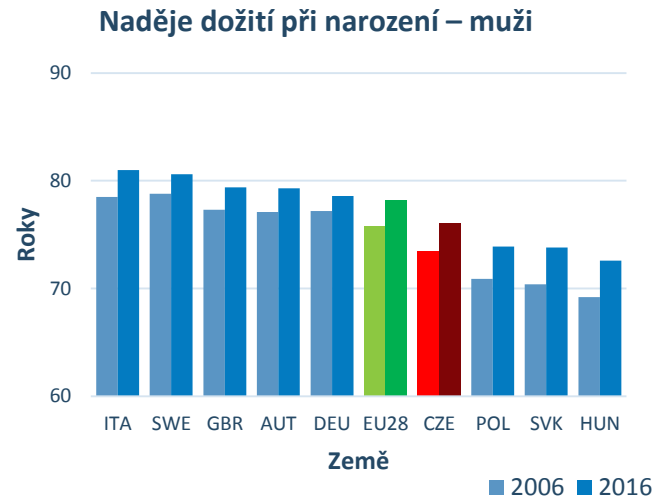
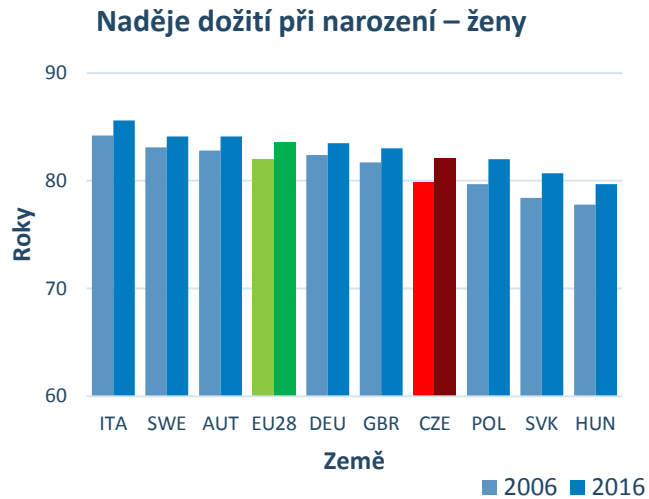


Podíl věkových skupin (predikce do roku 2050)



Naděje dožití a délka života ve zdraví: mezinárodní srovnání v trendu

Zdroj: Eurostat Health Database (2019)



ČR podobně jako další vyspělé země zaznamenává výrazné zvýšení střední délky života u mužů i žen. Z hlediska zdravotní péče je významným parametrem i délka života ve zdraví: v tomto parametru se ČR mezi roky 2006 a 2016 významně zlepšila. Pozitivem je fakt, že délka života ve zdraví v ČR předčí téměř všechny státy střední a východní Evropy. Nicméně stále jde o hodnoty nižší, než jaké jsou typické pro populace vyspělých zemí EU.

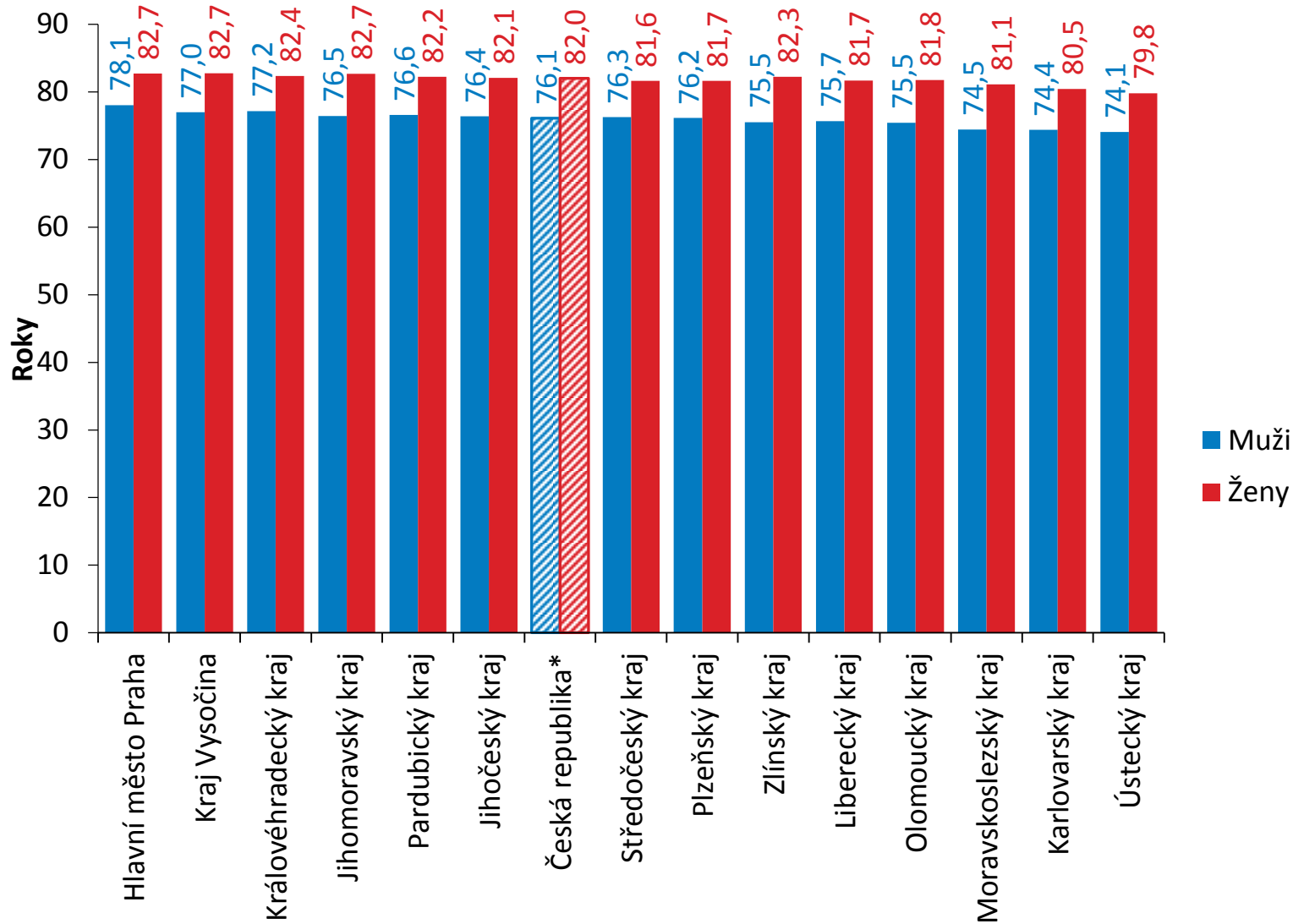
Pozitivní vývoj v naději dožití a v délce života ve zdraví je jednoznačně výsledkem zlepšující se zdravotní péče v ČR.

Střední délka života při narození – srovnání krajů ČR (2016 – 2017)

Zdroj: ČSÚ (https://www.czso.cz/csu/czso/umrtnostni_tabulky)

*Rok 2017, Eurostat

Střední délka života při narození 2016 – 2017



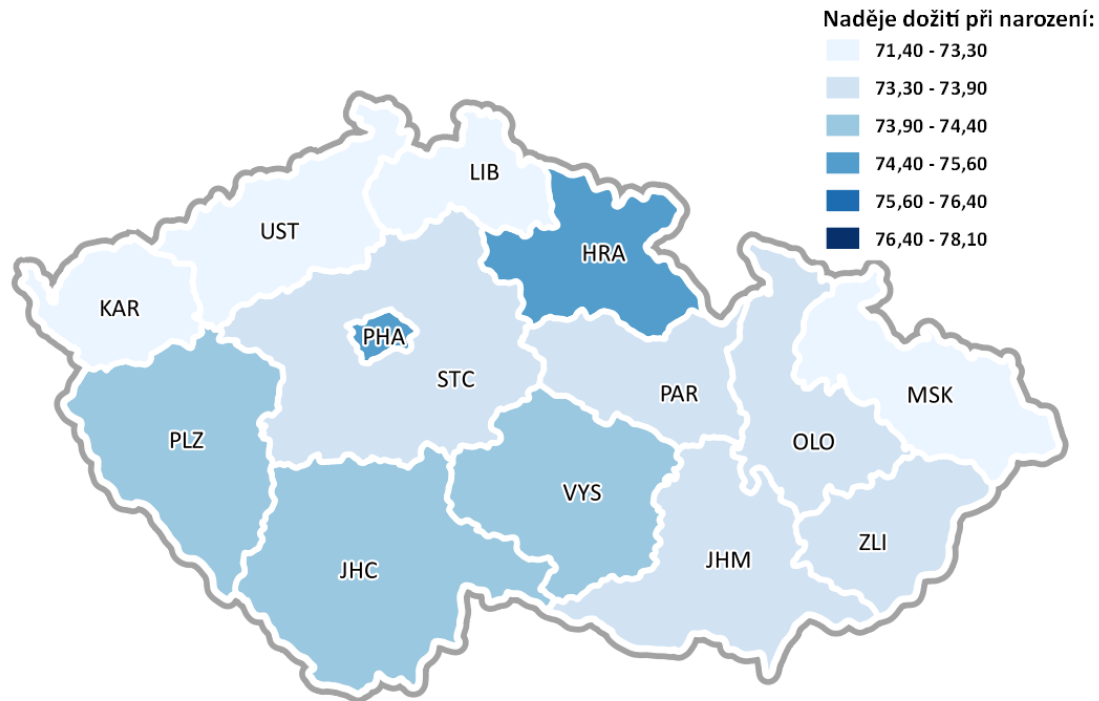
Muži v ČR měli v roce 2017 střední délku života při narození 76,1 let a ženy o téměř 6 let více, tj. 82,0 let. Nejvyšší střední délka života při narození u mužů i žen byla za roky 2016 – 2017 zjištěna v Hlavním městě Praha (muži 78,1 let, ženy 82,7 let). Naopak nejnižší střední délkou života při narození se vyznačoval v případě mužů i žen Ústecký kraj (muži 74,1 let, ženy 79,8 let). Rozdíl mezi krajem s nejvyšší a nejnižší střední délkou života činí 4 roky v případě mužů a téměř 3 roky v případě žen.

Zjištěné rozdíly mezi regiony ČR jsou podstatné a statisticky významné. Hodnoty střední délky života tak mohou ukazovat na problémy s životním stylem, prevencí vážných chorob a také s dostupností zdravotní péče v některých regionech. Jde o faktor hodný zřetele při formování zdravotních politik a strategií v jednotlivých regionech.

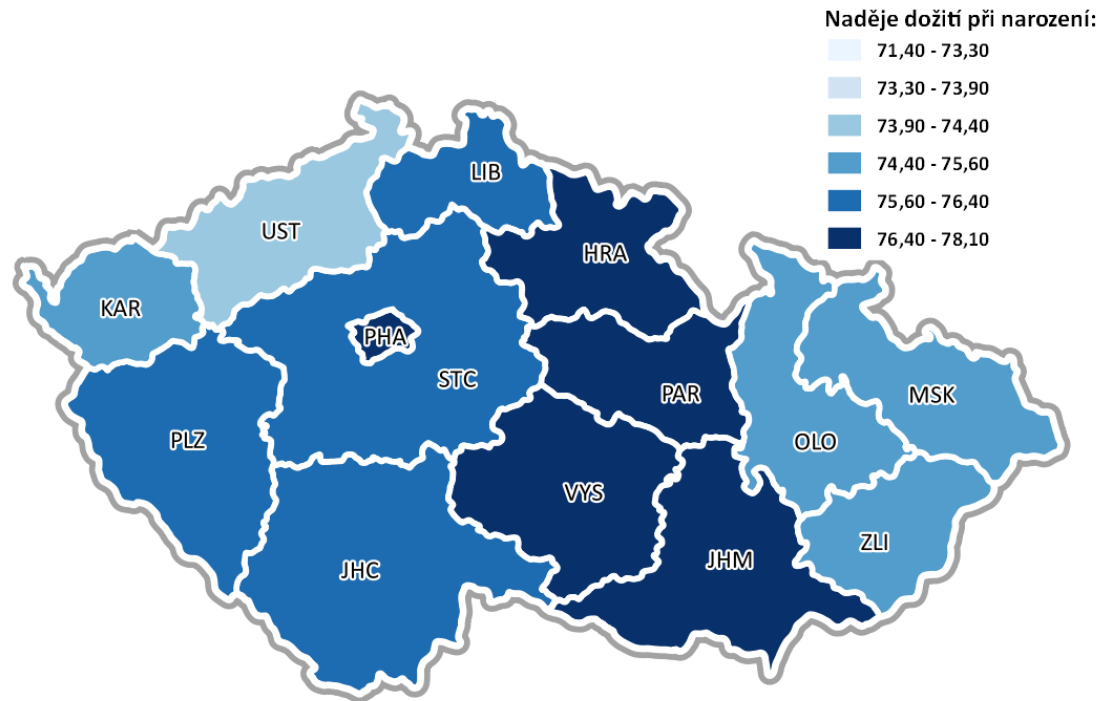
Střední délka života při narození u mužů: trend vývoje v krajích ČR

Zdroj dat: ČSÚ (https://www.czso.cz/csu/czso/umrtnostni_tabulky)

Období 2006 - 2007



Období 2016 - 2017

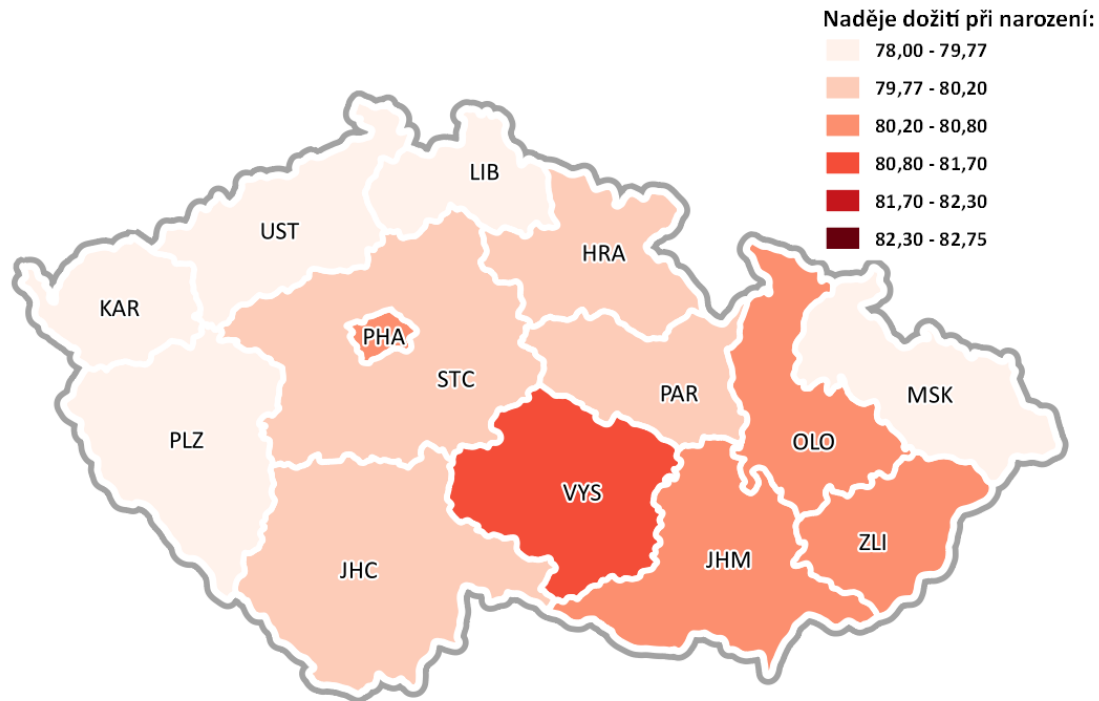


Ze srovnání vývoje střední délky života při narození u mužů mezi roky 2006-2007 a 2016-2017 je zřejmé, že se tento ukazatel významně zlepšil ve všech regionech ČR. Nejnižší regionální hodnoty zaznamenané v současnosti patřily před deseti lety k nejvyšším. K velmi zásadnímu zlepšení došlo v krajích JMK, PAR, LIB. Avšak nadále přetrvávají významné rozdíly mezi kraji, přičemž nejnižší hodnoty jsou zjištěny v Ústeckém kraji. Rozdíly ve střední délce života mezi kraji ČR tak jsou výzvou pro regionální zdravotní politiky a také pro studium příčin rozdílů. Z tohoto důvodu zahrnují specifické a dílčí cíle strategického rámce 2030 regionálně cílené preventivní programy a programy zvyšující zdravotní gramotnost a rovněž implementaci změn v organizaci zdravotních služeb s cílem zvýšit jejich dostupnost a kvalitu.

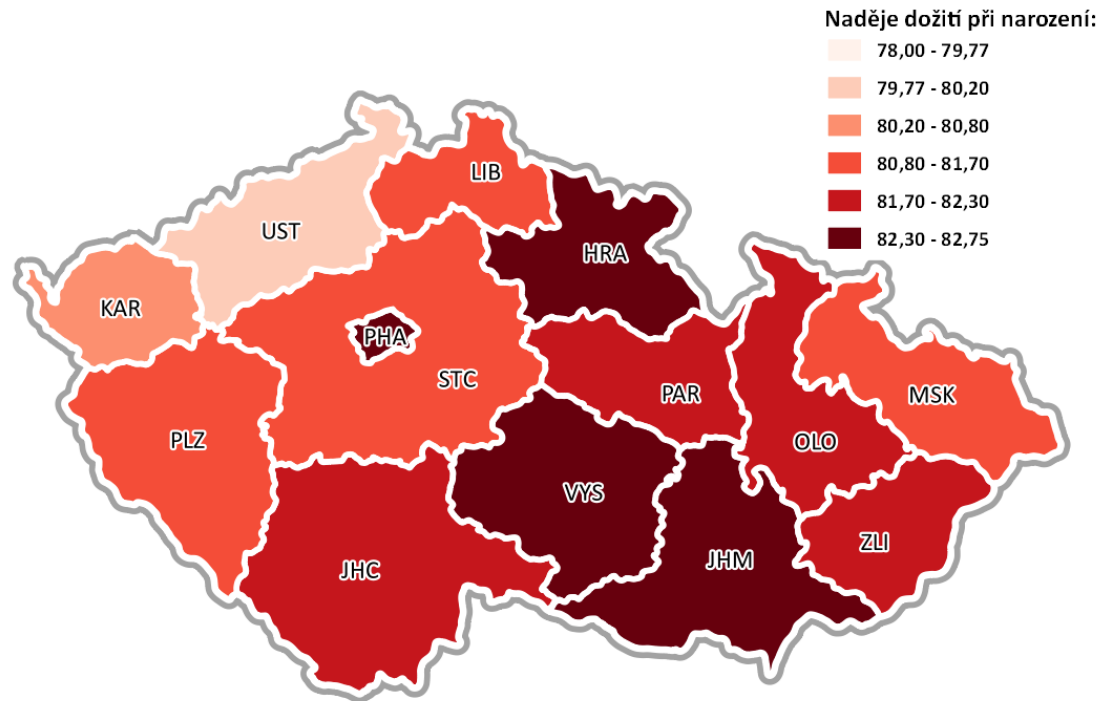
Střední délka života při narození u žen: trend vývoje v krajích ČR

Zdroj dat: ČSÚ (https://www.czso.cz/csu/czso/umrtnostni_tabulky)

Období 2006 - 2007



Období 2016 - 2017

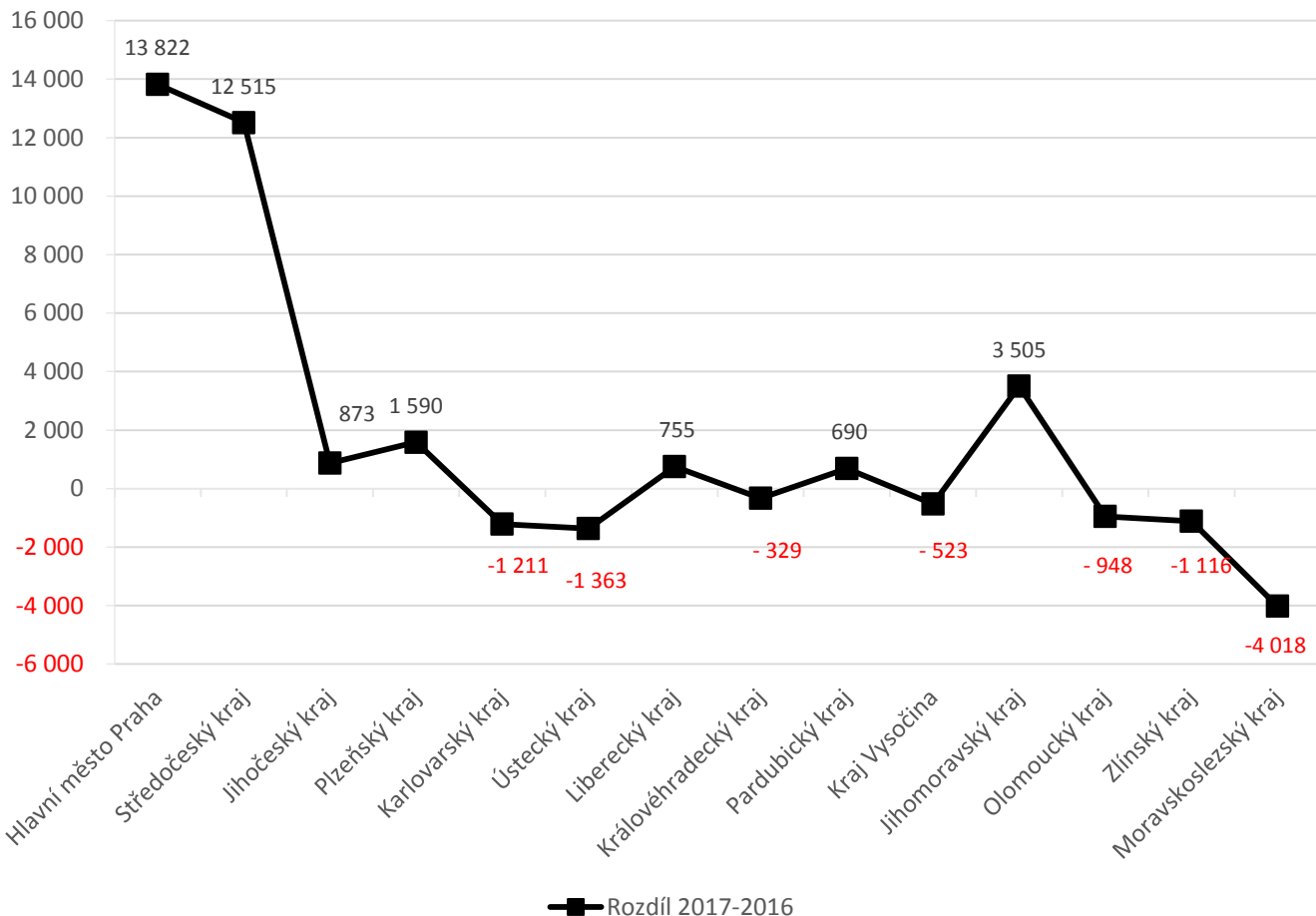


Ze srovnání vývoje střední délky života při narození u žen mezi roky 2006-2007 a 2016-2017 je zřejmé, že se tento ukazatel významně zlepšil ve všech regionech ČR. K velmi zásadnímu zlepšení došlo v krajích PAR, HRA, PLZ a LIB. Avšak nadále přetrvávají významné rozdíly mezi kraji, přičemž nejvyšší hodnoty jsou zjištěny v Ústeckém kraji. Rozdíly ve střední délce života mezi kraji ČR tak jsou výzvou pro regionální zdravotní politiky a také pro studium příčin rozdílů. Z tohoto důvodu zahrnují specifické a dílčí cíle strategického rámce 2030 regionálně cílené preventivní programy a programy zvyšující zdravotní gramotnost a rovněž implementaci změn v organizaci zdravotních služeb s cílem zvýšit jejich dostupnost a kvalitu.

