

**Analýza – Kapitola V.**  
**Ambulantní péče a zajištění prevence v KHK**

## Obsah

<a href="#">Analýza – Kapitola V. (Textová část)</a> .....	3
Úvod a metodické poznámky k analýze ambulantní péče .....	4
Počty ambulantních pracovníků, kapacita ambulancí v KHK a dostupnost péče.....	7
Výkony ambulantní péče a mezinárodní srovnání pozice praktického lékařství.....	12
Specifické problémy praktického lékařství a terénní ambulantní péče.....	15
Všeobecné praktické lékařství .....	15
Praktické lékařství pro děti a dorost.....	16
Gynekologie a porodnictví – primární ambulantní péče.....	18
Zubní lékařství – primární ambulantní péče .....	19
Ambulantní specialisté .....	21
Preventivní medicína a motivace populace ke zdravému způsobu života .....	23
Úvod.....	23
Preventivní prohlídky.....	24
Naplnění cílených screeningových programů.....	24
Očkování .....	25
Péče o zdravý způsob života .....	26
Seznam použité literatury a citací .....	28
<a href="#">Analýza - Kapitola V. (Obrazová část)</a> .....	30
<a href="#">Související obrazy a komentáře z dalších kapitol Analýzy</a> .....	114

## Stručný uživatelský manuál

- V sekci [Analýza – Kapitola V. \(Textová část\)](#) nabízejí **červené názvy obrazů** (nebo červený odkaz na obraz) možnost přejít na konkrétní obraz. Návrat zpět k původnímu textu je možný kombinací kláves Alt a šipka doleva.
- V části s názvem „[Související obrazy a komentáře z dalších kapitol Analýzy](#)“ jsou pro snazší orientaci uvedeny nejprve komentáře a následně obrazy, které jsou součástí jiných kapitol Analýzy. Jedná se však pouze o prvotní obrazy, na které je odkazováno v textové části této kapitoly. V případě, že je v komentáři uveden odkaz na další obraz, pak již není součástí této přílohy a je uveden v příslušné kapitole Analýzy. **Modrý název obrazu** je zde zároveň přímým odkazem na konkrétní obraz. **Zelený název obrazu** je přímým odkazem zpět na komentář ke konkrétnímu obrazu.

**Analýza – Kapitola V. (Textová část)**  
**Ambulantní péče a zajištění prevence v KHK**

# Úvod a metodické poznámky k analýze ambulantní péče

Z pohledu potřeb pacienta, který je nemocen a potřebuje pomoc, je hierarchie zdravotnických služeb dána řetězcem

*Lékařská pohotovostní služba – praktický lékař – ambulantní specialista – nemocnice – zařízení doléčovacích a dlouhodobých služeb – sociální podpora.*

Časové rozpětí průchodu touto kaskádou může být např. u akutního srdečního infarktu otázkou jedné hodiny a řetězec je zredukován na variantu pohotovost / záchranná služba – nemocnice, ale např. při náhodně objevené hypertenzi při preventivní prohlídce se může roztáhnout na dlouhé roky, kdy je pacient při mírnější poruše zprvu léčen svým praktickým lékařem, v případě, že se stav zhoršuje, je odkázán ke specialistovi - kardiologovi a pokud ani ten neuspěje, musí být pacient podrobněji vyšetřen a nějakou dobu sledován v nemocnici a v případě úspěchu a stabilizace pacienta může být po čase předán k dlouhodobé léčbě a sledování zpět praktickému lékaři a při výkyvech jeho stavu bude léčbu občas upřesňovat ambulantní specialista.