Počet obyvatel a jeho vývoj v krajích ČR

Zdroj: Český statistický úřad

Rozdíl v počtu obyvatel v krajích ČR 2017-2016



Počet obyvatel v krajích ČR 2017-2016

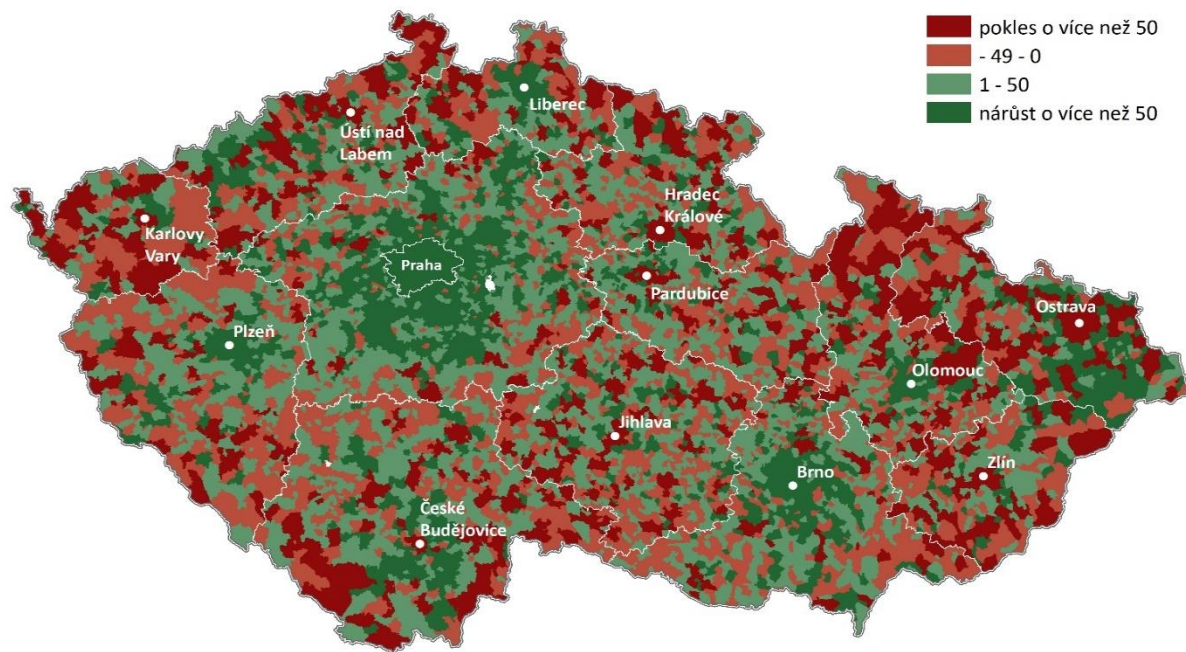
| KRAJ | 2017 | 2016 |
|---------------|-------------------|-------------------|
| PHA | 1 286 554 | 1 272 732 |
| STC | 1 345 764 | 1 333 249 |
| JHC | 639 180 | 638 307 |
| PLK | 579 228 | 577 638 |
| KVK | 296 106 | 297 317 |
| ULK | 820 937 | 822 300 |
| LBK | 440 934 | 440 179 |
| HKK | 550 848 | 551 177 |
| PAK | 517 243 | 516 553 |
| VYS | 508 664 | 509 187 |
| JHM | 1 180 477 | 1 176 972 |
| OLK | 633 133 | 634 081 |
| ZLK | 583 039 | 584 155 |
| MSK | 1 207 419 | 1 211 437 |
| CELKEM | 10 589 526 | 10 565 284 |

Nevyrovnaná migrace obyvatel mezi kraji a zejména migrace směřující do velkých měst a aglomerací ovlivní i zdravotnický systém. Bude nutné vyvinout nové modely a nástroje optimalizující distribuci a hustotu sítě poskytovatelů s ohledem na hustotu obyvatelstva v daném regionu, hodnocení na základě časové či geografické dostupnosti již nebude postačující. Nerovnoměrná migrace obyvatel bude výzvou pro řízení sítě registrujících praktických lékařů. Jejichž role v odlehlejších částech republiky a ve vesnických oblastech s malou hustotou obyvatel poroste.

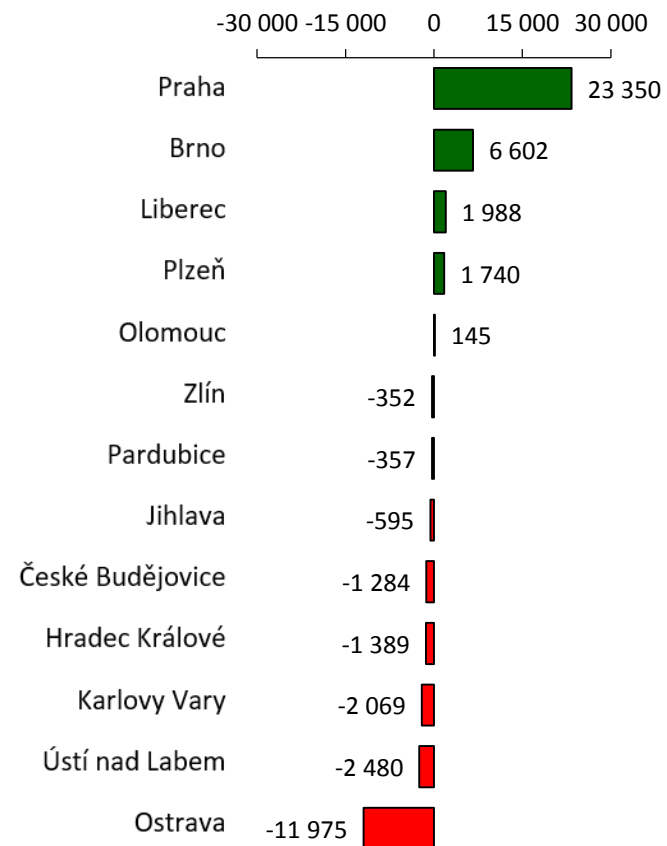
Migrace obyvatel ČR dle jednotlivých obcí

Zdroj: Český statistický úřad

Migrace obyvatel
mezi lety 2010 - 2016



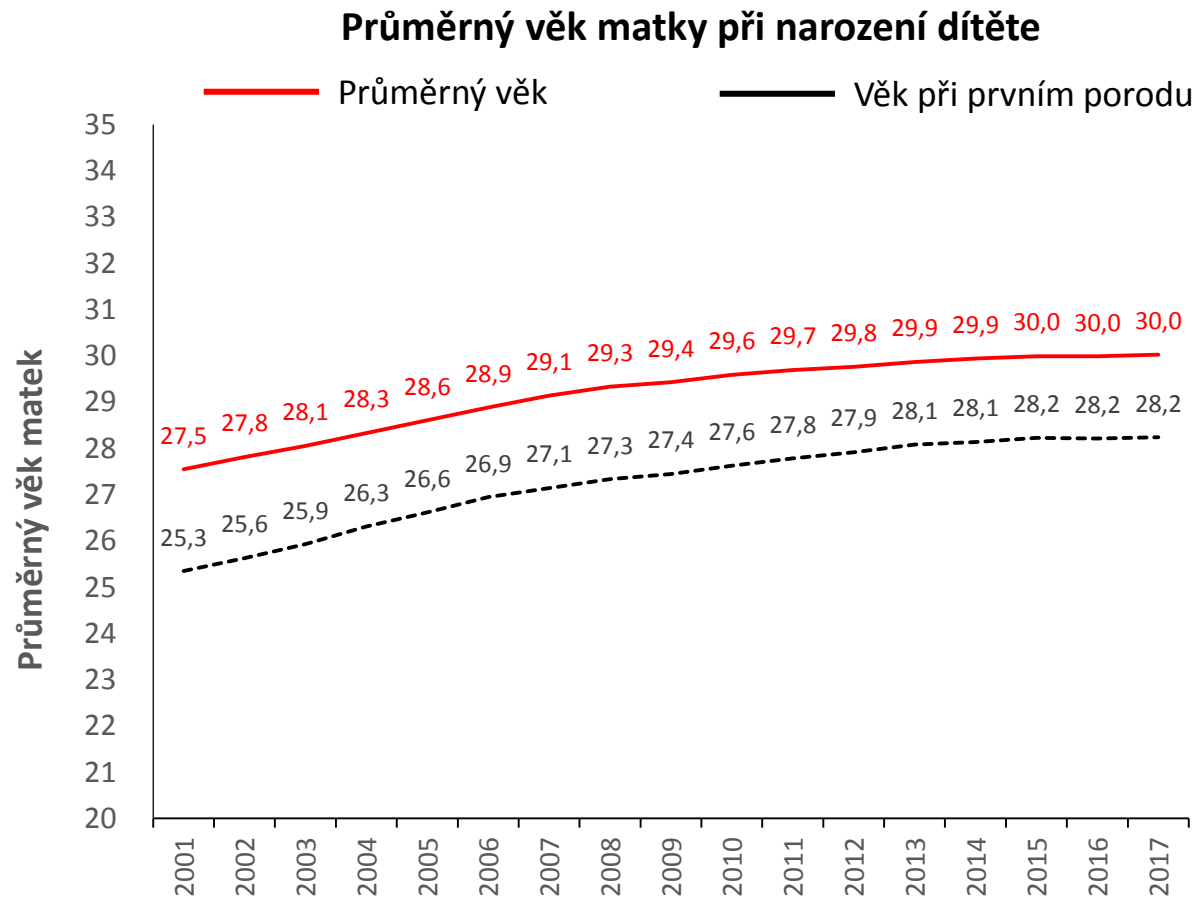
Rozdíl v počtu obyvatel v krajských
městech ČR mezi roky 2016 a 2010



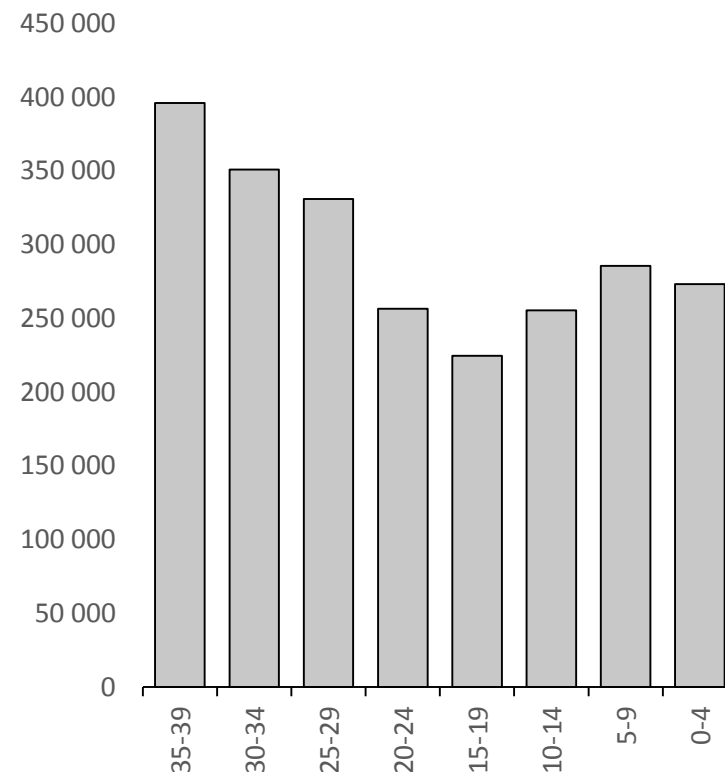
Migrace obyvatel v ČR mezi rokem 2016 a 2010 má kladné saldo především v okolí velkých měst, i když vývoj není ve všech krajích stejný. Při porovnání krajských měst je zaznamenán především nárůst v počtu obyvatel v Praze a jejím okolí, Brně, Liberci, Plzni a Olomouci. Záporné saldo v počtu obyvatel mají města Zlín, Pardubice, Jihlava, České Budějovice, Hradec Králové, Karlovy Vary, Ústí nad Labem a Ostravě. Lze očekávat, že bez intervencí státu k udržení obyvatel v menších městech, může docházet k přetlaku na zdravotní služby v některých krajských městech, kde je saldo migrace kladné. To se týká především Prahy, kde jsou z velké části využívány zdravotní služby i obyvateli Středočeského kraje.

Průměrný věk matky při narození dítěte: vývoj v čase

Zdroj: ČSÚ - ISDEM



Počet žen ve věkových skupinách k 31. 12. 2016



Průměrný věk matek v ČR dlouhodobě a konzistentně narůstá, v roce 2017 dosáhl hranice 30 let, průměrný věk při prvním porodu je 28,2 let. Tato průměrná hodnota má avšak významnou variabilitu a zejména ve velkých městech přesahuje i hodnotu 32 – 33 let. Kromě rizik, která sebou tento vývoj nese pro zdraví matek a dětí, má daný vývoj významné demografické konsekvence. V důsledku odkládaných prvních porodů do vyššího věku matky a v důsledku poklesu porodnosti v období před a na přelomu tisíciletí klesl v ČR počet žen ve věkových kohortách 10 – 20 let.

Celková zátěž zhoubnými novotvory (C00–C97) v ČR

Zdroj: ¹Národní onkologický registr, ²Český statistický úřad

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

průměrná roční změna 2012–2016

+2,3 %

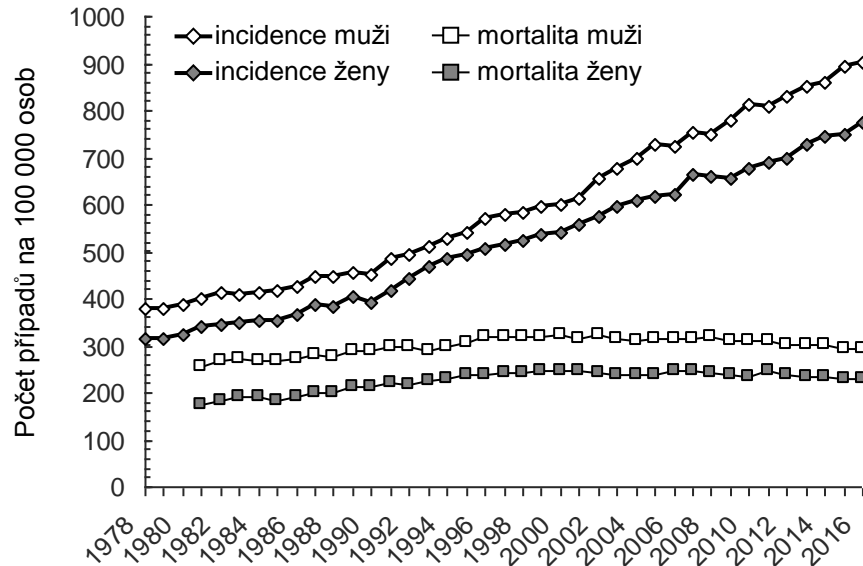
-0,1 %

+3,8 %

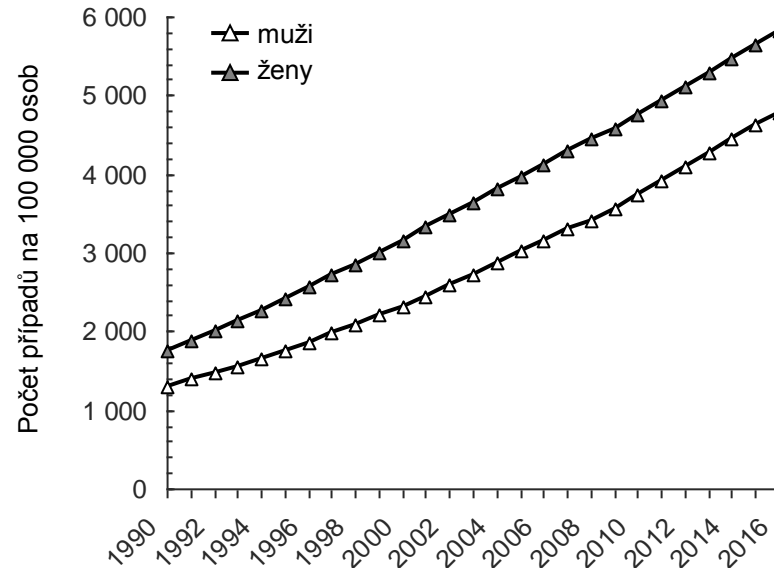
V roce 2016 bylo v České republice nově diagnostikováno 87 290 pacientů se zhoubným novotvarem, což je 826,2 na 100 000 osob. V roce 2016 zemřelo v České republice 27 261 osob v souvislosti se zhoubným novotvarem, což je 258,0 na 100 000 osob.

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

Incidence a mortalita



Prevalence



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

Celková zátěž novotvary mízní a krvetvorné tkáně v ČR

Zdroj: Národní onkologický registr

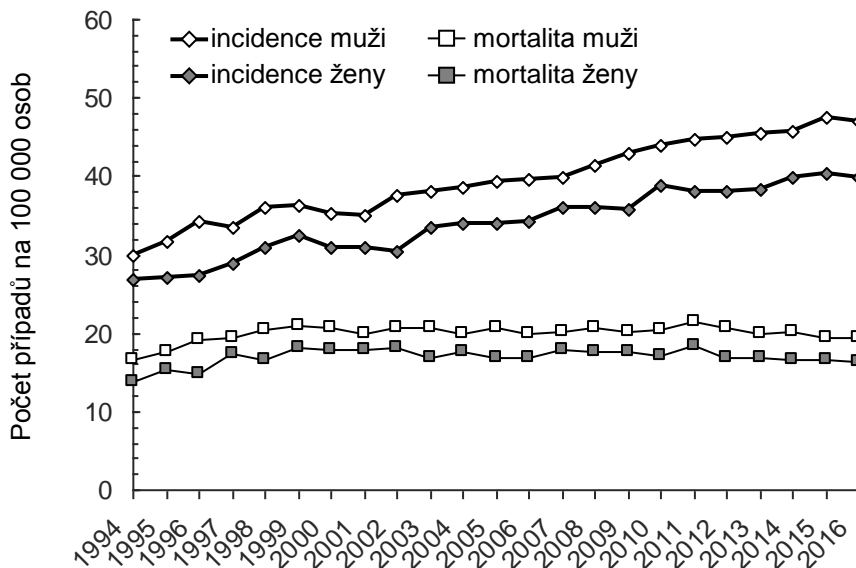
| Absolutní počet | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | průměrná roční změna 2012–2016 |
|-----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------------------------------|
| Incidence | 4 118 | 4 342 | 4 346 | 4 375 | 4 410 | 4 514 | 4 662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

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

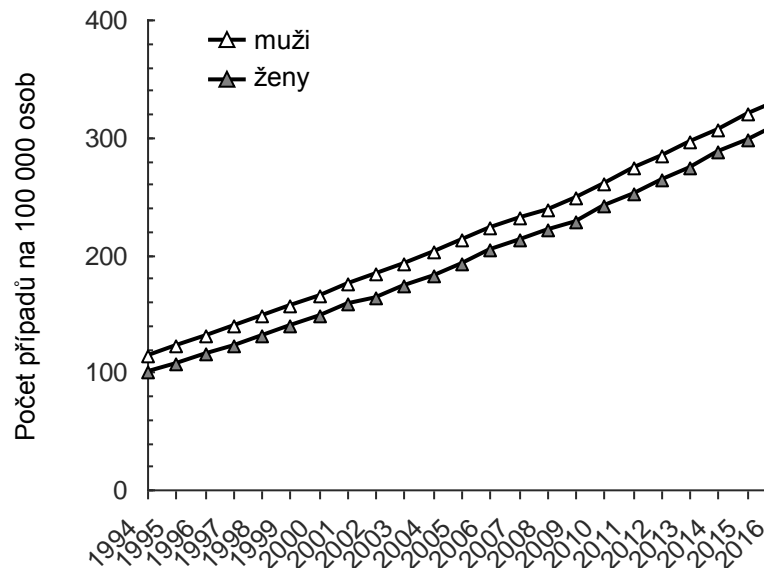
V roce 2016 **zemřelo** v ČR **2 079 osob** v souvislosti s novotvarem mízní nebo krvetvorné tkáně.

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

Incidence a mortalita



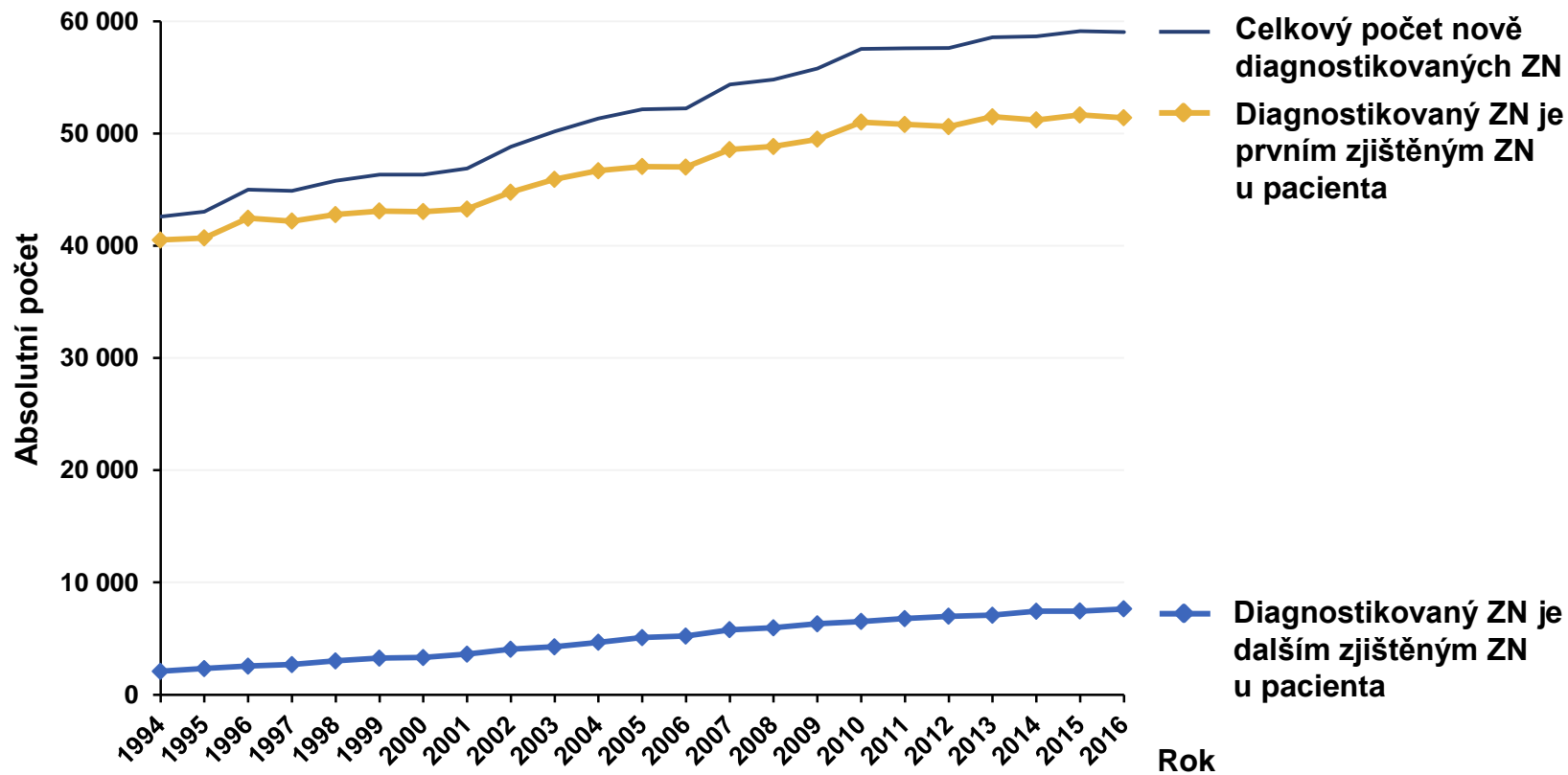
Prevalence



Pořadí novotvarů u pacientů

Zdroj: Národní onkologický registr

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

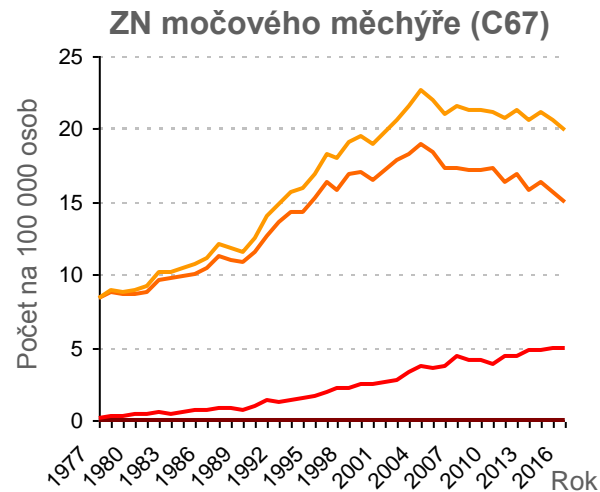
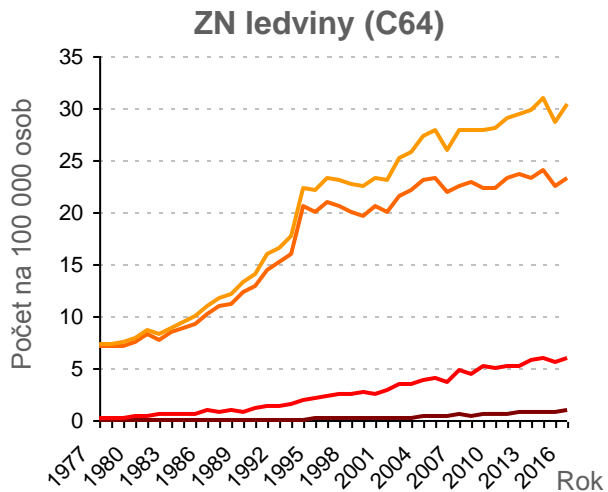
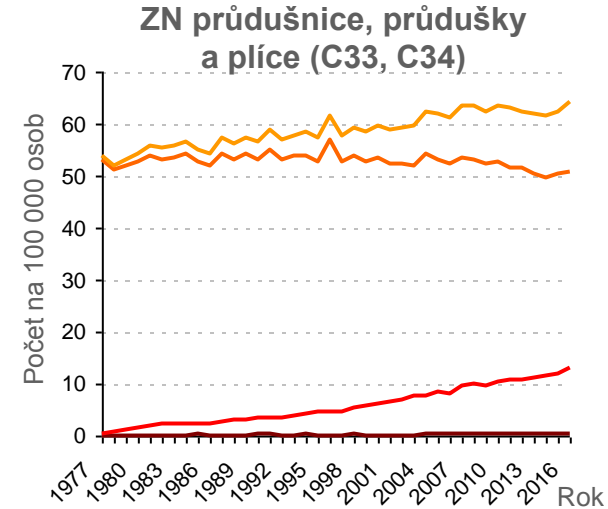
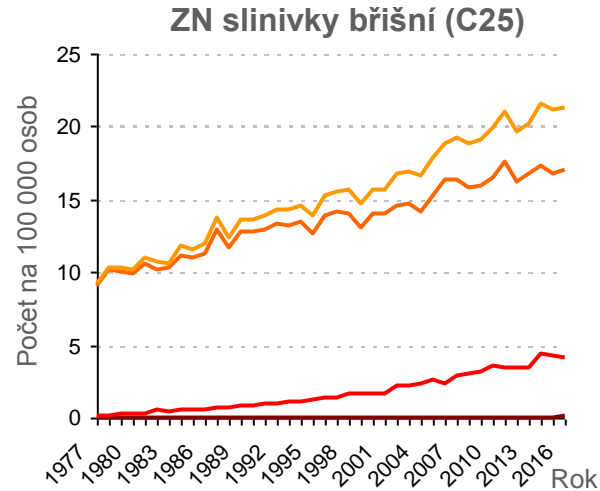
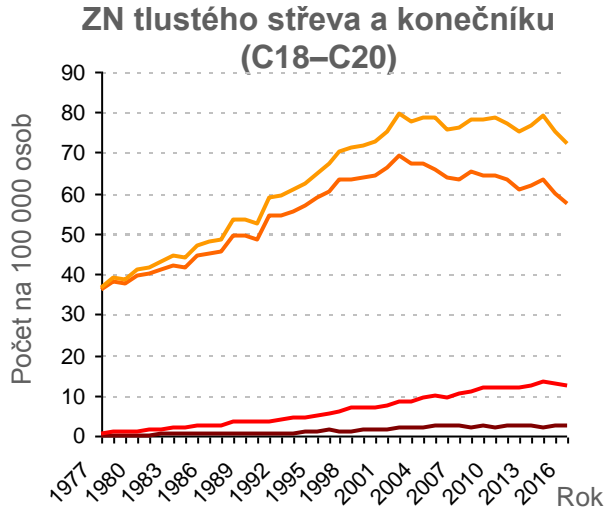