Uvedených kombinací, jak a kam je pacienta potřeba směřovat, může být nespočet mnoho, ale ideální postup by měl v každém individuálním případě co nejvíce naplňovat všechny někdy protichůdné potřeby, kterými jsou urgentnost řešení, pohodlná dostupnost pro pacienta a poskytnutí péče pacientovi ve správné době a „správným“ lékařem (respektive správným zdravotnickým zařízením). Vše tak, aby byl postup racionální a čerpal tolik finančních prostředků z oblasti zdravotnictví, kolik je skutečně potřeba. Důvodem racionalizace potřebných postupů nejsou jen náklady, ale i pacientovo bezpečí. Medicína je dnes tak širokým oborem, že ho nikdo nemůže zvládnout jako celek. Pro pacienta jsou potřeba nejen špičkoví specialisté s úzkým zaměřením, kteří musí být rozumně centralizováni, ale i praktičtí lékaři nebo všeobecní internisté s širokou zkušeností, kteří jsou snadno dostupní. V každé fázi onemocnění je tím „správným lékařem“ někdo jiný a všeobecní lékaři jsou zapotřebí nejen na začátku onemocnění, kdy se rozhoduje, zda pacient potřebuje specialistu a jaký odborník to má být, ale někdy i během dlouhodobého sledování nebo dispenzarizace chronické nemoci, kdy široce orientovaný lékař může dle pokynů specialisty sledovat stav pacienta, ale kdy také může objevit další nemoc, která se k základní může přidat.

Z uvedených důvodů musí být ambulantní sektor, který je zdrojem nejčastějších kontaktů mezi pacientem a zdravotnickým systémem, konfigurován dostatečně široce, a to od praktických lékařů a sester až k základním ambulantním specialistům, v hustší síti než akutní nemocnice. Vzhledem k rozmanité geografické struktuře území a k různé míře hustoty obyvatel se primární i specializovaná péče v řadě organizačních aspektů liší. Např. praktičtí lékaři pro dospělé a praktičtí lékaři pro děti jsou obvykle zaměstnáni v jednoduchých ambulantních zařízeních, ale ve větších městech mohou být i v komplexnějších sdružených praxích či poliklinikách, kde se mohou snáze zastupovat, popřípadě mít blízko i specialisty a popřípadě i komplement, jako laboratoře či rtg. oddělení. Někdy může lékař vykonávat v jedné ambulanci dvě role, např. praktického lékaře pro dospělé a specialisty v interním lékařství. Konfiguraci takovéto sítě reguluje zákon a klíčovou roli zde hrají zdravotní pojišťovny. Specialisté jsou de facto dvojí, a to ti, kteří pracují v terénních ambulantních zařízeních a ti, kteří jsou v ambulancích nemocnic. Jejich role se výrazně překrývají. Část

nemocničních ambulancí funguje stejně jako ambulantní terén, ale v nemocnicích lze nalézt obvykle více úzce specializovaných poraden nežli v ambulantním terénu.

Variabilní struktura celé sítě i dvoukolejnost specializovaných ambulantních služeb po medicínské stránce funguje dobře, dělá však určité problémy ve statistických sledováních. Například v celostátních přehledech jsou náklady na terénní ambulance zahrnovány do celé ambulantní sféry a náklady nemocničních ambulancí jsou započítávané do sféry lůžkové, a to všechny, nikoliv jen náklady na ambulance příjmové nebo pohotovostní. Bude to zmíněno ještě dále podrobněji, protože ne vždy jsou náklady a výkony ambulancí jednoznačně do statistik promítnuté.

### ***Obr. 5.1 Náklady zdravotních pojišťoven a jejich struktura***

Graf ukazuje pouze nákladovou stránku jednotlivých segmentů péče z celostátního pohledu. Náklady na jednotlivé segmenty jsou uvedené odděleně. Z největších nákladových segmentů je při dolní části sloupců modře zobrazen segment ambulantní péče (náklad v r. 2017 cca 71 mld. Kč), kam patří vše, co se týká primární péče a ambulantních specialistů v terénu. Červené sloupce reprezentují akutní nemocniční služby (cca 115 mld. Kč v roce 2017) a zahrnují v sobě vedle nákladů na hospitalizované pacienty i veškeré ambulance v nemocnicích.

Uvedená struktura nákladů je důležitá při politických sporech uvnitř zdravotnického systému, kde je potřeba dělit finanční zdroje mezi jednotlivé segmenty péče a vývoj jejich nákladů je poměrně nerovnoměrný (viz kapitola VIII. Ekonomika zdravotnictví v KHK, **obr. 8.4**). Dlouho se např. vedly debaty, proč jsou oproti zahraničí u nás náklady na hospitalizační péči vyšší než na péči ambulantní, kam se řada medicínských aktivit přesouvá. Z výkonových statistik však například vyplývá, že minimálně 40 % veškeré specializované ambulantní péče pokrývají nemocnice a asi 60 % kontaktů s pacienty je provedeno ambulantními specialisty v terénu (viz **obr. 5.43-5.46**).

K uvedené metodické poznámce je ještě nutno dodat, že je potřeba, aby u každé analýzy (tabulky /grafu) bylo jasné, čeho se týká. Ne vždy se to tak děje, a proto má tento analytický materiál množství vysvětlivek a upřesňování. Několik dalších příkladů převážně z ambulantní sféry je uvedeno v tomto výčtu:

- pokud se hovoří o počtu lékařů v primární péči, mohou se tím myslet jen praktičtí lékaři pro dospělé (dále jen „PLD“) a praktičtí lékaři pro děti a dorost (dále jen „PLDD“), někdy praktičtí lékaři gynekologové a nebo všichni jmenovaní dohromady, včetně praktických zubních lékařů,
- do počtu ambulantních lékařů se někdy počítají jen ambulantní specialisté, někdy všichni lékaři v ambulantním terénu, tj. všichni praktičtí lékaři (dále jen „PL“) i specialisté a někdy všichni jmenovaní i s nemocničními ambulantními lékaři,
- dokonce i pojem lékař není z hlediska obecného chápání jednoznačný; „lékař“ je definován zákonem jako absolvent studia všeobecného lékařství a „zubní lékař“ jako absolvent studia zubního lékařství; v některých statistikách jsou jako *lékaři* chápáni lékaři v obou těchto skupinách dohromady a někdy se pod lékaře zařazují opravdu podle dikce zákona jen lékaři bez zubních lékařů,

- u výkonových analýz je problém úplně stejný; jako počty ambulantních výkonů jsou někdy brány všechny výkony v terénních ambulantních zařízeních, někdy všechny výkony v terénních ambulantních zařízeních i v ambulancích nemocnic dohromady; občas se však může objevit i statistika, ve které jsou k oběma jmenovaným sférám počítány navíc i ambulantní výkony v ambulancích praktických lékařů.

V jednotlivých uvedených případech se čísla, získaná z různých variant uvedených případů mohou lišit až o desítky procent a mohou vést k naprosto protichůdným závěrům. Kladem některých statistik ale zůstává možnost, že i metodicky nejisté analýzy mohou být užitečné alespoň při srovnávání vývoje v čase nebo např. při srovnávání rozdílů mezi různými kraji, ale jen za předpokladu, že metodika pro příslušné časové období nebo metodika pro každý kraj zůstává v daném případě stále stejná.

## Počty ambulantních pracovníků, kapacita ambulancí v KHK a dostupnost péče

### ***Obr. 5.2 Počet úvazků poskytovatelů primární zdravotní péče v okresech KHK, r. 2019***

Tabulka uvádí počty úvazků PL v KHK a v jednotlivých okresech v absolutních počtech. Primární péče, nebo také lékaři prvního kontaktu, popřípadě též registrující lékaři, je skupina oborů, které jsou součástí terénních ambulantních služeb a liší se od ambulantních specialistů v tom, že lékaři v nich působící mají pevně definovaný spád. Jakmile je pacient u lékaře registrovaný, může ho registrující lékař odmítnout pouze ze závažných důvodů uvedených v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