Velmi významným a novým epidemiologickým trendem, který bude v budoucnosti podstatně zvyšovat onkologickou zátěž populace je výskyt vícečetných malignit u onkologických pacientů. Významně se zlepšující výsledky protinádorové léčby vedou k signifikantně delšímu přežití onkologických pacientů a tito tak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

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

Pořadí novotvarů u pacientů – příklady vybraných diagnóz

Zdroj: Národní onkologický registr



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

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

„ZDRAVÍ 2030“ – analytická studie



Specifický cíl 1.1 Reforma primární péče

Specifický cíl 1.1 – dílčí cíle

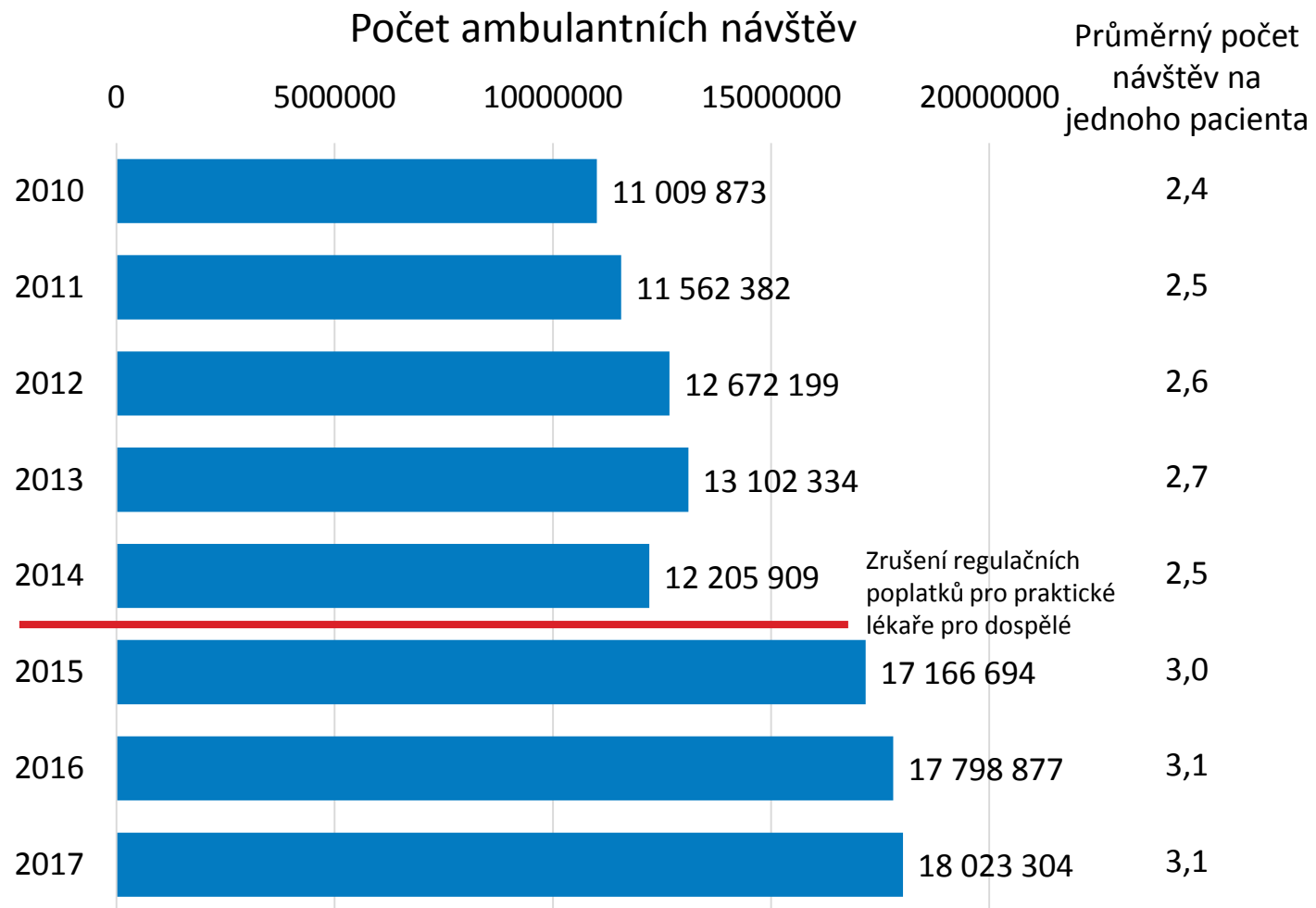
- Posílení kompetencí praktických lékařů a vymezení kompetencí ve vztahu ke specialistům, zlepšení koordinace činnosti primární péče a služeb ambulantních specialistů
- Snížení počtu preskripční omezení
- Zavedení standardizace vybavení ordinací
- Zvýšení dostupnosti primární péče - sdružené praxe
- Zvyšování kvality péče a její indikátory
- Změna systému financování s důrazem na posílení výkonové složky při fixované kapitaci
- Zvyšování dostupnosti a rozvoj lékařské pohotovostní služby (LPS)
- Zavedení motivačních faktorů pro zabezpečení praxe na venkově, v obtížně obsaditelných a méně atraktivních oblastech, zvýšení počtu ordinací praktických lékařů na venkově a v odlehlých oblastech

Specifický cíl 1.1 – dílčí cíle

- Vytvoření modelu vzdělávání (zvláště PLDD)
- Rezidenční místa
- Zvýšení podílu obyvatel využívajících pravidelné preventivní prohlídky; nastavení efektivních postupů v managementu chronických neinfekčních onemocnění.
- Posílit roli praktických lékařů jako průvodců zdravotnickým systémem a ve zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti obyvatel
- Zvýšení podílu obyvatel využívajících pravidelné preventivní prohlídky
- Vybudování rovnoměrné sítě urgentních příjmů a pohotovostní služby (cca 1 pro každý okres),
- Zajištění návaznosti lékařské pohotovostní služby na urgentní příjmy, u vybraných poskytovatelů nízkoprahové urgentní příjmy

Ambulantní návštěvy u praktických lékařů pro dospělé

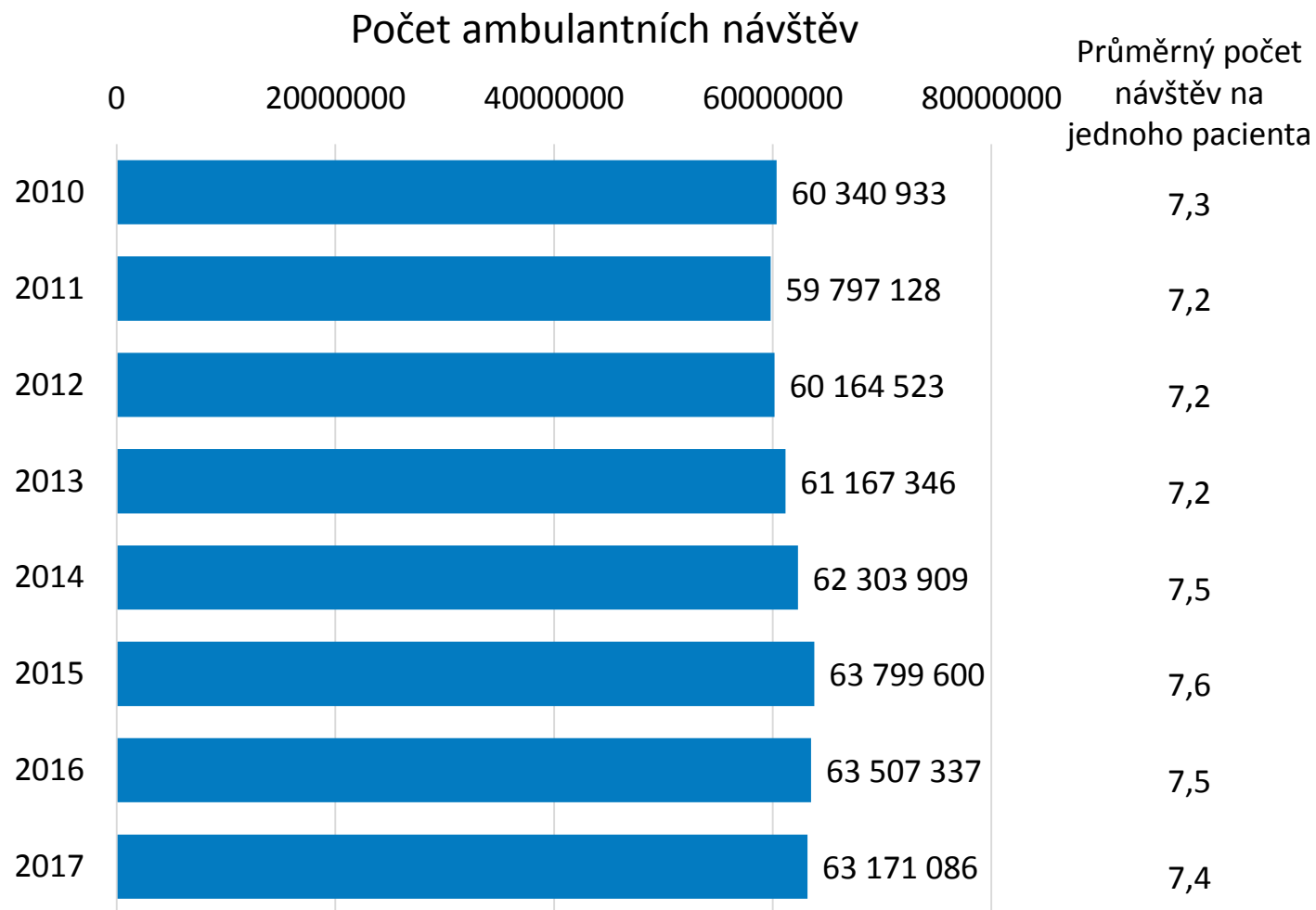
Zdroj: NRHZS



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

Ambulantní návštěvy u ambulantních specialitů

Zdroj: NRHZS



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

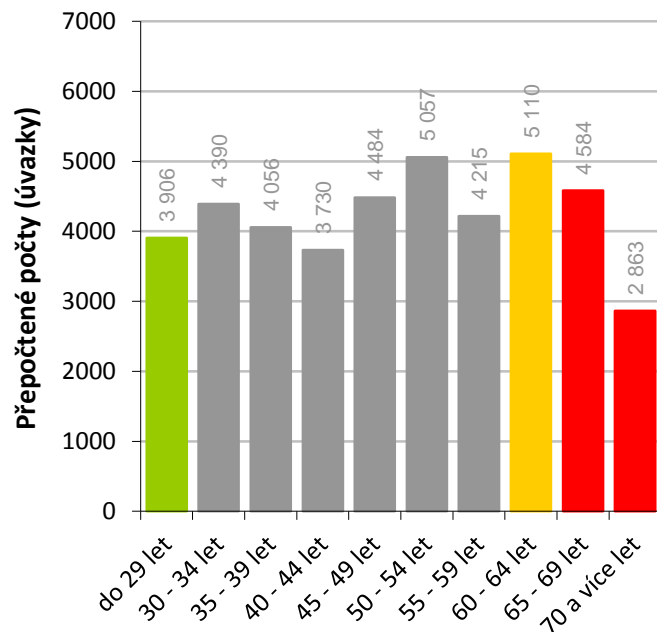
Průměrný roční počet těchto návštěv, které připadají na jednoho pacienta je přibližně 7,5, což číslo v mezinárodním srovnání vysoce nadprůměrné. Služby ambulantních specialistů jsou v ČR evidentně nadprůměrně konzumovány a do značné míry nahrazují úlohu primární péče a tedy praktických lékařů.

Predikce vývoje věku aktivních lékařů

Zdroj: Národní registr zdravotnických pracovníků (NR-ZP)

Předpokládaný stav v roce 2020

N = 42 395



Přepočtené počty (úvazky)

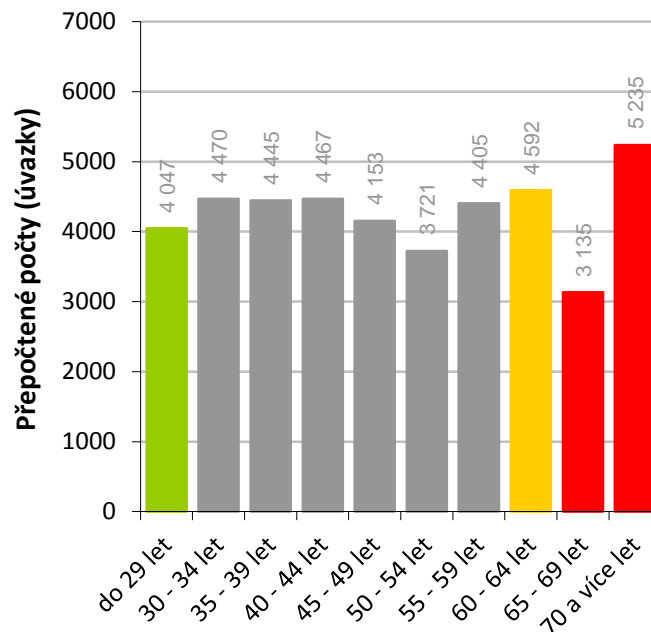
N = 42 395

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

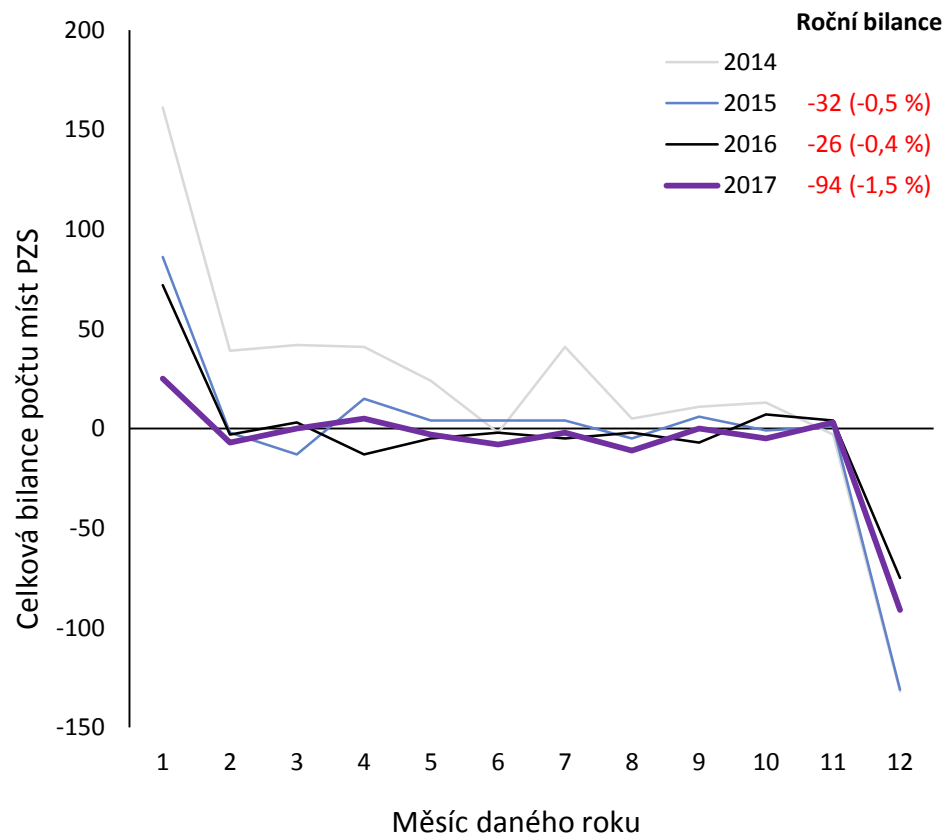
Zdroj: Národní registr zdravotnických pracovníků (NR-ZP)

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 | | -48 | | | | | | 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 | |

| Celá ČR 2017 | Bilance | |
|--------------|------------|----------------|
| | + | - |
| | -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 %.

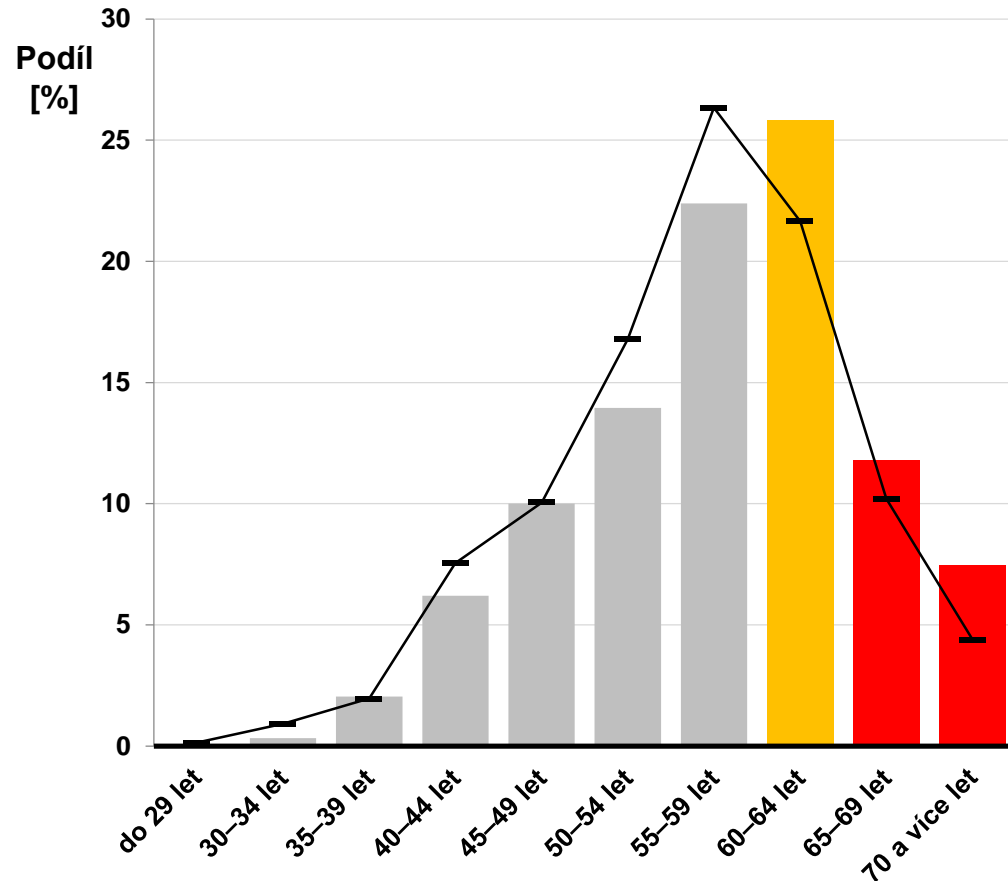
| Měsíc 2017 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|---------------------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|------------|----------|-----------|----------|------------|
| + 2017 | 65 | 23 | 25 | 18 | 19 | 20 | 22 | 14 | 30 | 17 | 19 | 9 |
| - 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 |

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

Ukázka regionálních dat: věkový profil populace praktických lékařů pro děti a dorost – Praha

Zastoupení lékařů podle věkových skupin

hodnoceno podle úvazků, nikoliv podle fyzických osob



| | Praha | ČR |
|---------------------------------|--------|--------|
| <i>Počet úvazků</i> | 244 | 1 989 |
| <i>Průměrný věk</i> | 58 let | 56 let |
| <i>Střední věk (medián)</i> | 59 let | 57 let |
| <i>Podíl lékařů ve věku 60+</i> | 45,1 % | 36,2 % |
| <i>podíl lékařů ve věku 65+</i> | 19,2 % | 14,6 % |

„ZDRAVÍ 2030“ – analytická studie



Specifický cíl 1.2

Zvyšování zdravotní gramotnosti a odpovědnosti
občanů za vlastní zdraví a rozvoj aktivit primární
a sekundární prevence nemocí

Specifický cíl 1.2 – dílčí cíle

Oblast posilování zdravotní gramotnosti a odpovědnosti občanů za vlastní zdraví, podpora zdraví a primární prevence

- ❑ Posílení zdraví prostřednictvím zvýšení kompetencí široké veřejnosti či definovaných populačních skupin pomocí příznivého ovlivnění behaviorálních faktorů zdraví (správná výživa, stravovací návyky, pohybová aktivita, sedavý způsob života), včetně aktivit zaměřených na zlepšování těchto determinant, prevence užívání návykových látek, nadměrné konzumace alkoholu a kouření
- ❑ Posílení zdraví prostřednictvím zvýšení kompetencí široké veřejnosti či definovaných populačních skupin v oblasti prevence vzniku a šíření infekčních onemocnění, včetně podpory očkování a snižování antimikrobiální rezistence
- ❑ Posílení zdraví prostřednictvím zvýšení kompetencí široké veřejnosti či definovaných populačních skupin v oblasti environmentálních rizik, jakými jsou například chemické látky či nadměrná hluková zátěž, včetně aktivit zaměřených na zlepšování kvality životního prostředí
- ❑ Posílení zdraví prostřednictvím zvýšení kompetencí široké veřejnosti či definovaných populačních skupin se zaměřením na snižování nerovností ve zdraví, programy podpory zdraví se zaměřením na determinanty zdraví a zdravého životního stylu na regionální, municipální a komunitní úrovni
- ❑ Vytvoření Národního programu zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti a zahájení jeho implementace včetně monitoringu zdravotní gramotnosti v rámci mezinárodních srovnávacích výzkumů

Specifický cíl 1.2 – dílčí cíle

Oblast posilování role poskytovatelů péče a posilování partnerství pro zdraví v primární prevenci

- Vybudování a rozvoj center prevence v páteřních nemocnicích
- Vybudování Národního zdravotnického informačního portálu

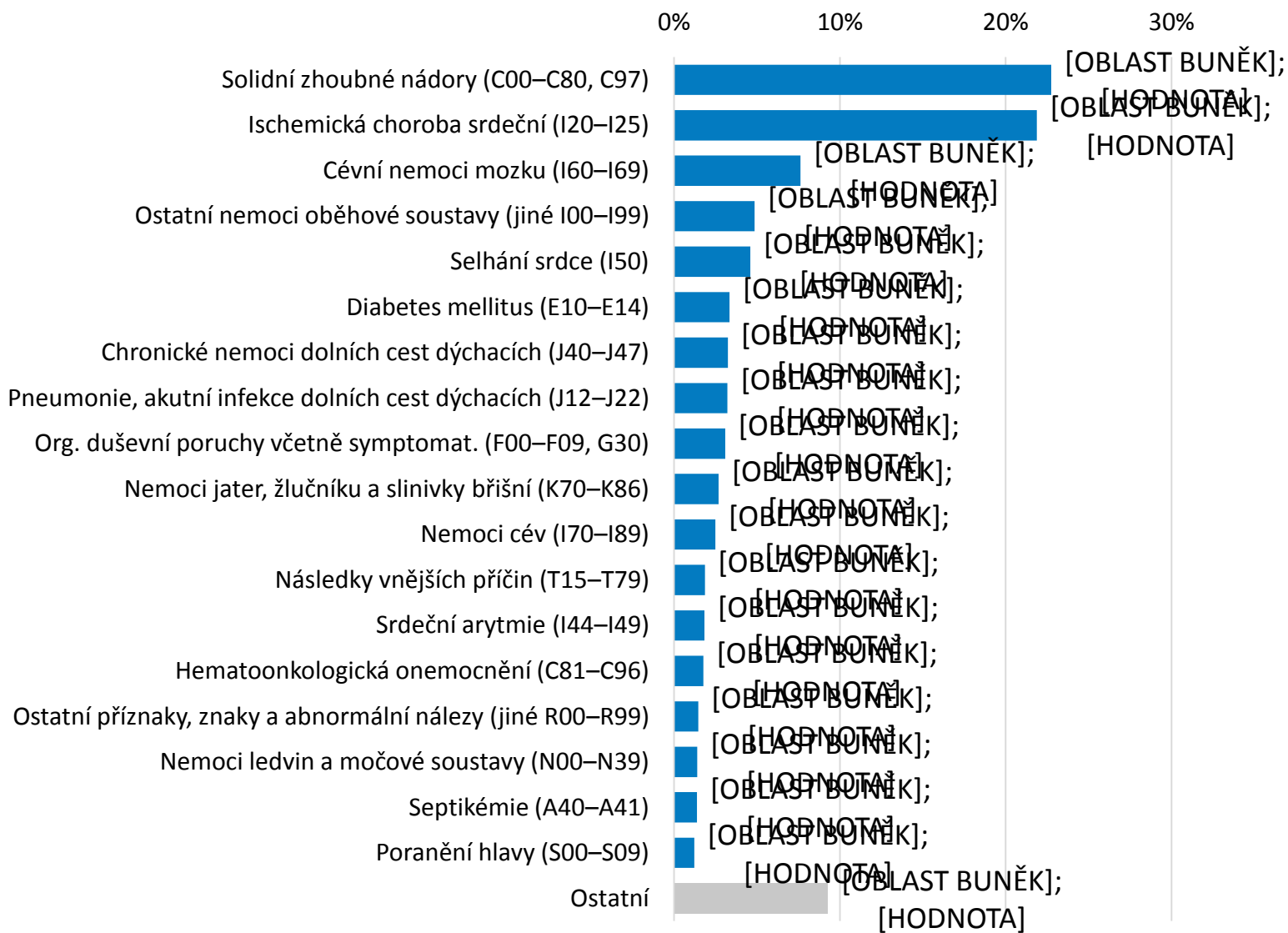
Oblast sekundární prevence a screeningové programy

- Posilování časného záchytu nemocí a rizikových faktorů ve všech segmentech péče
- Optimalizace a zvyšování kvality populačních screeningových programů
- Zavádění nových programů časného záchytu nemocí založených na vědeckých poznatcích a na jasně definovaných metodických doporučeních
- Rozvoj institucionálního zázemí pro optimalizaci sekundární prevence (Ministerstvo zdravotnictví, Národní screeningové centrum, akreditační procesy pro diagnostická a screeningová centra)

Hlavní příčiny úmrtí v ČR pro rok 2017

Zdroj: LPZ

Procentuální zastoupení na celkovém počtu úmrtí v roce 2017



Jako nejčastější příčina úmrtí byly pro rok 2017 vykazovány solidní zhoubné novotvary (C00-C80, C97), ty byly za smrt odpovědné ve 23% případů. Druhou nejčastější příčinou byla ischemická choroba srdeční (I20-I25) s 22% úmrtími v roce 2017. V celkovém součtu nad nádory převažují nemoci oběhové soustavy.

Příčina úmrtí dle pohlaví a věku

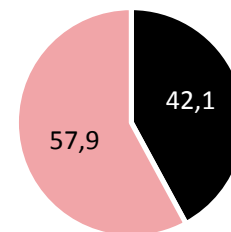
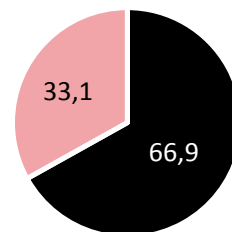
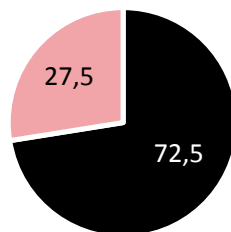
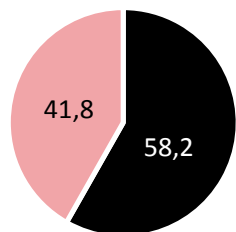
Zdroj: LPZ, 2004 - 2016

0-1 rok novorozenecká úmrtnost (N=3.8 tis) 1-40 let předčasná úmrtí (N=31.9 tis) 40-70 let úmrtí daná životním stylem (N=385.8 tis.) 70 a více let úmrtí na stáří (N=862.9 tis.)

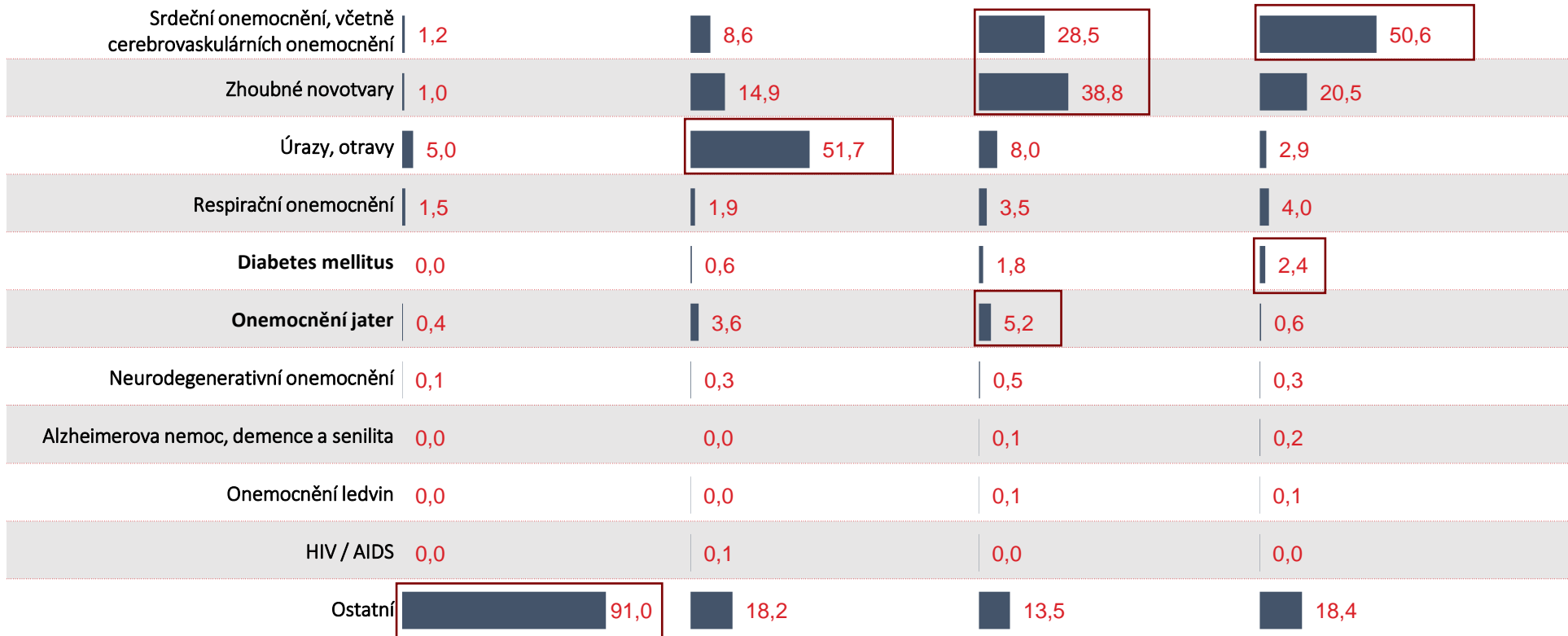
0.3% všech úmrtí 2.5% všech úmrtí 30.0% všech úmrtí 67.2% všech úmrtí

Pohlaví

- Muž
- Žena



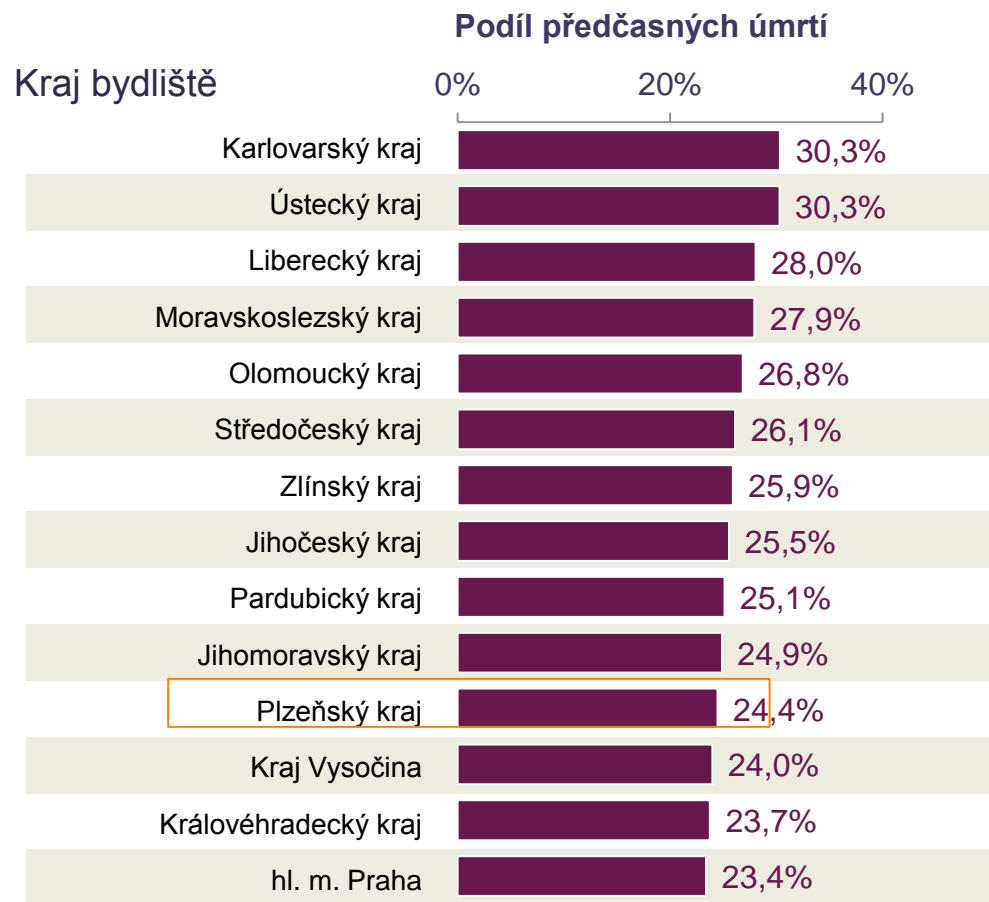
Příčina úmrtí



Téměř 33% všech úmrtí lze označit za úmrtí předčasná nebo úmrtí v důsledku chorob způsobených minimálně částečně životním stylem. Jde zejména o onemocnění oběhové soustavy, zhoubné novotvary či u osob v produktivním věku také úrazy a jiné vnější příčiny. Relativně vysoký podíl těchto úmrtí představuje významný potenciál pro případná preventivní opatření a programy, včetně programů zvyšujících zdravotní gramotnost či odpovědnost občanů za vlastní zdraví.

Předčasná úmrtí v krajích ČR dle metodiky EUROSTAT v krajích ČR

Zdroj dat: LPZ 2007-2016



Dle metodiky EUROSTAT lze některá úmrtí (kombinace příčiny úmrtí a věku) považovat za předčasná či preventabilní (např. úmrtí na diabetes mellitus do věku 49 let je dle této metodiky označeno jako předčasné). V souladu s touto metodikou můžeme pro Českou republiku v letech 2007-2016 definovat 26,1 % všech úmrtí jako předčasná. Tento podíl lze i na základě dostupných mezinárodních srovnání považovat za značně vysoký.

Mezi hlavní příčiny předčasných úmrtí v ČR patří zejména ischemická choroba srdeční a dále některé typy zhoubných nádorů jako jsou např. nádory plic a nádory tlustého střeva a konečníku. Jde o onemocnění, kterým lze do značné míry předcházet zdravým životním stylem anebo preventivními programy zaměřenými na včasný záchyt nemoci. Na předčasných úmrtích v ČR mají rovněž relativně vysoký podíl nehody, úrazy a úmrtí v důsledku abúzu alkoholu.

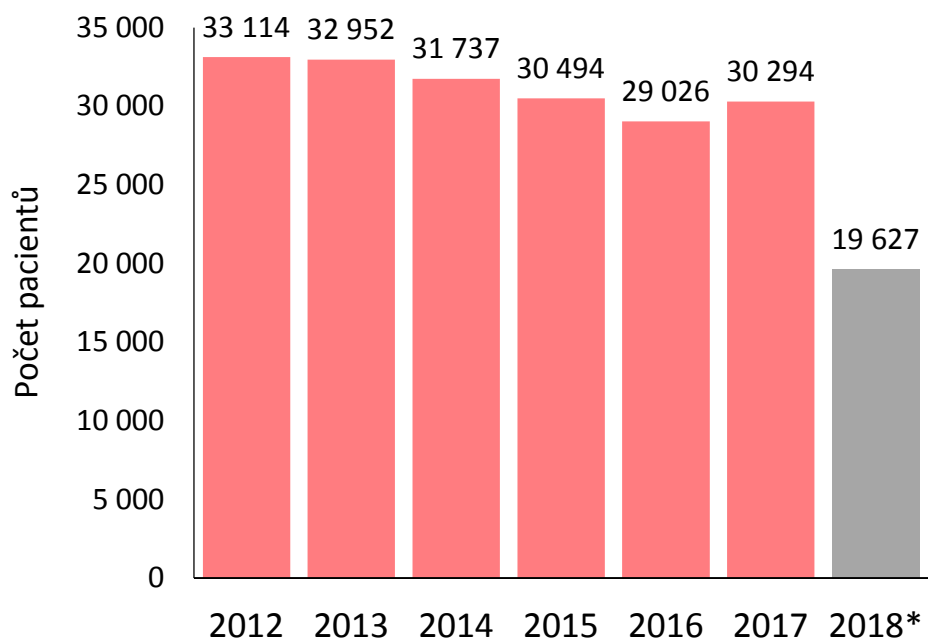
Mezi regiony ČR pozorujeme značný rozdíl v počtu předčasných úmrtí, který do značné míry koreluje s dosahovanou střední délkou života jejich obyvatel. Podíl předčasných úmrtí přesahující 30% vykazují kraje Karlovarský a Ústecký, nejnižší podíl je naopak zaznamenáván v Praze, Královéhradeckém kraji a v Kraji Vysočina (24% a méně).

Proočkovanosť dívek (kohorta 13let v daném roce) proti HPV

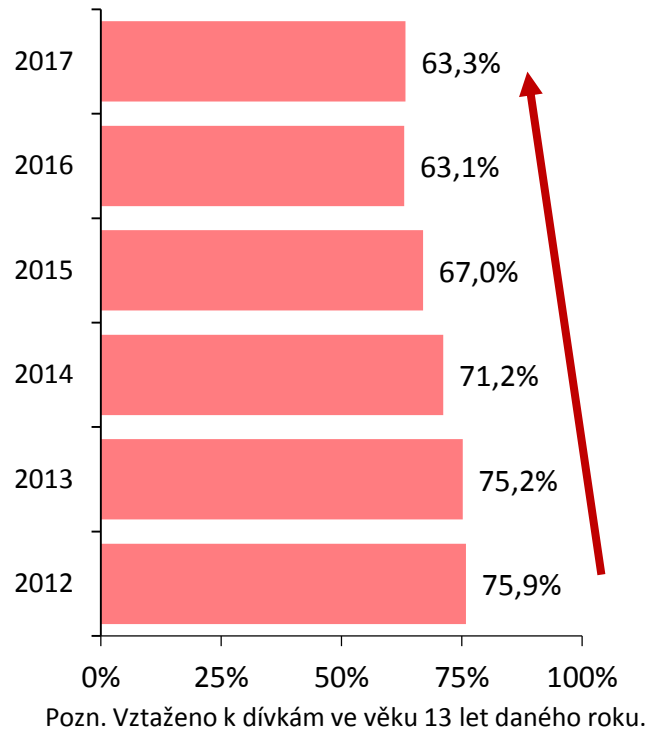
Zdroj: NRHZS, identifikováno pomocí ATC kódu J07BM.

Počet očkovaných v daném roce odpovídá pacientům, kteří v daném roce dosáhli 13 let a byli očkováni v daném nebo následujícím kalendářním roce.

Počet očkovaných dívek



Proočkovanosť



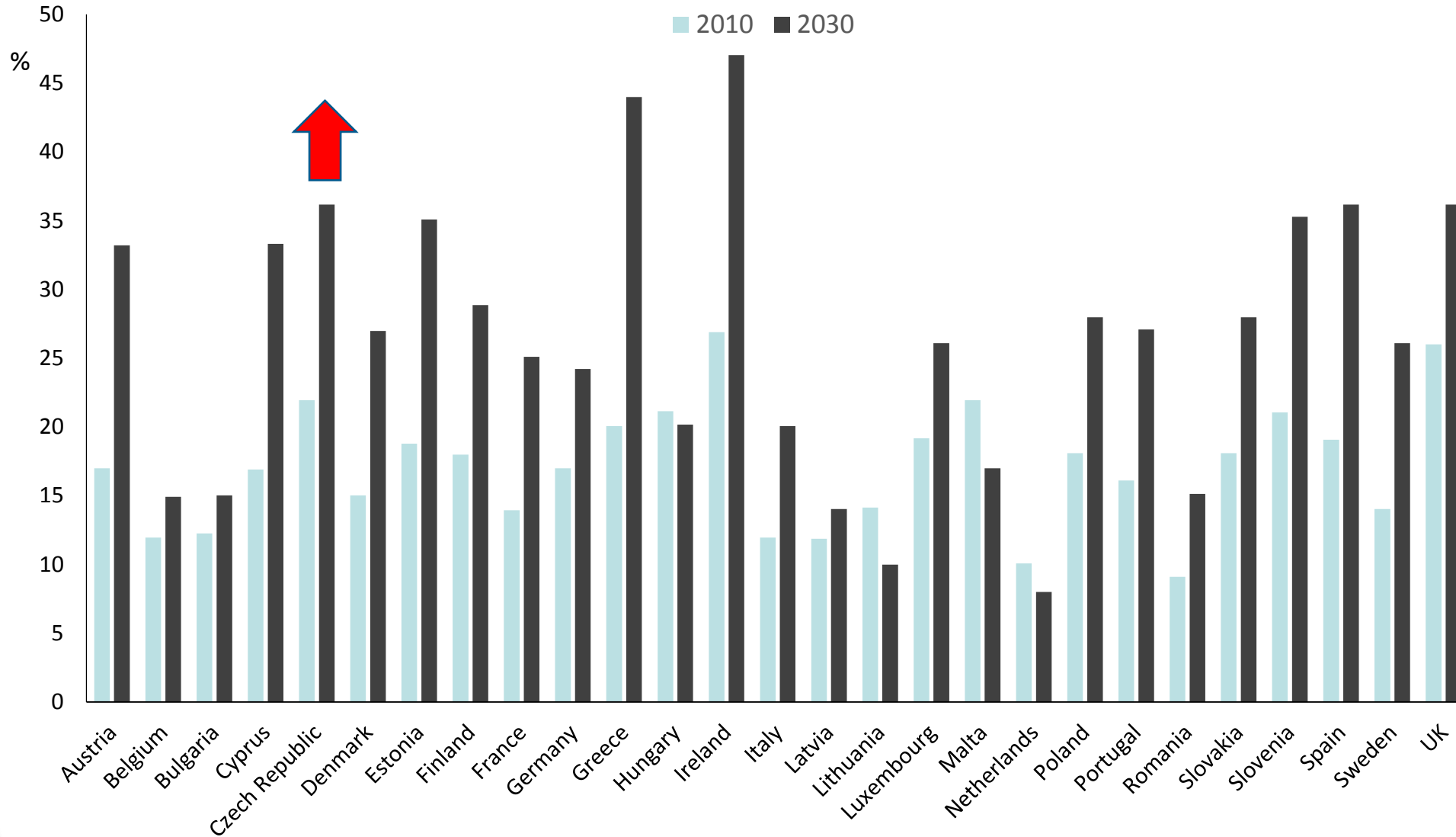
Proočkovanosť proti papilomavírům od roku 2012 do roku 2016 významně klesá (z 76% na 63%). Hrazené očkování proti HPV je k dispozici pro dívky od třináctého roku věku do dovršení čtrnáctého roku.

Klesající proočkovanosť je významným zdravotním problémem a v oblasti očkování je v současnosti velký prostor pro zvyšování zdravotní gramotnosti obyvatelstva.

Pozn. *Data pro rok 2018 jsou k dispozici pouze po 3. kvartál. Jisté podhodnocení roku 2018 je rovněž způsobeno pacienty, z dané kalendářní kohorty kteří budou očkováni v následujícím roce – z těchto důvodů byla u vybraných výstupů pro časový trend provedena predikce pro celý rok 2018.

Projekce obesity pro rok 2030

Zdroj: WHO Modelling obesity Project 2013 together with UK Health Forum – NOPA II

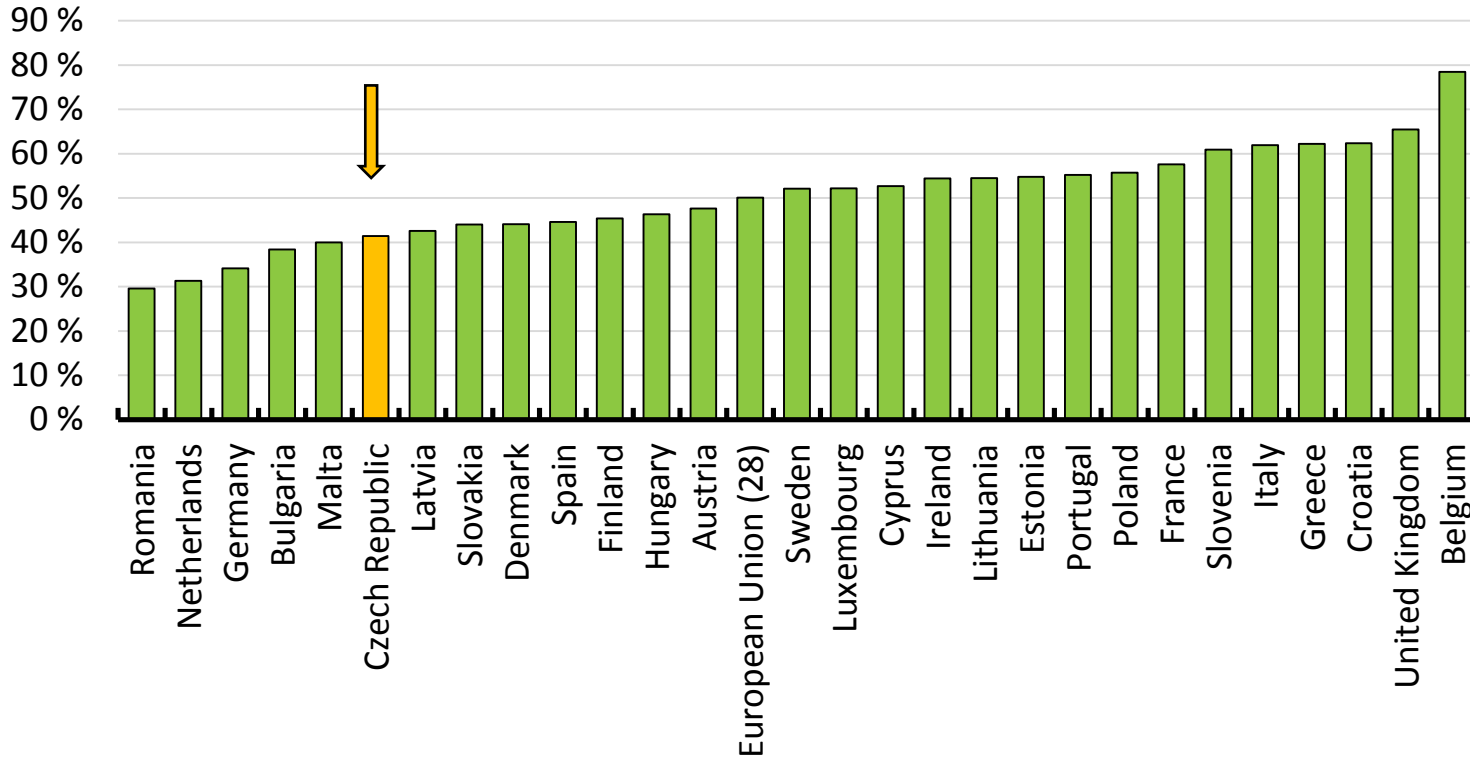


Provedené mezinárodně srovnatelné populační predikce předpovídají v české populaci další růst prevalence obezity, a to pro rok 2030 až k hranici 35%. Z dosavadních trendů a tempa růstu prevalence obézních osob lze rovněž věrohodně predikovat růst incidence řady vážných zdravotních problémů a onemocnění, zejména diabetu.