*Technická pozn.* Problémem, komplikujícím analýzu celého ambulantního sektoru je fakt, že z celkových počtů nelůžkových lékařů v ambulantním sektoru nelze krajské počty lékařů v primární péči snadno zjistit z běžně přístupných zdrojů a jejich přepočtené počty úvazků, zobrazené v tabulce byly získány pouze z databázi Všeobecné zdravotní pojišťovny – Regionální pobočky Hradec Králové (dále jen „VZP HK“), ale bez komplexního přehledu úvazků ambulantních specialistů. Údaje jsou z konce roku 2019, kdy v celém KHK působilo cca 844 lékařů primární zdravotní péče. Po odečtení 374 praktických zubních lékařů zůstává celkem 470 přepočtených úvazků PL, PLDD a prakt. gynekologů. Odečtou-li se od všech 940 nelůžkových lékařů v KHK (viz kapitola III. Nedostatek zdravotnického personálu v ČR a KHK, obr. 3.20, kde nejsou započtení zubní lékaři), lze odhadnout, že v kraji zbývá i stejný počet cca 470 úvazků ambulantních specialistů (opět bez zubních lékařů). Počty PL, jsou však k dispozici i v demografických publikacích – viz obr. 5.15 a 5.16.

### ***Obr. 5.3 Počet úvazků poskytovatelů primární zdravotní péče v okresech KHK na 100 000 příslušné populace, r. 2019***

Pokud se údaje v tabulce na předchozím obraze přepočtou na 100 000 obyvatel příslušné populace každého okresu, můžeme vidět nerovnoměrné pokrytí jednotlivých okresů praktickými lékaři. Největší výkyvy jsou patrné u stomatologů.

### ***Obr. 5.4 Počet obyvatel na samostatnou ordinaci v krajích ČR***

O kapacitách poskytovatelů a přístupnosti zdravotních služeb pro občany by měl orientačně vypovídat i počet obyvatel na jednu ambulanci, který je v grafech rozdělen na ordinace praktických lékařů a ordinace specialistů. V případě primární péče (levý graf) jsou do statistiky zahrnuté jen ordinace PLD a PLDD bez praktických gynekologů a zubních lékařů. V průměru za celý KHK je patrné, že u praktických lékařů je v průměru kraje mírně vyšší počet obyvatel na jednu ordinaci čili dostupnost péče je zde mírně nižší z pohledu zatížení lékaře než průměr ČR.

Do grafu je vložen i počet obyvatel na ordinaci přímo ve městě Hradec Králové. Hustota ambulancí je zde tedy vyšší než jinde a týká se to zejména ambulantních specialistů (viz graf vpravo), takže s geografickou dostupností by ve městě žádný problém být neměl a smlouvy zdravotních pojišťoven tam umožňují vyšší kapacity. Analýza však nezahrnuje jednotlivé specializované obory a z individuálních zpráv lékařů i pacientů je známo, že dostupnost některých oborů a čekací doby nejsou optimální (vedle notoricky známých problémů např. s psychiatrickými službami je obtížné získat termín vyšetření např. u neurologů nebo na vyšetření magnetickou rezonancí).

U specialistů je analýza složitá i v tom, že do grafu nejsou zahrnuté počty vyšetření v ambulancích nemocničních. Mezi kraji jsou rozdíly v grafu poměrně velké, ale o tom, zda to odpovídá stupni dostupnosti péče, lze jen spekulovat. Šetření v podobě map dostupnosti je přesnější (viz mapy dostupnosti pro PL na obr. 5.6-5.9). Všeobecná zdravotní pojišťovna (dále jen „VZP“) se celé problematice věnuje<sup>1</sup>, ale kromě veřejně přístupných map pro PL, nejsou další, které má k dispozici, běžně dostupné. Během přípravných projednávání Analýzy s jednotlivými obory udávaly zdravotní pojišťovny formální naplnění dostupnosti specializovaných ambulančí podle Nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb<sup>2</sup>. O uvedeném nařízení se však řada odborníků domnívá, že by vyžadovalo novelizaci, takže lokální dostupnost je možno zatím hodnotit převážně jen podle reakce místních obyvatel a praktických lékařů.