Konzumace zeleniny

Zdroj: EHIS 2014

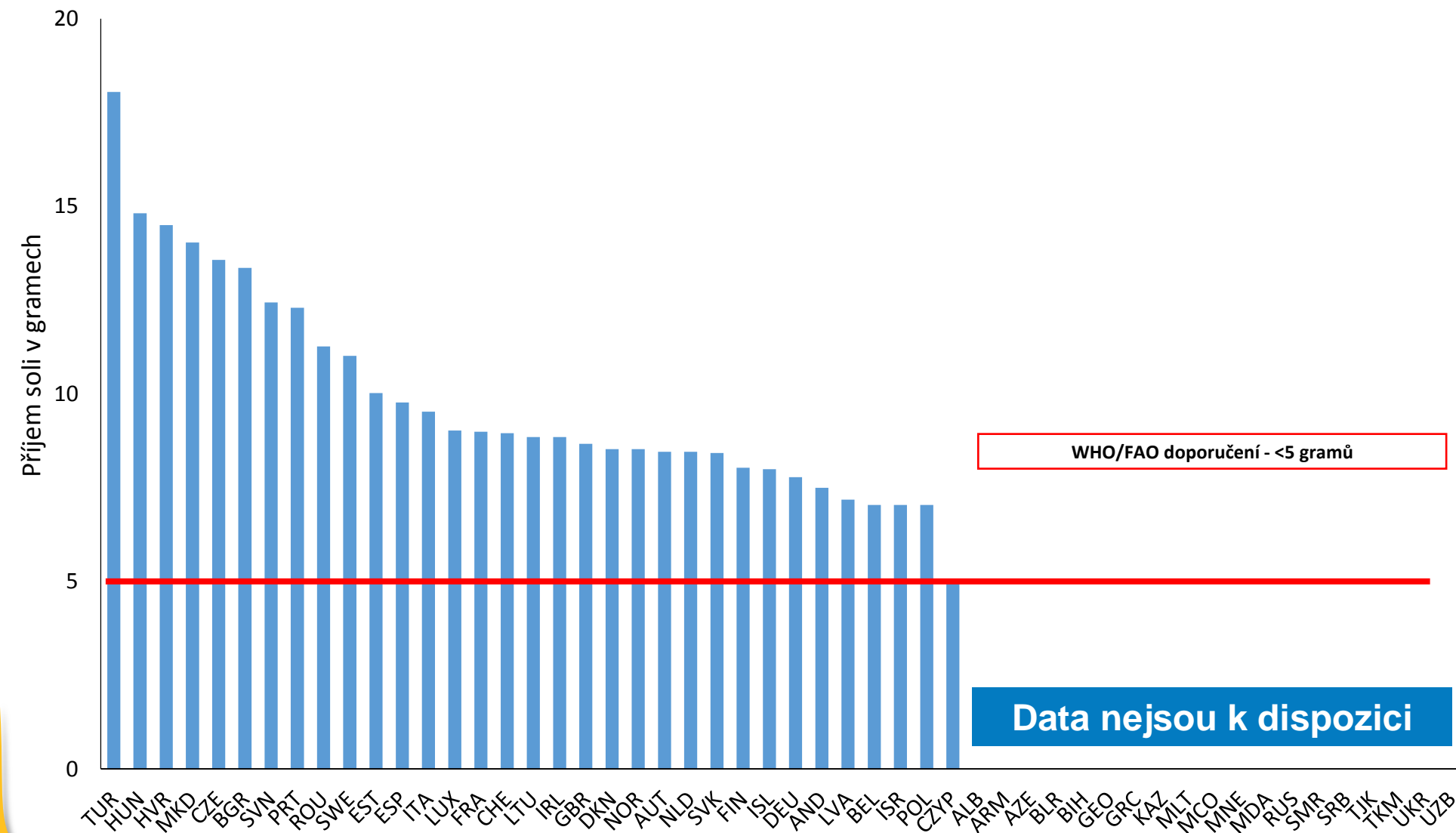
Podíl osob konzumujících zeleninu alespoň jednou denně



Česká republika patří v rámci Evropské Unie ke státům s nejmenší konzumací zeleniny. Tato skutečnost má negativní vliv na zdravotní stav české populace.

Příjem soli na osobu dospělé populace v Evropském regionu

Zdroj: Salt intake per person per day for adults in the WHO European Region from individual country-based surveys, various years

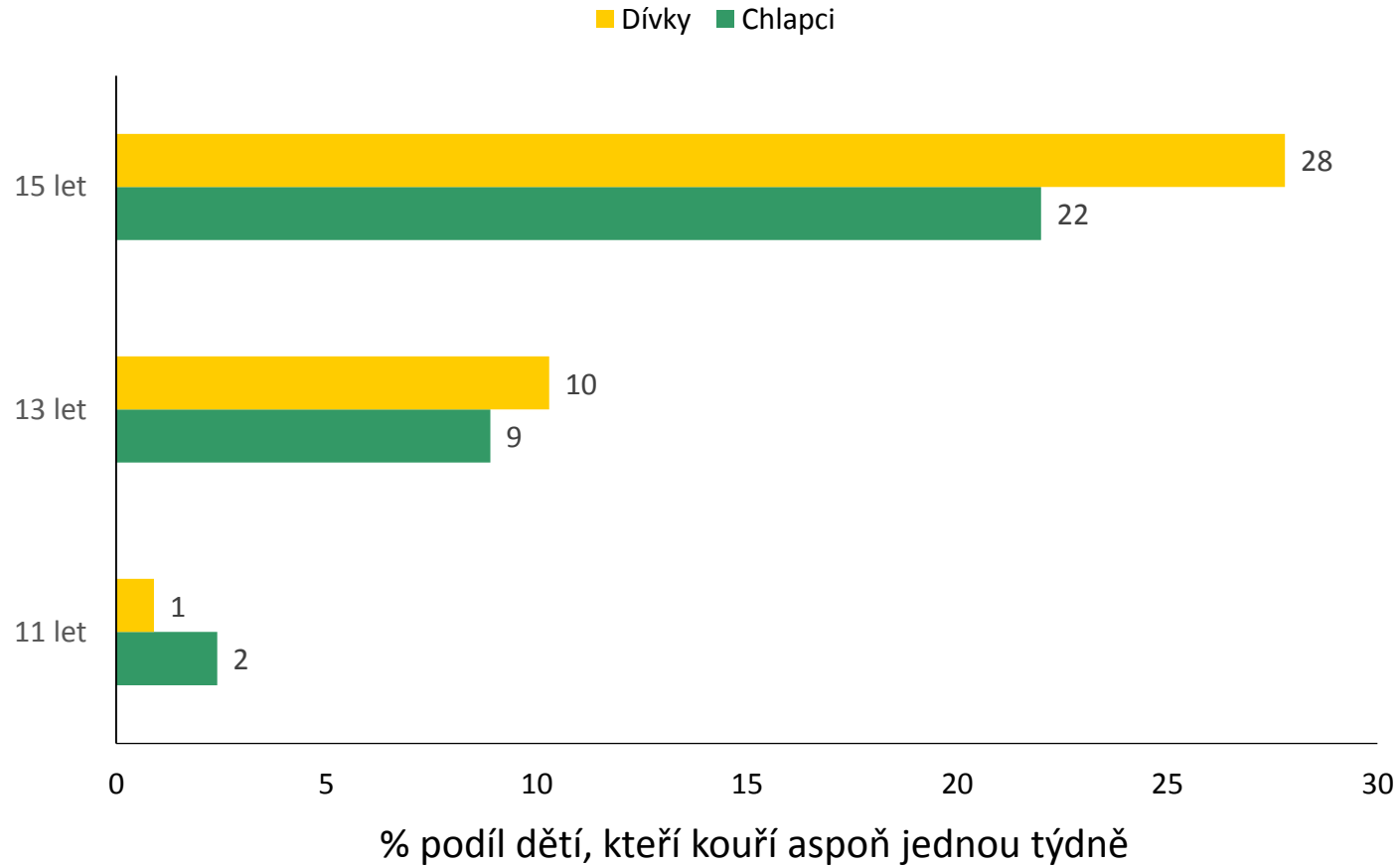


Denní příjem soli se u dospělé populace v ČR blíží hranici 14 – 15 g / den, což je dávka až 3x překračující doporučený denní limit (doporučení WHO/FAO). Z dostupných mezinárodních srovnání WHO je česká populace v tomto parametru mezi cca pěti státy s nejvyšším naměřeným příjmem soli.

Kouření cigaret u dětí v ČR

Zdroj: HBSC

Kouření aspoň 1x týdně (v %)

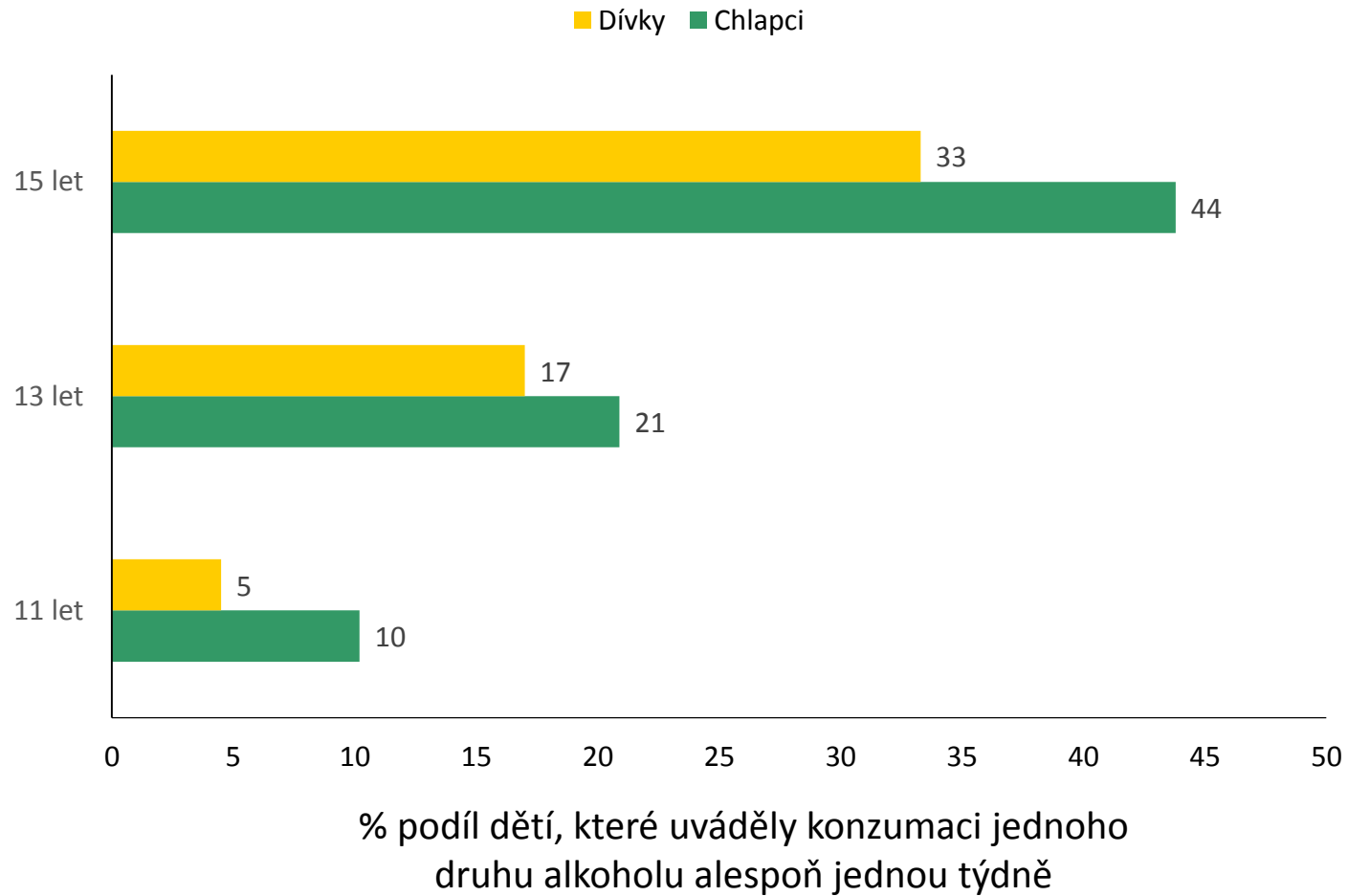


Zkušenosti s kouřením tabáku uvádí více než polovina třináctiletých a tři čtvrtiny patnáctiletých. Pravidelnými kuřáky více než 20% patnáctiletých. Pravidelně kouří častěji dívky než chlapci.

Pití alkoholu u dětí

Zdroj: HBSC

Konzumace alkoholu aspoň jednou týdně (v %)



Jako vysoce rizikovou skutečnost je třeba vnímat vysoký a rostoucí podíl dětí a adolescentů, kteří mají zkušenost s alkoholem již ve velmi nízkém věku. Mezi roky 2006 a 2010 vzrostl počet dětí, které uvedly, že byly opakovaně opilé (u 15 letých chlapců byl nárůst ze 37 % na 46 %, u děvčat ze 30 % na 40 %).

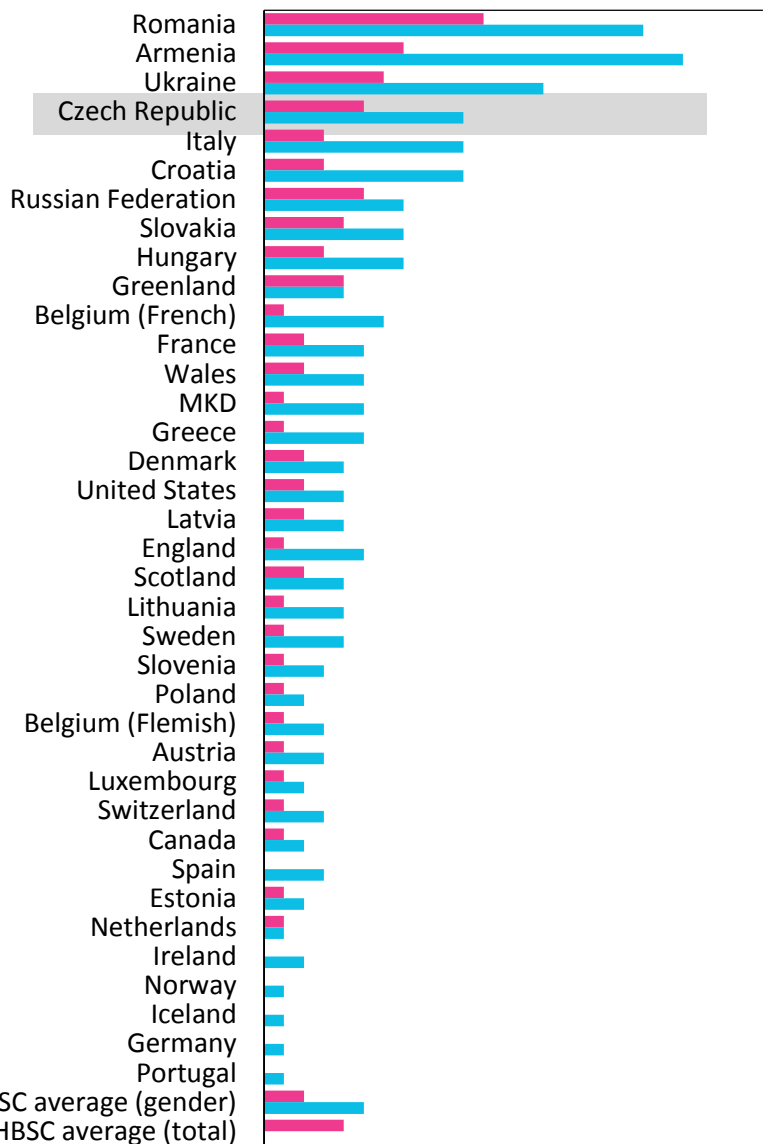
Podíl dětí, které v průzkumech uvádějí konzumaci jednoho druhu alkoholu alespoň jednou týdně, narůstá již od věku 10 – 11 let (10% chlapci, 5% dívky) a v 15 letech věku dosahuje 44% u chlapců a 33% u dívek.

Děti, které pijí alkohol alespoň 1x týdně

Zdroj: HBSC ■ girls ■ boys

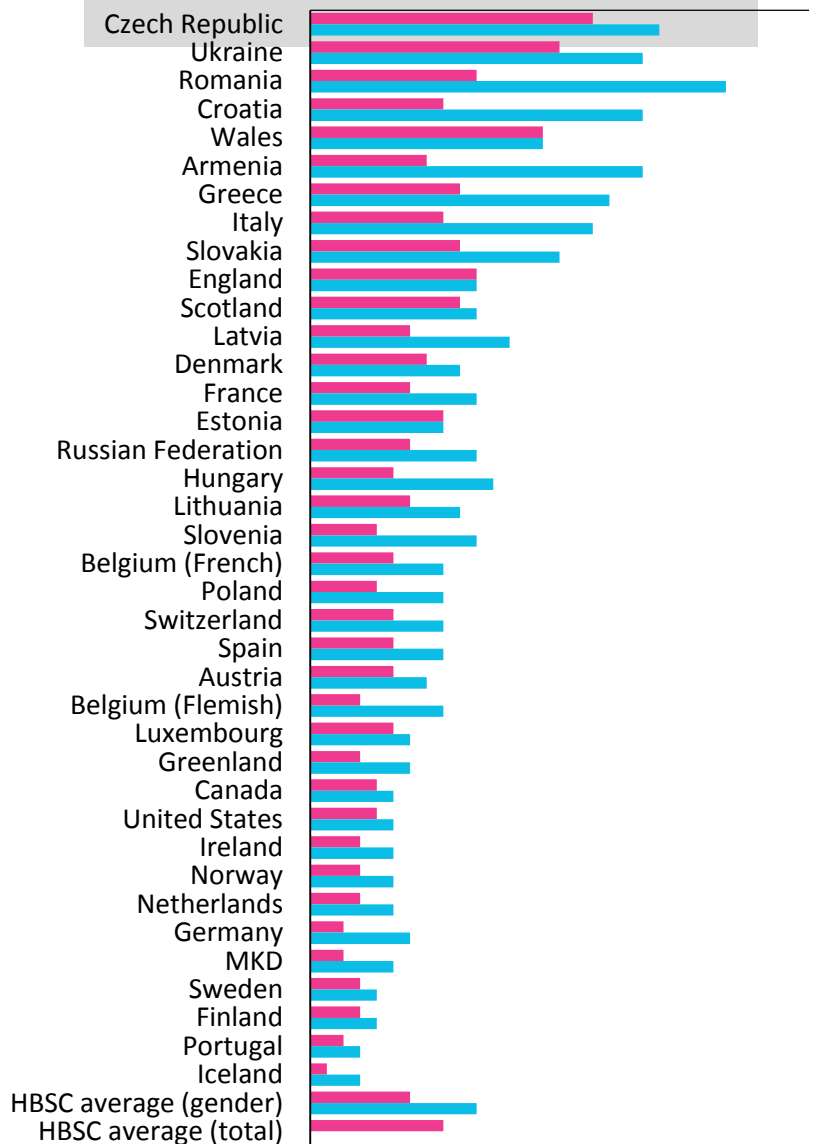
11 years old

0 5 10 15 20 25



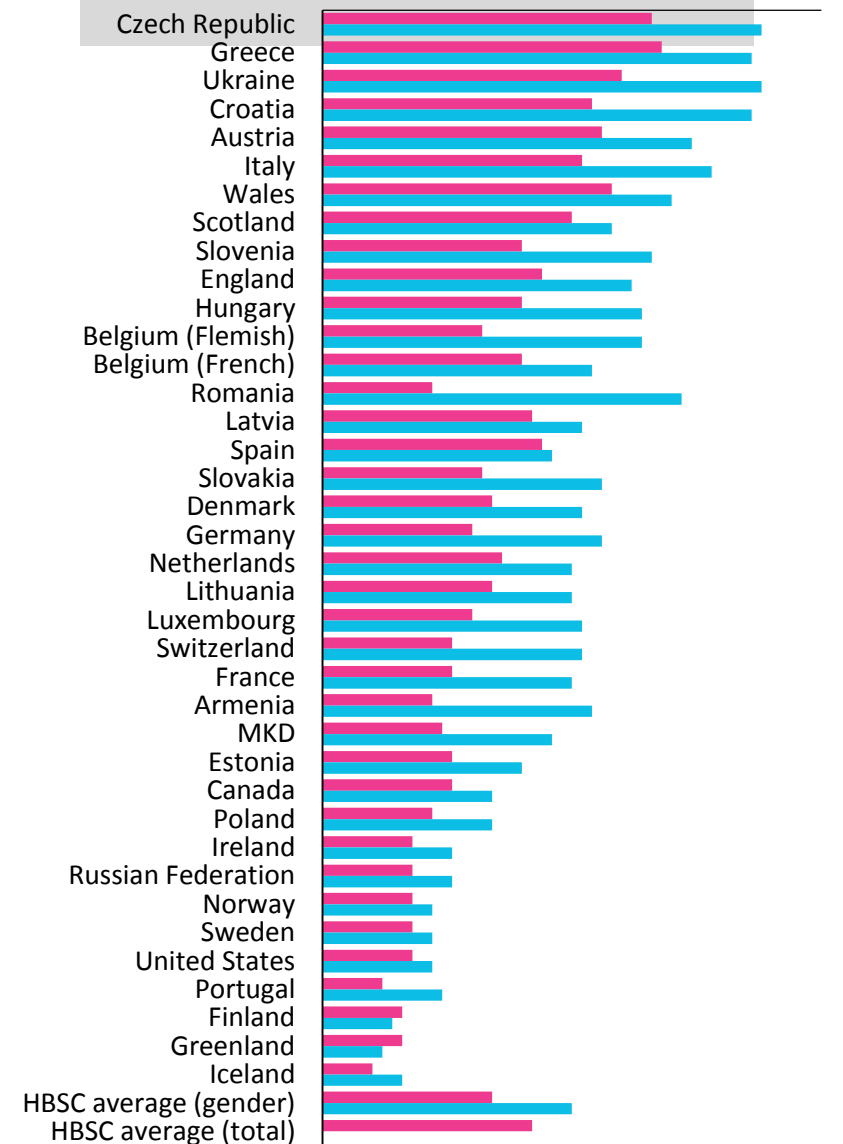
13 years old

0 5 10 15 20 25 30



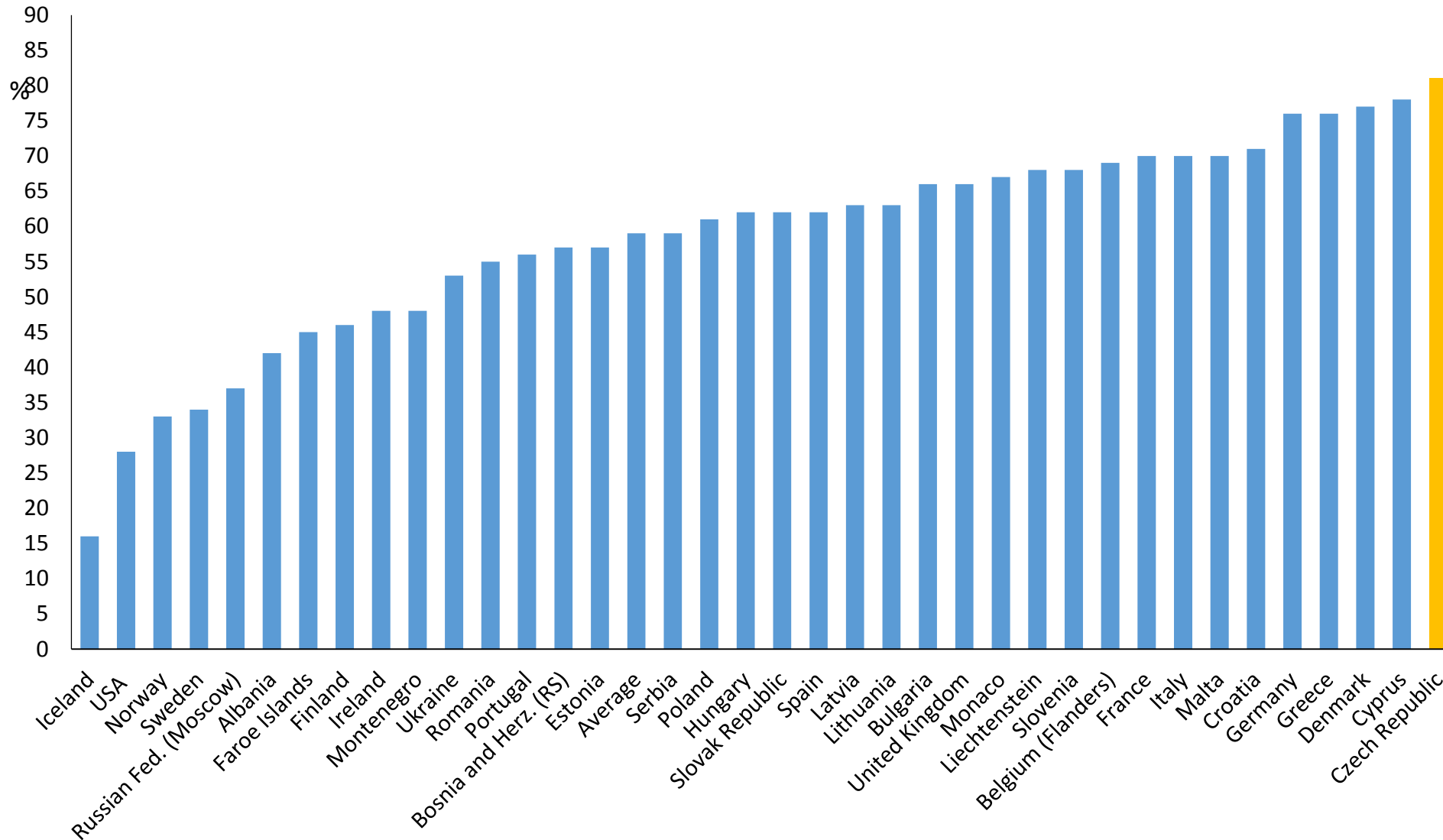
15 years old

0 10 20 30 40 50



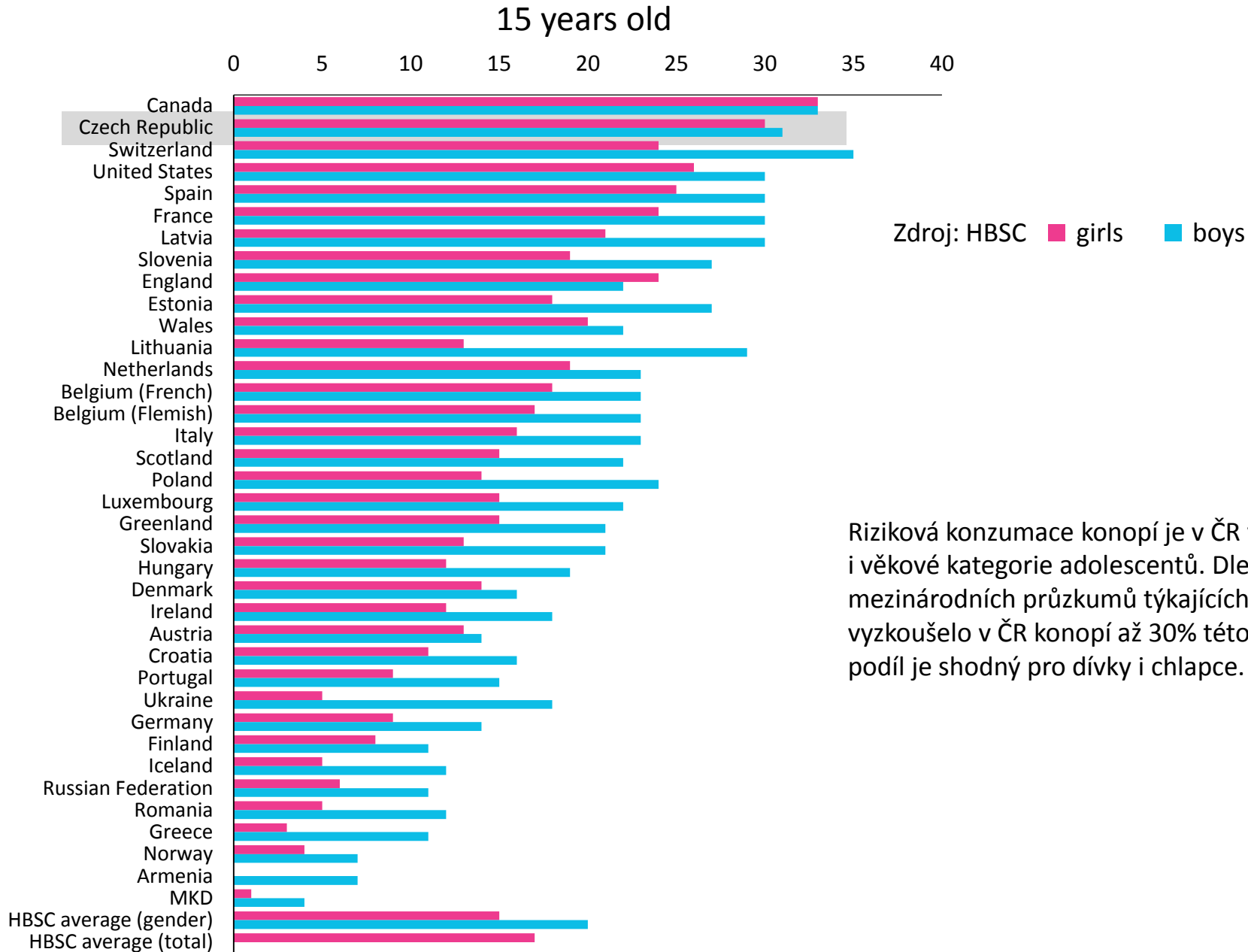
Užívání alkoholu v posledních 30 dnech – chlapci (15-16 let)

Zdroj: Studie ESPAD realizovaná v r.2011, publikovaná v r. 2012



Česká republika se v mezinárodních průzkumech (např. studie ESPAD) řadí na přední příčky v konzumaci alkoholu u adolescentů. Tato vysoce riziková skutečnost platí přitom ve stejné míře pro dívky i chlapce.

Podíl dětí (věk 15 let), které vyzkoušely konopí



Riziková konzumace konopí je v ČR velmi rozšířená a zasahuje i věkové kategorie adolescentů. Dle dostupných mezinárodních průzkumů týkajících se dětí ve věku 15 let vyzkoušelo v ČR konopí až 30% této populace, přičemž tento podíl je shodný pro dívky i chlapce.

Národní screeningové centrum



NSC NÁRODNÍ
SCREENINGOVÉ
CENTRUM

Národní screeningové centrum (NSC) je součástí ÚZIS ČR se samostatnou koordinační a řídicí strukturou. Jeho hlavním cílem je vybudování metodického a personálního zázemí pro zavádění, realizaci a hodnocení screeningových programů v ČR.

Národní screeningové centrum má za cíl:

- tvorbu obecné **metodiky pro monitoring a evaluaci** screeningových programů,
- **optimalizaci nákladové efektivity** screeningových programů,
- **inovaci stávajících screeningových programů** časného záchytu onemocnění,
- koordinaci **realizace pilotních projektů** časného záchytu onemocnění a vyhodnocování realizovatelnosti návazných screeningových programů na národní úrovni,
- **zvýšení dopadu** programů časného záchytu onemocnění na zdraví obyvatel.

***Národní rada pro implementaci a řízení programů časného záchytu onemocnění** byla zřízena v polovině roku 2017 a slouží jako poradní orgán Ministerstva zdravotnictví ČR v oblasti řízení programů časného záchytu onemocnění. Hlavním posláním Národní rady je formulace doporučení ke stanovení optimální strategie k realizaci programů časného záchytu onemocnění v ČR.*



<https://nsc.uzis.cz/>

Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

NSC NÁRODNÍ
SCREENINGOVÉ
CENTRUM

ÚZIS

Národní screeningové centrum

Informace o NSC Akční plán Mezinárodní spolupráce Datová základna

Pilotní projekty Konference a školení E-learningová školení Informace pro veřejnost

Aktuality Zpravodaj Výstupy Kontakt Facebook

Přihlášení k odběru novinek: Souhlasím se zpracováním os. údajů

ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

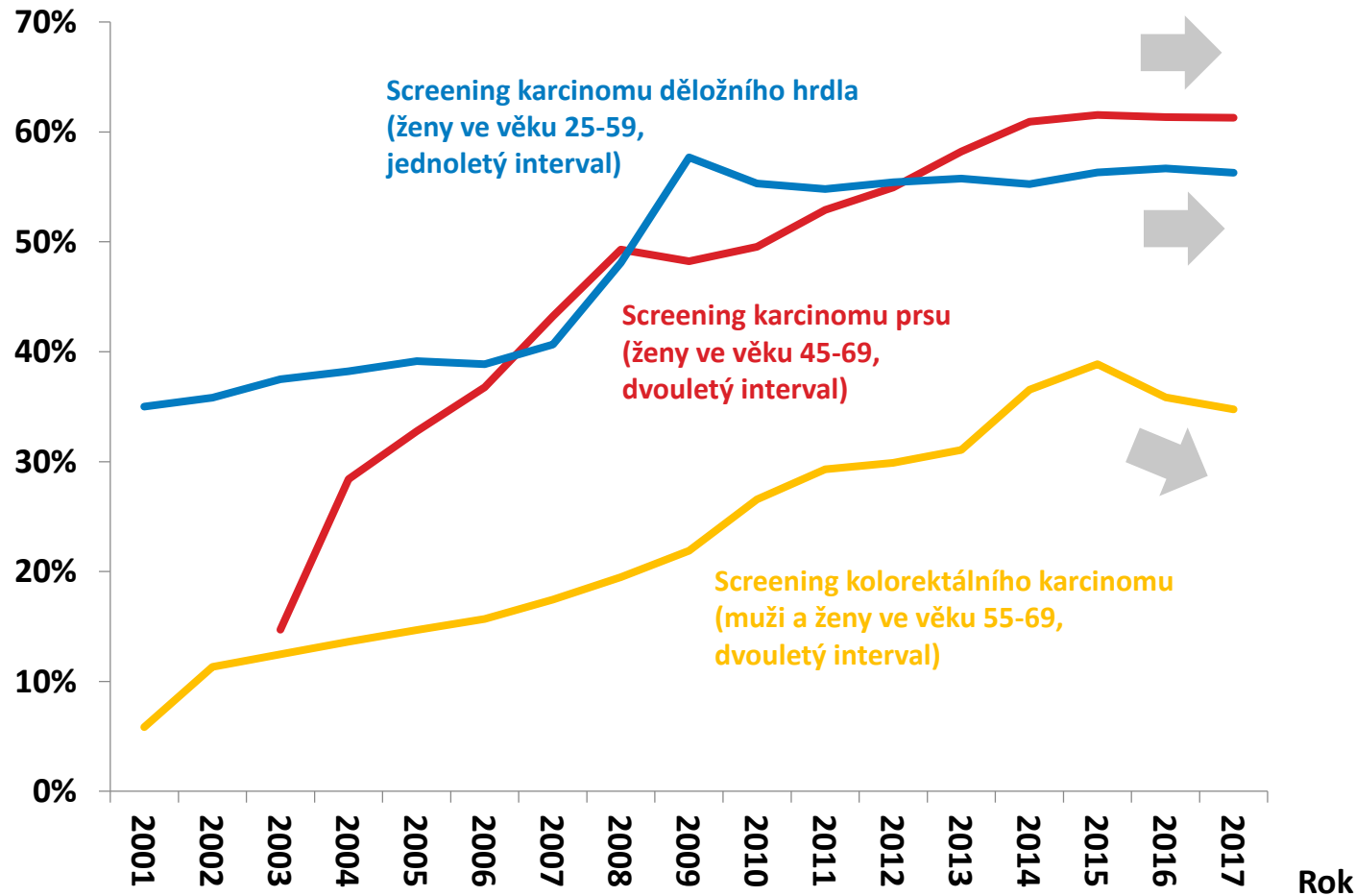
MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

2018 NSC | Mapa serveru | Prohlášení o používání cookies CZ

Pokrytí programy screeningu zhoubných nádorů

Zdroj: údaje zdravotních pojišťoven, ÚZIS ČR

Pokrytí vyšetřením



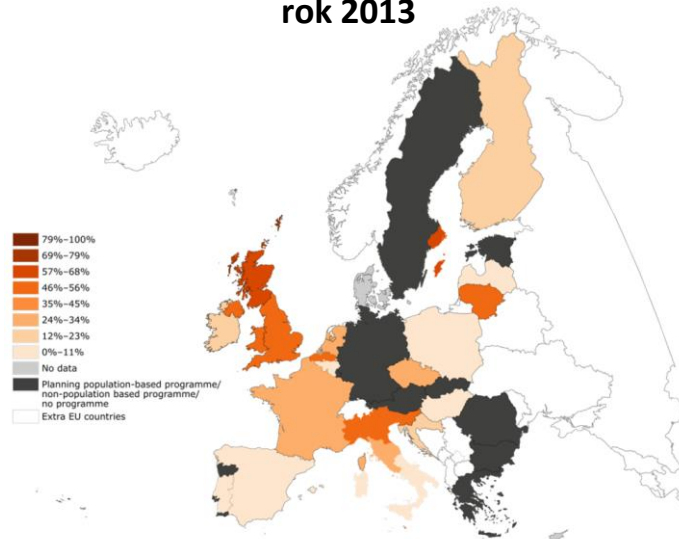
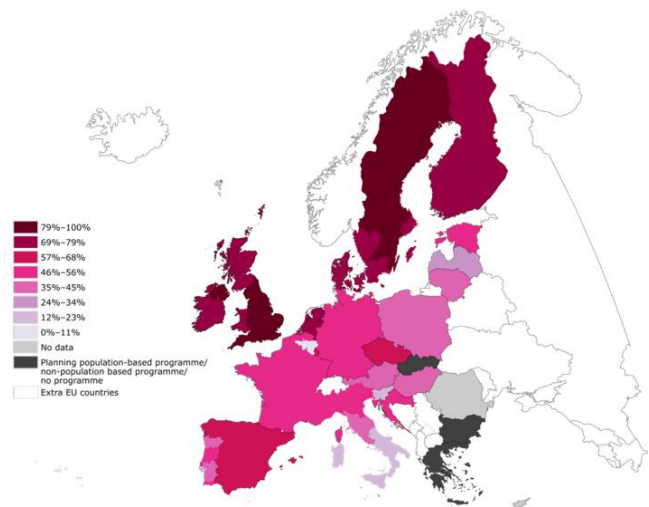
V České republice jsou dlouhodobě ustaveny a plně funkční všechny tři onkologické screeniny, které mají oporu v normách medicíny založené na důkazech. Avšak v posledních letech stagnuje pokrytí těmito screeningovými vyšetřeními. U screeningu kolorektálního karcinomu dokonce dochází k poklesu. Výsledky tedy poukazují na rezervy programů a je nezbytné **připravit a realizovat soubor opatření, která povedou k vyšší účasti a zájmu cílové populace** o screeningové programy, zejména o screening kolorektálního karcinomu.

Mezinárodní srovnání pokrytí screeningovými programy

Zdroj: Cancer Screening in the European Union, Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. 2017.

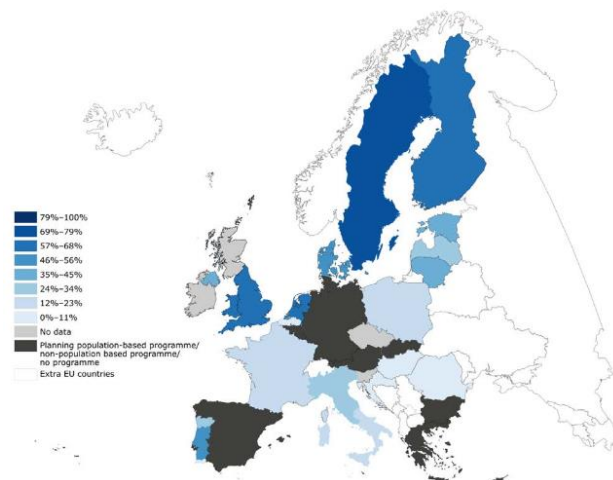
Pokrytí screeningem karcinomu prsu, rok 2013

Pokrytí screeningem kolorektálního karcinomu, rok 2013



Pokrytí screeningem karcinomu děložního hrdla, rok 2014

| Vybrané země (2014) | Pokrytí |
|---------------------|---------------|
| Česká republika* | 55,2 % |
| Dánsko | 80,3 % |
| Maďarsko | 52,4 % |
| Irsko | 80,0 % |
| Itálie | 29,7 % |
| Litva | 26,8 % |
| Lotyšsko | 46,9 % |
| Slovensko | 76,5 % |
| Švédsko | 86,7 % |
| UK | 66,2 % |
| Evropa | 53,0 % |

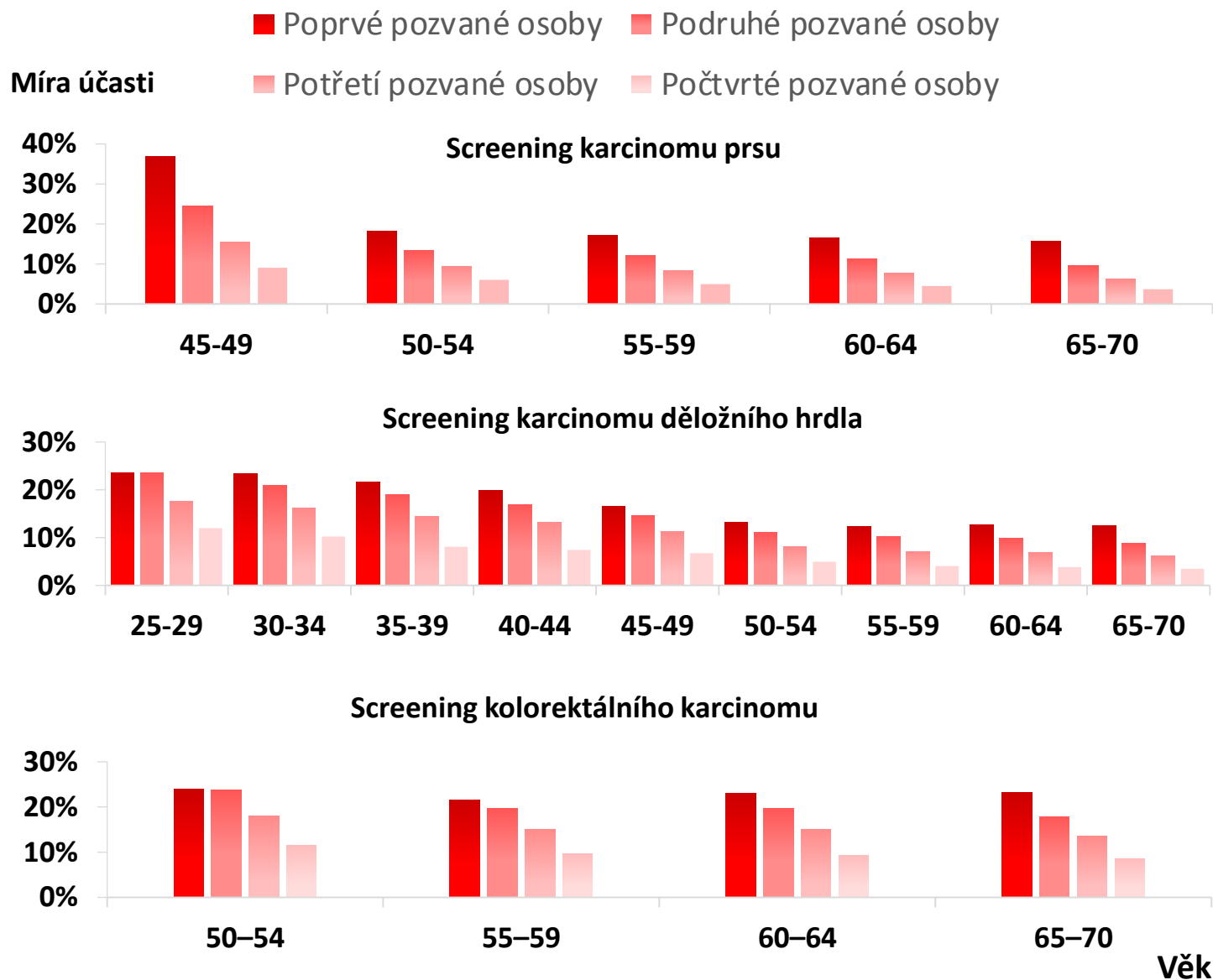


V mezinárodním srovnání dosahuje pokrytí screeningovými programy onkologických onemocnění v ČR velmi solidních výsledků. **Nedosahuje však úrovně regionů či států s dlouhodobě zavedeným populačním screeningem, je zde tedy prostor pro další inovace a posílení populačního programu.**

* 1letý screeningový interval

Odezva na adresné zvaní ke screeningovým programům

Zdroj: údaje zdravotních pojišťoven, ÚZIS ČR



Problémem systému adresného zvaní k onkologickým screeningům je značná rezistence určité části české populace. Systém zvaní je založen na principu, kdy jsou zvaní občané, kteří se do screeningů nezapojili. Největší pozitivní odezvu přitom přinášejí právě první pozvánky (20 – 30% oslovených se screeningů zúčastní). Odezva na adresnou výzvu avšak zřetelně klesá s opakovaným pozváním osob. Stávající systém tedy vyžaduje inovaci pro zvýšení jeho efektivity.

„ZDRAVÍ 2030“ – analytická studie



Specifický cíl 2.1

Integrace zdravotní a sociální péče

Reforma péče o duševní zdraví

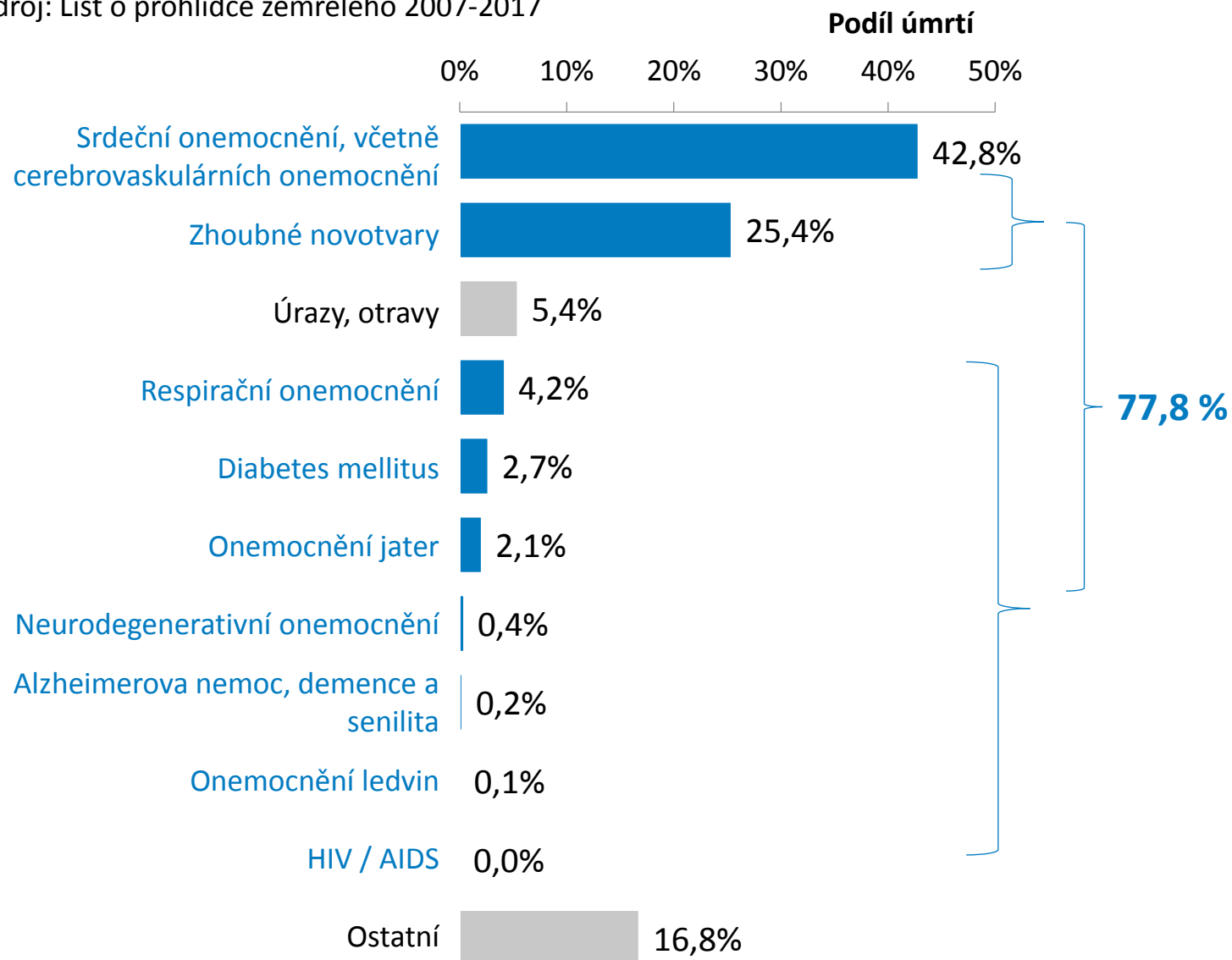
Specifický cíl 2.1 – dílčí cíle

V oblasti implementace modelů integrované péče a integrace zdravotní a sociální péče:

- Vytvoření konsensuální strategie rozvoje zdravotně sociální péče, standardizace doporučených postupů a metodik posilujících funkčnost zdravotně-sociálních služeb
- Implementace regionálně specifických modelů integrované péče
- Posilování role praktických lékařů v dlouhodobé péči o pacienty.
- Zvýšení dostupnosti integrovaných zdravotních a sociálních služeb, zvýšení kvality života pacientů s chronickými a nevyléčitelnými chorobami
- Optimalizace lůžkového fondu a zvýšení dostupnosti následné a dlouhodobé péče
- Posílení péče poskytované v domácím prostředí pacientů
- Programy optimalizace a zvyšování dostupnosti paliativní péče ve všech formách (konziliární paliativní péče v nemocnicích, mobilní specializovaná PP, domácí péče, hospicová péče)
- Programy posilující roli rodinných příslušníků a jiných laických pečovatелů v dlouhodobé péči.

Potřeba paliativní péče v ČR

Zdroj: List o prohlídce zemřelého 2007-2017



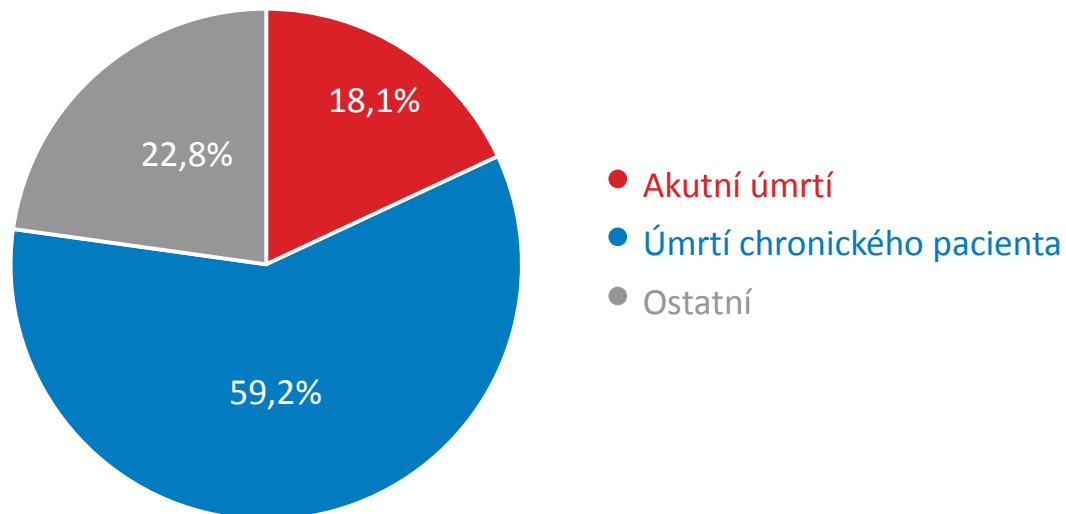
Recentní data Listu o prohlídce zemřelých ukazují, že téměř 78% všech úmrtí spadá do diagnostických skupin, které jsou relevantní pro paliativní péči (dle definice Murtagh et al. 2014).