### ***Obr. 5.5 Počet ambulantních lékařů ve městech a na venkově v zemích OECD***

Prezentovaný graf je seřazen podle počtu lékařů ve městech, ale je ho potřeba hodnotit podle rozdílů mezi městem a venkovem. Nevyvážená distribuce zdravotních služeb není nic výjimečného jen u nás a má i své příčiny, které není jednoduché řešit. U nemocnic a ambulantních specialistů je to dáno vysokou specializací péče, která vyžaduje větší koncentraci drahých technologií a užší specializaci lékařů spojenou s nutností centralizace pacientů s méně běžnými chorobami. U praktických lékařů pak hraje roli zájem lékařů, kteří si své ambulance raději zakládají ve větších městech z důvodů nejen medicínských (lepší dostupnost komplementů a konzilií), ale působí zde i zájmy osobní a rodinné. To vše je důvodem, proč ve venkovských oblastech a v méně atraktivních místech je lékařů méně a proč v KHK v odlehlých podhorských oblastech či v pohraničí Broumovského výběžku v okresech Trutnov, Náchod a Rychnov n. Kněžnou a v jiných odlehlých lokalitách bývá obtížné pro obec získat lékaře, což se velmi výrazně projevuje nyní v době, kdy lékařů na trhu práce je zřetelně méně.

Uvedený graf na širokém spektru zemí OECD ukazuje, že vysoký rozdíl mezi počtem lékařů na obyvatele ve venkovském a městském prostředí je velký nejen v zemích, kde je odlehlých oblastí mnoho (viz Kanada), ale i v zemích, kde jsou geografické podmínky pro rovnoměrné osídlení příznivější (viz Slovensko, Maďarsko). Naopak ve Švédsku, kde je odlehlých oblastí mnohem více se s tím země dokázala vypořádat. Poměr počtu lékařů v městských a ve venkovských zónách v ČR je 5,7 ku 4,2 obyvatele na lékaře, což není nijak oproti jiným zemím špatné, ale je nutno podotknout, že graf je z r. 2015 a lokální situace se u nás od té doby s rostoucím nedostatkem lékařů horší.

---

<sup>1</sup> *Tvorba sítě poskytovatelů zdravotních služeb – primární péče.* Webová stránka Všeobecné zdravotní pojišťovny. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/dostupnost-zdravotni-pece/tvorba-site-poskytovatele-zdravotnich-sluzeb-primarni-pece>

<sup>2</sup> *Nařízení vlády č. 307/2012 Sb. o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb.* Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/hledani?text=Na%C5%99%C3%ADzen%C3%AD%20v1%C3%A1dy%20%C4%8D.%20307%2F2012%20Sb.%20o%20m%C3%ADstn%C3%AD%20a%20%C4%8Dasov%C3%A9%20dostupnosti%20zdravotn%C3%ADch%20slu%C5%BEEb>



#### ***Obr. 5.6 Dojezdová vzdálenost PLD v ČR***

#### ***Obr. 5.7 Dojezdová vzdálenost PLDD v ČR***

#### ***Obr. 5.8 Dojezdová vzdálenost praktických zubních lékařů v ČR***

#### ***Obr. 5.9 Dojezdová vzdálenost praktických ambulantních gynekologů v ČR***

Dnes nejvýznamnější materiál o dostupnosti ambulantní péče reprezentuje často citovaná studie Šídlo a spol.: Hodnocení a modelování dostupnosti primární zdravotní péče z r. 2017.<sup>3</sup> Mapy z r. 2015 zobrazují geografickou dostupnost základních oborů primární zdravotní péče. Tmavší barva znázorňuje delší dojezdové doby, která je u primární péče podle Nařízení vlády 307/2012 Sb. max. do 35 min. Požadavek není naplněn v uvedených procentech příslušného území – PLD 0,17 %, PLDD 0,35 %, zubní lékařství 0,31 % a ambulantní gynekologii 0,54 %. Celostátně je to zejména v pohraničí, v KHK potom v oblasti Krkonoš, Orlických hor a Broumovského výběžku. V oblasti ambulantní gynekologie pak ještě v regionu Jičínska a Novobydžovska.