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.



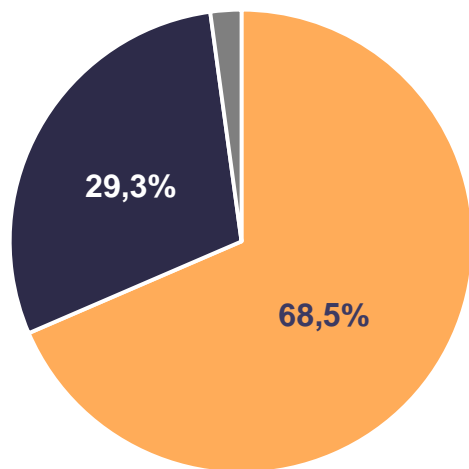
68 % všech úmrtí nastává na lůžku zdravotnického zařízení

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

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

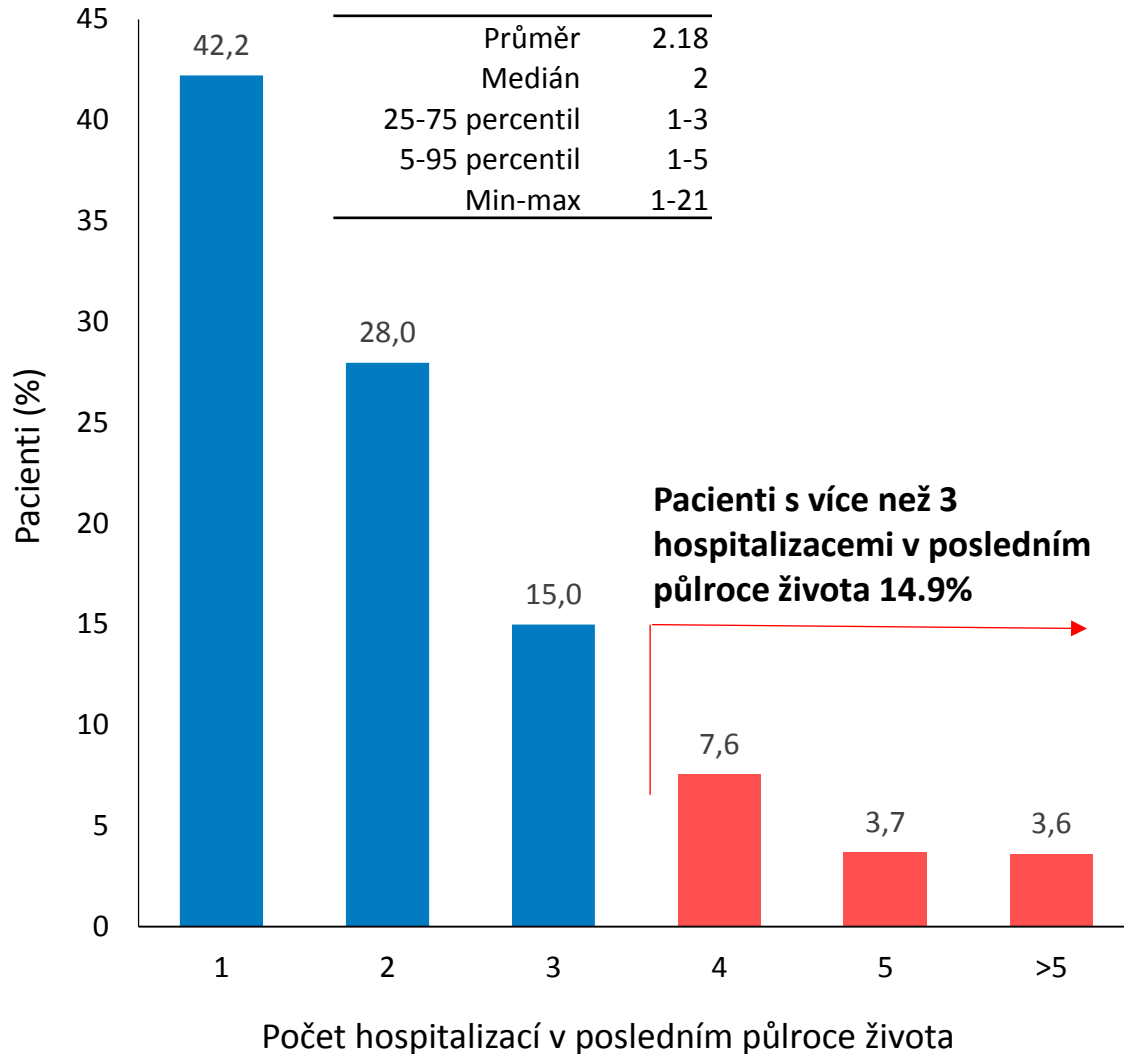
Sekvence lůžek při poslední hospitalizaci

| | | |
|------------------------------|------|----------------|
| 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%)

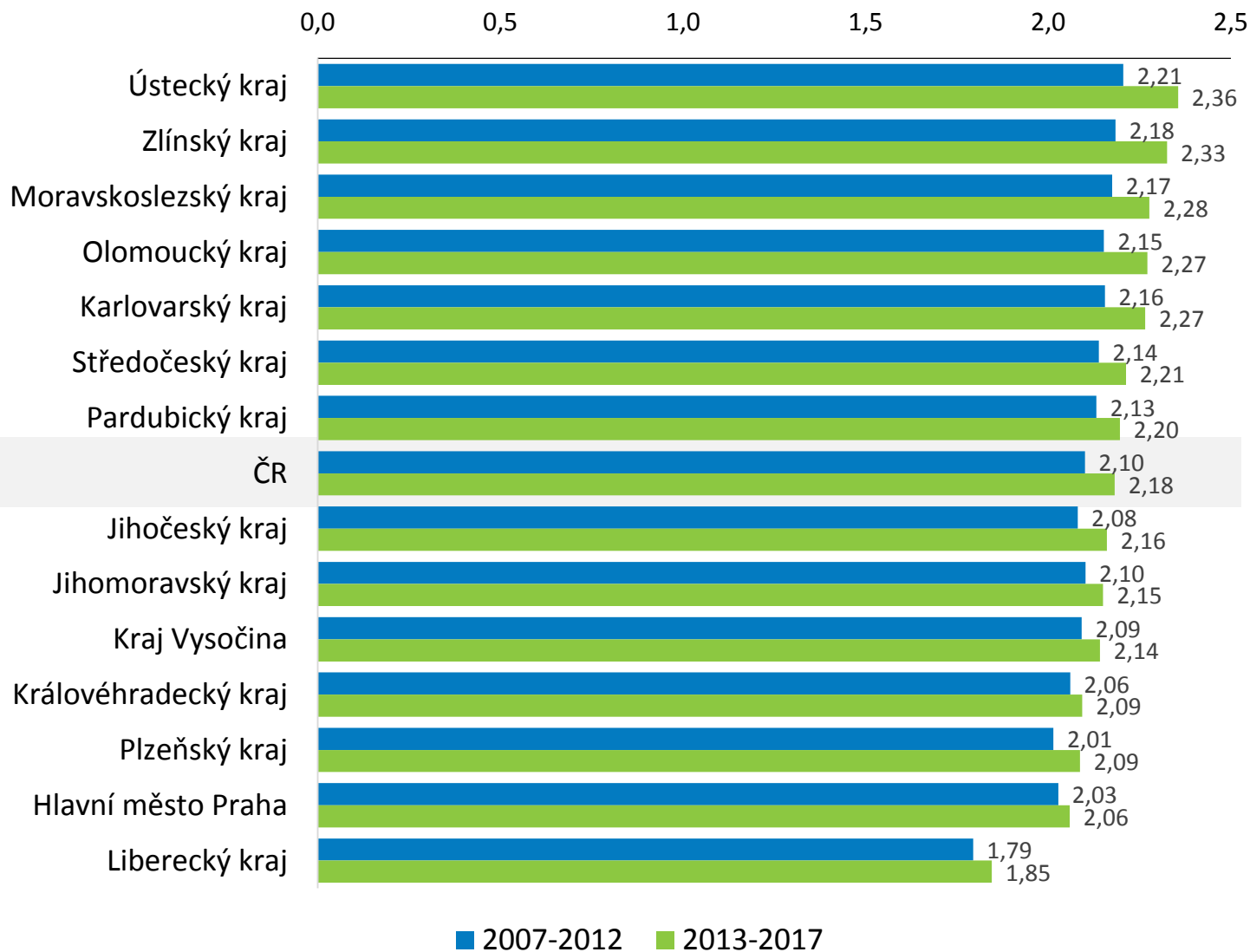
| | |
|----------------------|--------------|
| Ústecký kraj | 17.9% |
| Zlínský kraj | 17.4% |
| Karlovarský kraj | 16.9% |
| Moravskoslezský kraj | 16.5% |
| Olomoucký kraj | 16.1% |
| Středočeský kraj | 15.7% |
| ČR | 14.9% |
| Pardubický kraj | 14.7% |
| Jihočeský kraj | 14.3% |
| Kraj Vysočina | 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 vykazují celkem 6 krajů ČR.

Počet hospitalizací v posledním půlroce života

Zdroj: NRHOSP 2007 – 2017

Průměrný počet hospitalizací v posledním půlroce života

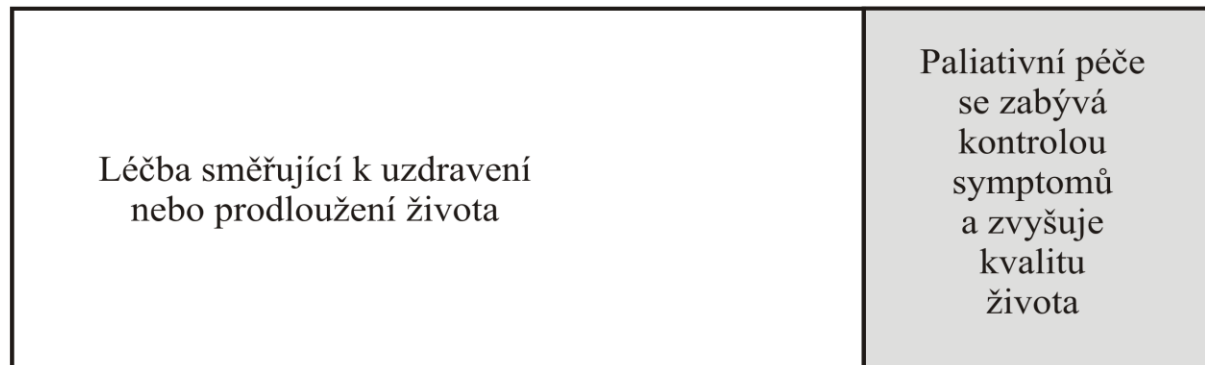


Průměrný počet hospitalizací v průběhu posledního půlroku života pacientů je v posledních pěti letech 2,18. Tato hodnota představuje mírný nárůst oproti předchozímu období 2007-2012 (2,10). Tuto průměrnou hodnotu je možné interpretovat jako vysokou v řadě oblastí (okresů) lze pozorovat i hodnoty blízké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

Model časné integrace paliativní péče

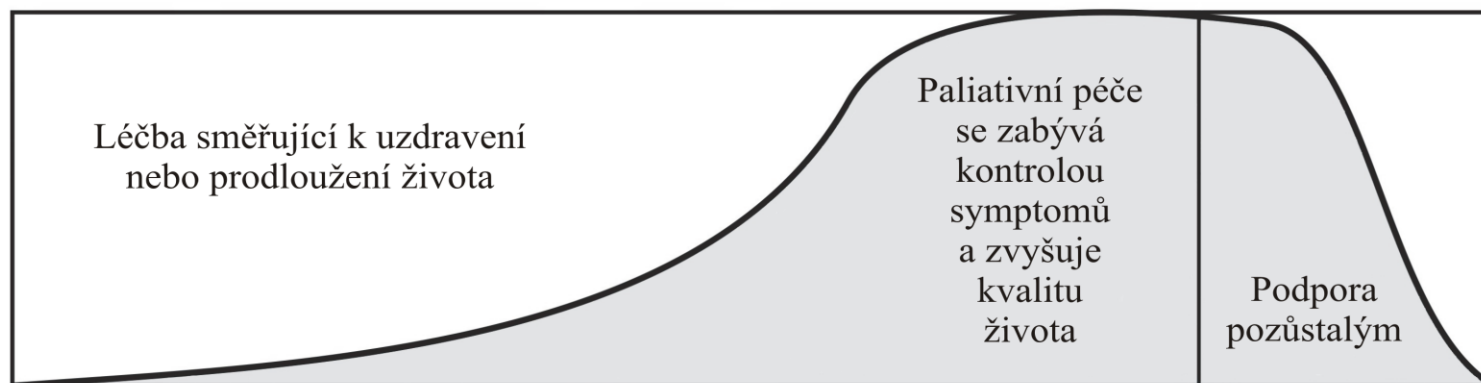
Tradiční přechod mezi kurativní a paliativní péčí



Diagnóza

Smrt

Model časné integrace paliativní péče



Diagnóza

Smrt

Zármutek

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.

Je třeba hledat modely časné 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

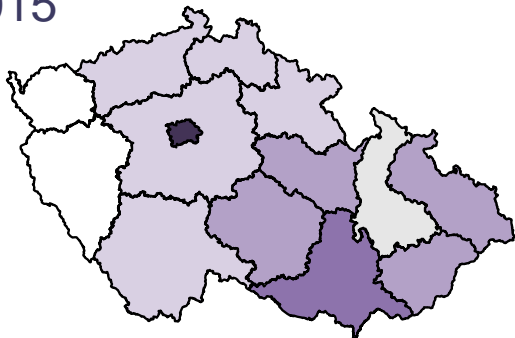
| REGION | Počet pacientů jimž byla vykázána zdravotní péče na odbornost 926 | | |
|----------------------|---|------|------|
| | 2015 | 2016 | 2017 |
| Hlavní město Praha | 86 | 121 | 128 |
| Středočeský kraj | 12 | 12 | 19 |
| Jihočeský kraj | 1 | 3 | |
| Plzeňský kraj | | 1 | 2 |
| Karlovarský kraj | | | |
| 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.

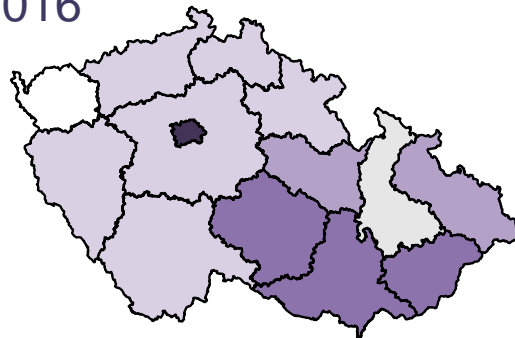
V administrativních datech souvisejících s vykazováním zdravotních služeb nelze najít všechnu péči poskytovatelů MSPP (neboť je stále dost často hrazena přímo či formou darů), ale přesto lze zaznamenat signifikantní nárůst té služby poskytované v rámci služeb hrazených ze zdravotního pojištění.

Nárůst počtu pacientů MSPP jejichž péče je hrazená zdravotní pojišťovnou

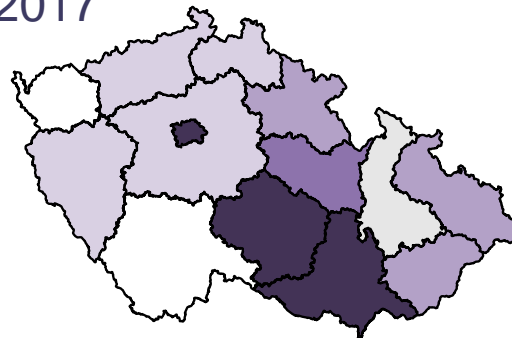
2015



2016



2017

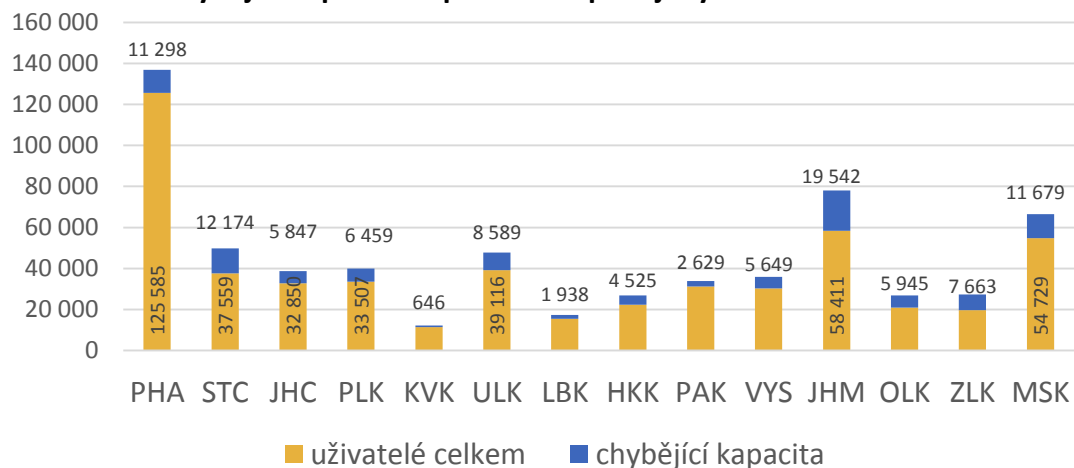


Chybějící kapacita poskytovatelů sociálních služeb

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



Specifický cíl 2.2

Personální stabilizace resortu zdravotnictví

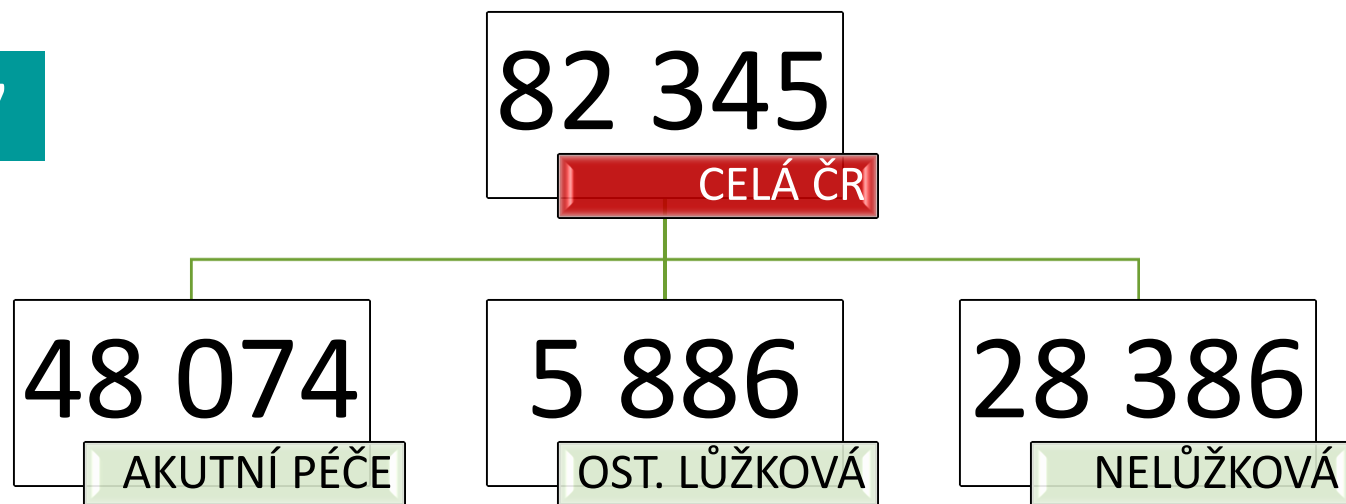
Specifický cíl 2.2 – dílčí cíle

- Implementace dlouhodobé strategie stabilizace a rozvoje personálních zdrojů ve zdravotnictví
- Posílení systémových a vzdělávacích nástrojů pro udržitelný rozvoj zdravotní péče
- Vybudování národního informačního systému pro monitoring stávajících a plánování potřebných personálních kapacit ve zdravotnictví – na celostátní, regionální i místní úrovni, zavedení „zaručených“ referenčních dat o personálních kapacitách
- Zvýšení atraktivity a prestiže zdravotnických profesí
- Posílení postavení všeobecných sester v systému zdravotní péče, podpora vzdělávání a kompetencí sester v jejich samostatných rolích, především v domácí zdravotní péči
- Zvýšení počtu zdravotních sester v systému a zvýšení zájmu o povolání
- Zlepšení prevence negativních dopadů psychické a fyzické zátěže pro zdravotnické profesionály
- Zlepšení organizace a průchodnosti postgraduálního vzdělávání zdravotnických pracovníků
- Snížení průměrného věku lékařů ve vybraných oborech
- Zvýšení podílu doporučených klinických postupů, kompetencí a vzdělávacích plánů přizpůsobených aktuálním podmínkám a rozvoji oboru

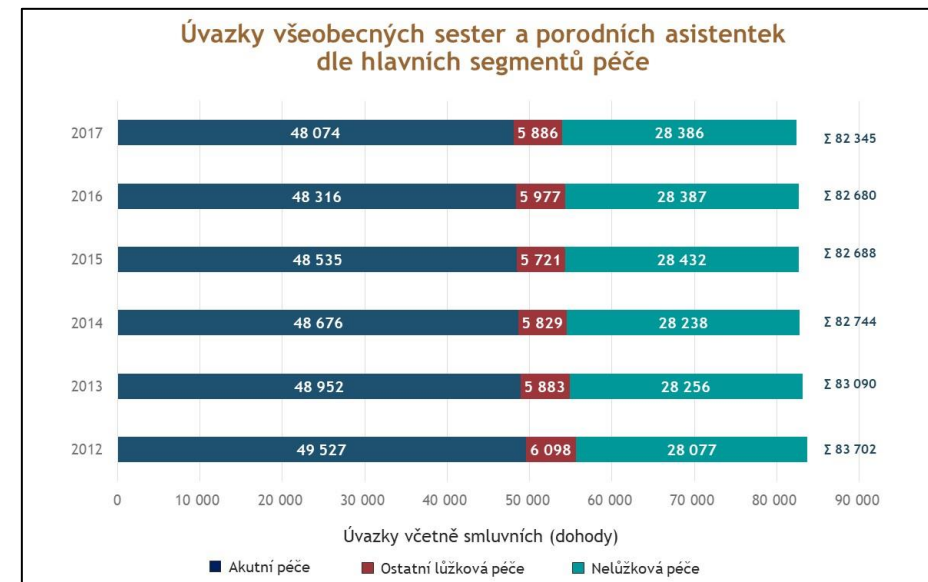
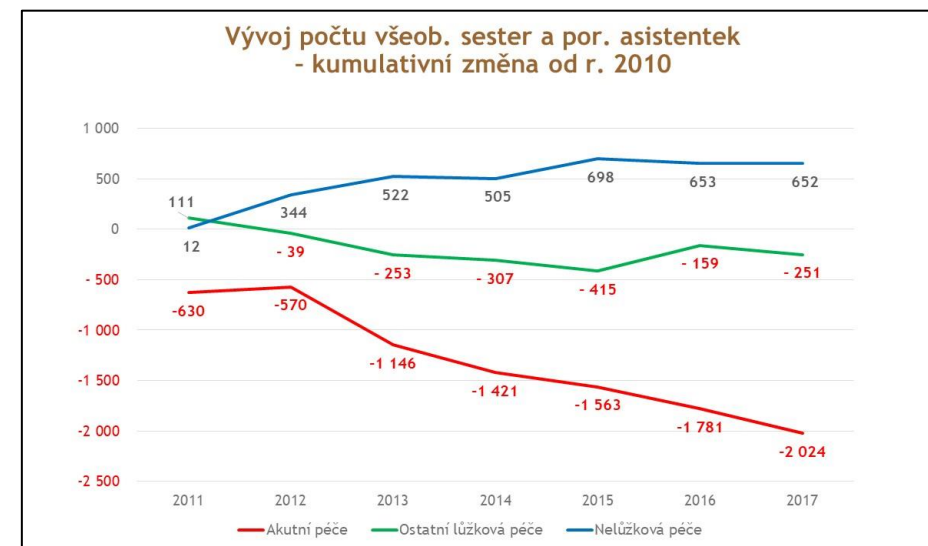
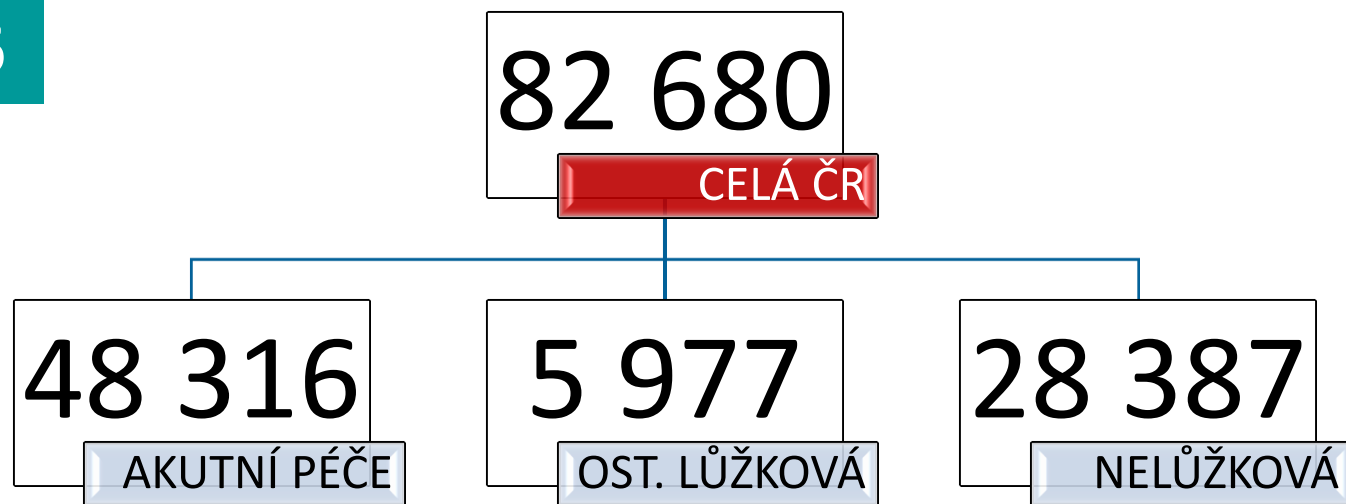
Kapacity sester v ČR dle počtu úvazků dle segmentů péče

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



„ZDRAVÍ 2030“ – analytická studie



Specifický cíl 2.3 Digitalizace zdravotnictví

Specifický cíl 2.3 – dílčí cíle

- Rozvoj a implementace koncepce digitalizace zdravotnictví, institucionalizace elektronického zdravotnictví
- Rozvoj centrální infrastruktury pro sdílení zdravotnické dokumentace, zaručenou a bezpečnou komunikaci a výměnu informací ve zdravotnictví
- Rozvoj systému poskytování služeb autoritativních údajů, resortních autoritativních registrů a modelu zaručených dat
- Rozvoj Národního zdravotnického informačního systému
- Rozvoj Národního zdravotnického informačního portálu
- Správa systému s rozvoj katalogu služeb elektronického zdravotnictví
- Podpora využívání a standardizace nástrojů elektronického zdravotnictví (nástroje pro standardizaci prostředí digitálního zdravotnictví, interoperabilní prostředí pro uživatele společných sdílených elektronických služeb ve zdravotnictví)
- Podpora využití nových digitálních technologií a postupů v oblasti personalizované medicíny, domácí péče, integrované péče

Specifický cíl 2.3 – dílčí cíle

- Podpora využití umělé inteligence ve zdravotnictví a implementace na ní založených služeb
- Rozvoj vědeckovýzkumné a inovační základny pro digitalizaci zdravotnictví a rozvoj znalostní základny digitálního zdravotnictví
- Praktické aplikace modelů bezpečného sdílení zdravotních záznamů, uplatnění technologie Blockchain a navazujících konceptů, využití konceptů z oblasti Big Data
- Širší zapojení technologie mobilního zdravotnictví (mHealth) a telemedicíny
- Rozvoj platforem pro komunikaci a koordinaci veřejné správy, průmyslu a akademické sféry pro účely rozvoje digitálních služeb ve zdravotnictví a v péči o zdraví
- Programy rozvoje obecné i specifické digitální gramotnosti pracovníků ve zdravotnictví
- Programy posilující budování důvěry ve služby digitálního zdravotnictví mezi občany i zdravotníky

„ZDRAVÍ 2030“ – analytická studie



Specifický cíl 2.4

Optimalizace systému úhrad ve zdravotnictví

Specifický cíl 2.4 – dílčí cíle

- Vytvořit informační systém postavený na meziresortní integraci ekonomických dat vztahujících se ke všem relevantním dimenzím příjmů a výdajů veřejného zdravotního pojištění
- Vytvořit a aplikovat novou resortní koncepci úhrad všech segmentů zdravotní péče, která posílí transparentnost, verifikovatelnost a plánovitou udržitelnost systému financování zdravotnictví. Tato koncepce bude vycházet ze stávajících strategických materiálů i dílčích analýz rezortu, bude vycházet z robustních podkladových dat a modelů a bude konsensuálním dokumentem všech zainteresovaných reportů.
- Vybudovat systém predikcí příjmů a nákladů veřejného zdravotního pojištění se základem ve srovnávacím modelu různých systémů úhrad
- Zajistit rozvoj, optimalizaci a udržitelnost systému úhrad akutní lůžkové péče založeném na DRG
- V návaznosti na výstupy aktivit naplňujících SC1.1. optimalizovat systém úhrad v primární péči s důrazem na motivační, výkon podporující složky a vytvořit modely nastavující vyváženost úhrad v různých segmentech ambulantní péče

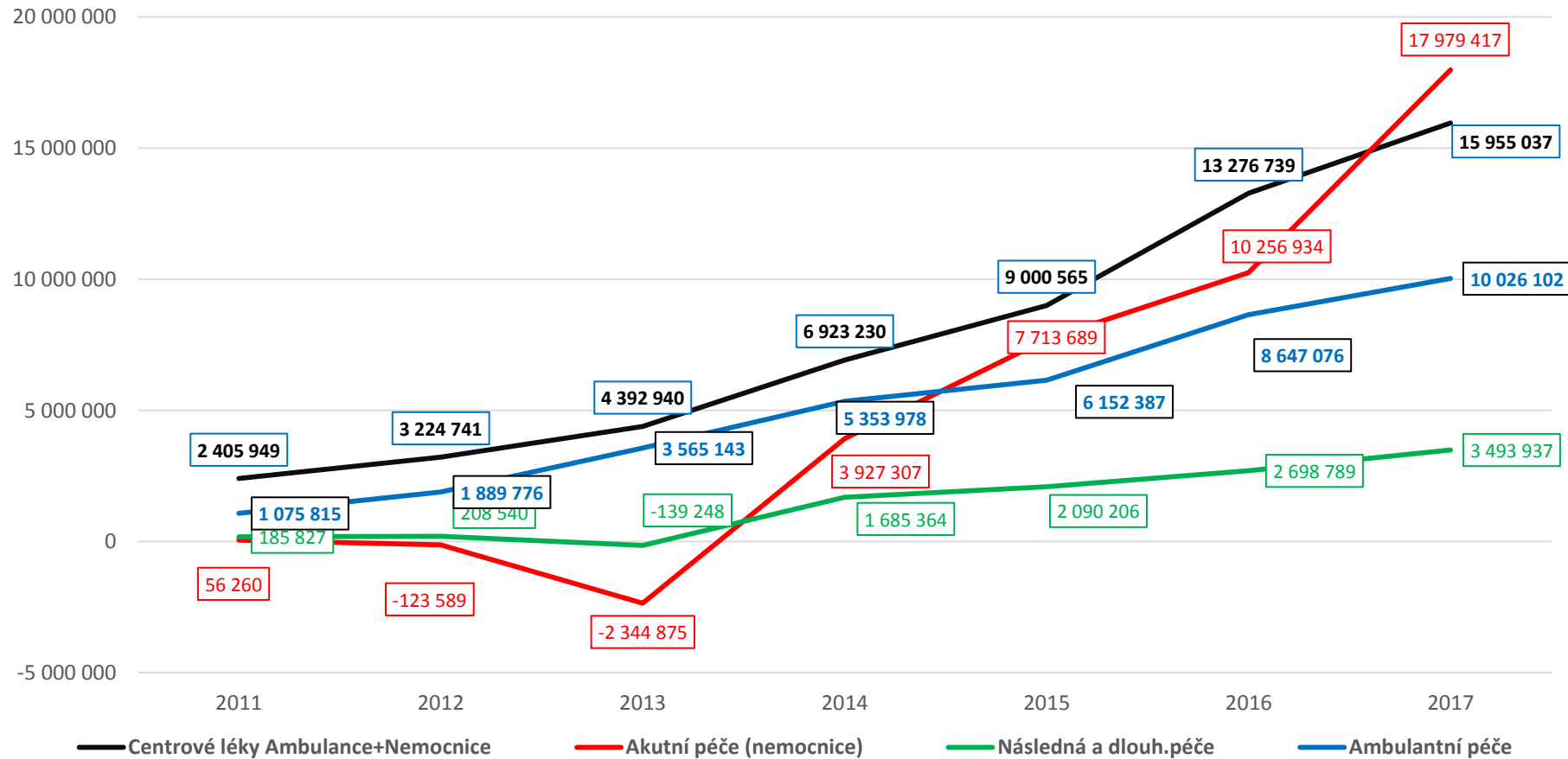
Specifický cíl 2.4 – dílčí cíle

- Vytvořit klasifikaci a systém umožňující standardizaci a optimalizaci systému úhrad zdravotních výkonů
- Připravit a v praxi aplikovat modely predikce ekonomických dopadů nových technologií a zavádění inovací ve zdravotnictví
- Sestavit modely hodnocení a optimalizace nákladů zdravotních a sociálních služeb, ekonomika zdravotně – sociálního pomezí systému
- Vytvořit modely udržitelného financování systémů integrované péče, komunitní psychiatrické péče a domácí péče

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



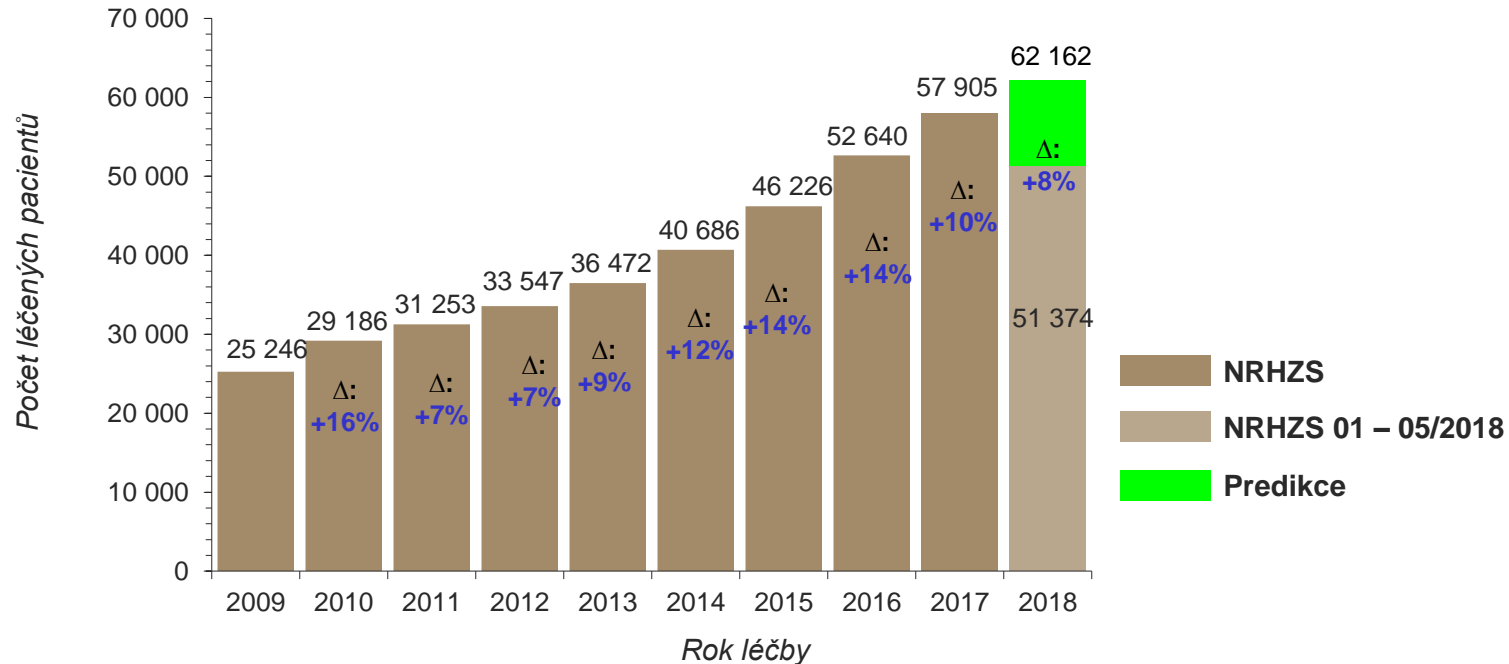
Vývoj nákladů zdravotních pojišťoven v tis. Kč, základna rok 2010: kalkulováno pro segmenty Ambulantní péče, Akutní péče (nemocnice), Následná a dlouhodobá péče a Centrové léky.

Vývoj počtu léčených pacientů v segmentu centrové léčby

Zdroj: NRHZS

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

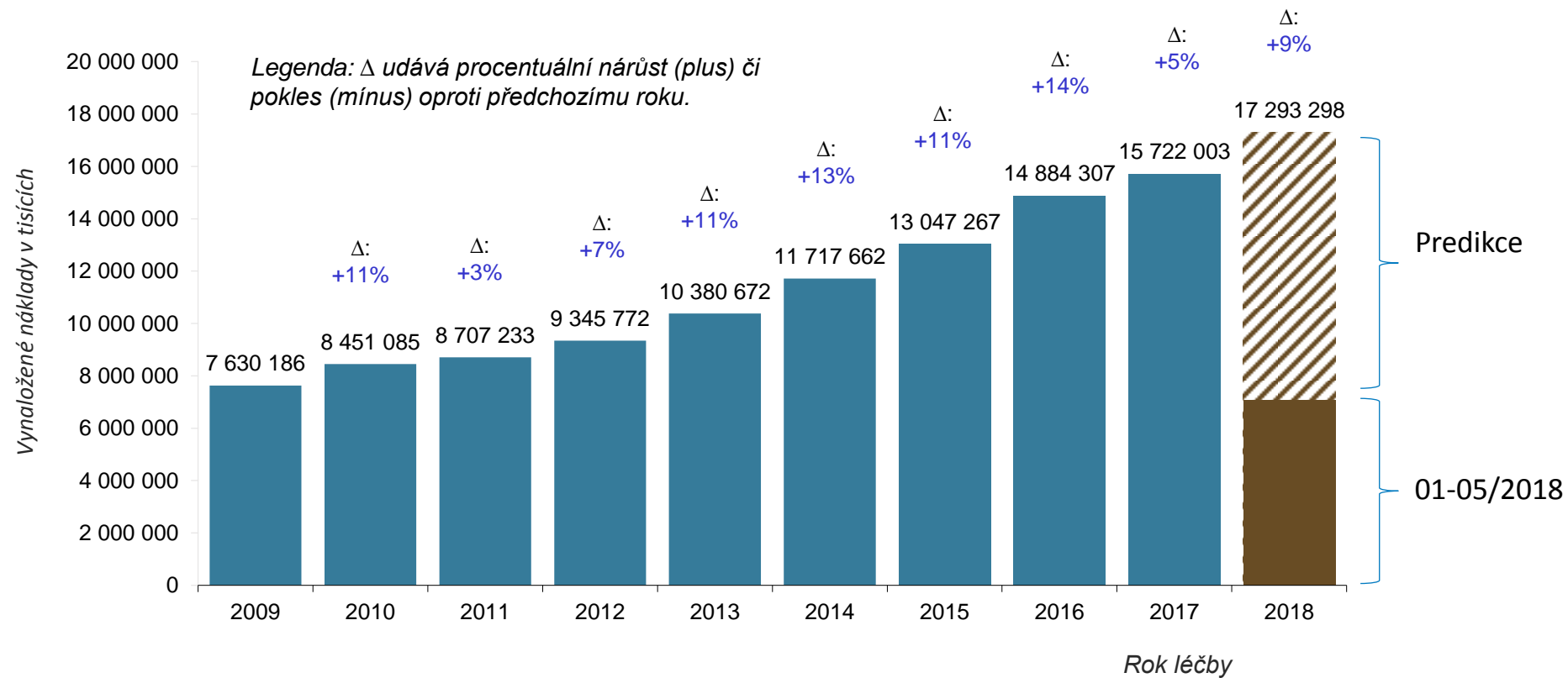
Prevalence léčených pacientů



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



„ZDRAVÍ 2030“ – analytická studie



Specifický cíl 3.1

Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví

Specifický cíl 3.1 – dílčí cíle

- Vytvoření národní koncepce zdravotnického výzkumu do roku 2030 a její implementace
- Podpora výzkumu v oborech zaměřených na nové způsoby a metody poskytování péče – zohlednění problematiky při vyhodnocování institucionální podpory a tvorbě zadávacích dokumentací veřejných soutěží pro účelovou podporu
- Podpora výzkumu s důrazem na prevenci - ověřování nových efektivních postupů v primární prevenci; zohlednění problematiky při vyhodnocování institucionální podpory a tvorbě zadávacích dokumentací veřejných soutěží pro účelovou podporu
- Podpora výzkumu chování ve vztahu ke zdraví včetně pravidelného monitoringu úrovně zdravotní gramotnosti obyvatel
- Podpora preklinického a klinického výzkumu v oblasti biotechnologií
- Podpora výzkumných aktivit ve vztahu ke stárnutí populace
- Podpora vědy a výzkumu při hledání nových molekul s terapeutickými účinky
- Podpora hledání nových diagnostických a terapeutických metod
- Vytvoření vědeckovýzkumné a inovační základny pro digitalizaci zdravotnictví, rozvoj znalostní základny digitálního zdravotnictví

Specifický cíl 3.1 – dílčí cíle

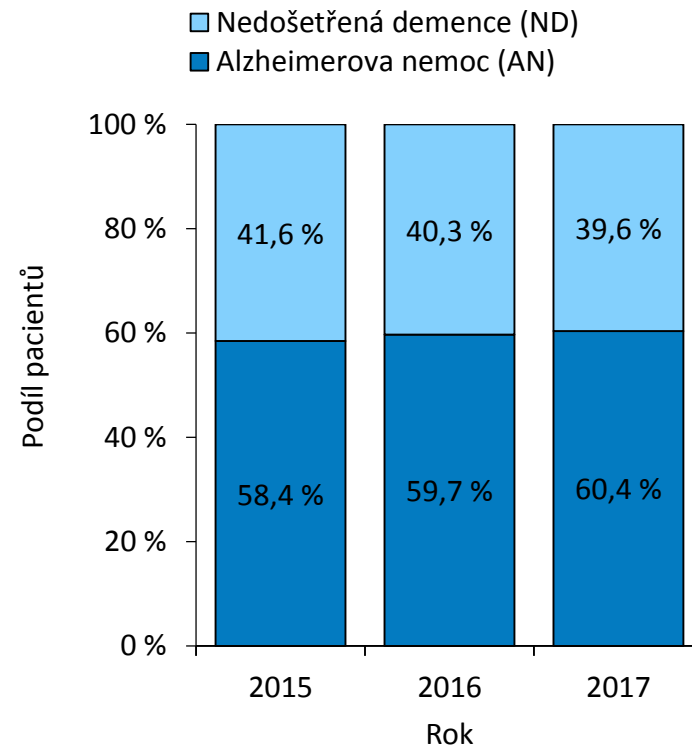
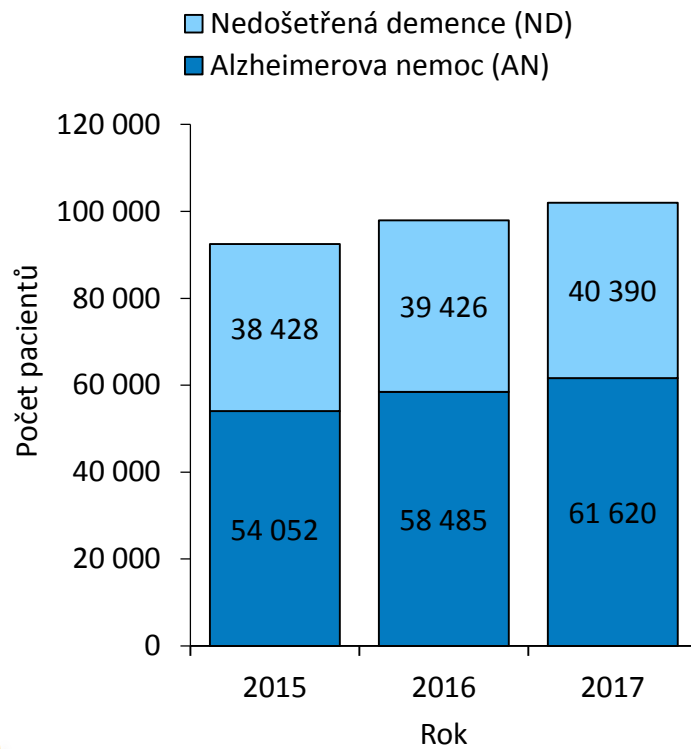
- Zmapování spolupráce výzkumných organizací s podnikatelskou sférou
- Podpora výzkumu zaměřeného na aplikace ICT, internetu věcí a umělé inteligence v medicíně a metod na těchto technologiích založených - zohlednění problematiky při vyhodnocování institucionální podpory a tvorbě zadávacích dokumentací veřejných soutěží pro účelovou podporu
- Podpora výzkumu v oblasti telemedicíny
- Podpora vědy a výzkumu se zahrnutím mladých a perspektivních vědců a týmů - zohlednění problematiky při vyhodnocování institucionální podpory a tvorbě zadávacích dokumentací veřejných soutěží pro účelovou podporu
- Vytvoření validní studie o zdravotním stavu obyvatel ČR, která bude moci být východiskem pro jednotlivé programy podpory výzkumu.

Technologická podpora péče o seniory a dlouhodobě nemocné

Počet pacientů s Alzheimerovou nemocí a nedošetřenou demencí

Zdroj: NRHZZS 2015-2017

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



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

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

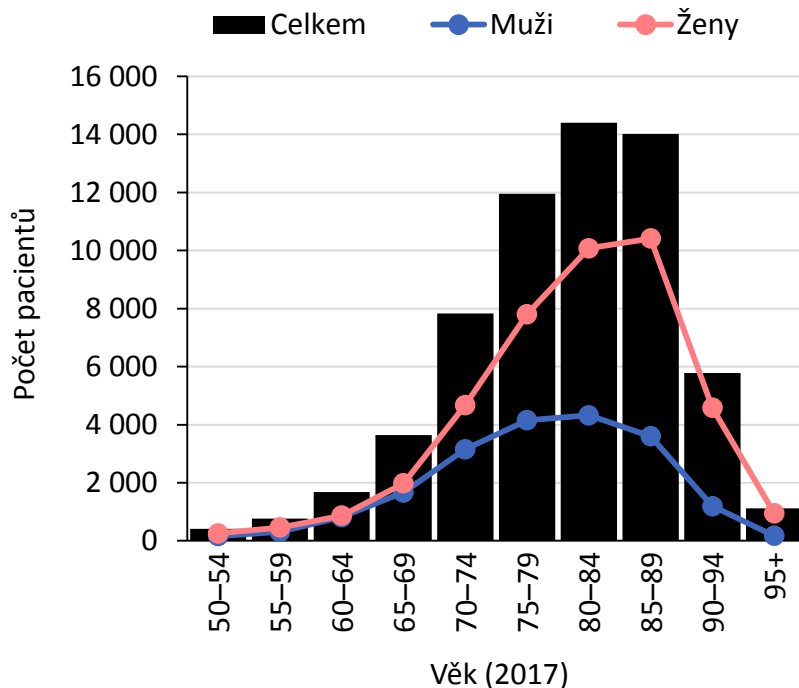
Dle Alzheimer Disease International (2016 – <https://www.alz.co.uk/info/diagnosis>) je v zemích s nízkým a středním příjmem, diagnostikováno pouze 10 % postižených. V zemích s vyššími příjmy je diagnostikována přibližně polovina jedinců, ale ve všech zemích přetrvává po diagnostice problém s léčbou a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

Technologická podpora péče o seniory a dlouhodobě nemocné

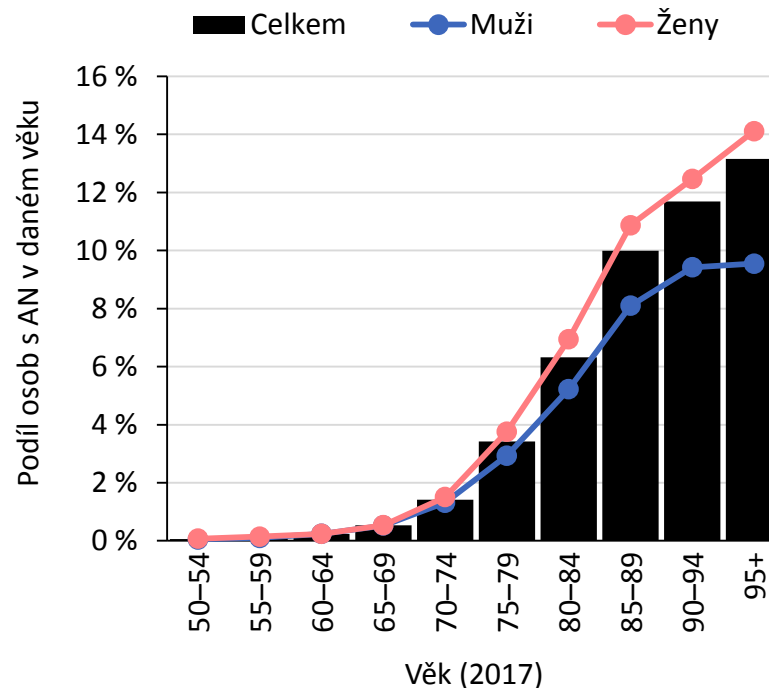
Věkově specifická prevalence Alzheimerovy nemoci

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

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



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



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

Děkujeme za pozornost