#### ***Obr. 5.10 Přepočtené počty úvazků PLD a PLDD na 1 000 obyvatel v krajích ČR***

Dva prezentované grafy jsou převzaty ze studie P. Hroboň a spol.: Zajištění péče v době nedostatku zdravotníků<sup>4</sup> a ukazují relativní počty PLD a PLDD v krajích (r. 2018). V obou případech jsou sice počty skupin lékařů v KHK mírně nadprůměrné, ale v těchto dvou oborech je vysoké ohrožení kapacity díky nerovnoměrné věkové distribuci lékařů, která je přesunuta do vyššího věku (bude analyzováno ještě dále).

#### ***Obr. 5.11 Průměrný věk ambulantních specialistů v ČR podle odborností***

Tabulka s věkem pro vybrané větší specializované ambulantní obory za celou ČR dokladuje i v této sféře věkové ohrožení tam, kde je věkový průměr nad 55 let. Věk však není jediným parametrem ohrožení profese, které je dáno i aktuálním počtem chybějících odborníků. Typickým příkladem je např. psychiatrie. Není v tabulce uvedena, ale věkový průměr je zde 47 let nebo fyzioterapie, kde je průměrný věk ještě nižší, a přitom jsou to obory s vysokým deficitem. Během vzniku Analýzy deklarovaly nedostatek personálu v KHK minimálně ještě obory ORL, rehabilitace, vnitřní lékařství (zde především u všeobecných internistů), chirurgie a radiologie a zobrazovací metody (nedostatečné pokrytí magnetické rezonance, kde je omezen dvousměnný provoz přístrojů). Obecně uznávaná je i mimořádně vysoká personální krize v pediatrii a v psychiatrii, u kterých je nedostatek lékařů kritický i v nemocniční sféře.

#### ***Obr. 5.12 Vývoj přepočtených úvazků lékařů v ČR v období r. 2010-2017***

Všechny tyto problémy a ohrožení kapacity specialistů přicházejí i přesto, že celkový počet lékařů v posledních 10 letech, jak ukazuje graf, stoupl téměř o 10 % (v přepočtených úvazcích). Problém tedy není jen v absolutních počtech odborníků, ale též ve faktu, že možnosti moderní medicíny, pracnost u náročných a stárnoucích pacientů a nároky populace na zdravotnictví rostou. Obr. 3.4 a 3.6 (viz kapitola III. Nedostatek zdravotnického personálu v ČR a KHK) ukazují vyšší potřebu lékařů i na mezinárodním srovnání a dokladují, že v zemích OECD je růst počtu lékařů mnohem vyšší než u nás.

<sup>3</sup> ŠÍDLO Luděk, NOVÁK Martin, ŠTYCH Přemysl a BURČIN Boris. *Hodnocení a modelování dostupnosti primární zdravotní péče. Souhrnná studie*. Praha: Přírodovědecká fakulta, Univerzita Karlova, 2017. Dostupné z: <https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/veda-a-vyzkum/vybrane-projekty/hodnoceni-a-modelovani-dostupnosti-primarni-zdravotni-pece-jako-klicoveho-aspektu-zdravotni-pece-v-cr/souhrnna-studie.pdf>

<sup>4</sup> HROBOŇ Pavel, ŠLEGEROVÁ Lenka, TULEJOVÁ Henrieta. *Zajištění péče v době nedostatku zdravotníků*, koncepční dokument připravený Advance Institute a Centrem zdravotní ekonomie a managementu při Univerzitě Karlově, Praha, 2020. Dostupné z: [https://pragueihs.eu/images/dokumenty/Zajisteni\\_dostupnosti\\_pece.pdf](https://pragueihs.eu/images/dokumenty/Zajisteni_dostupnosti_pece.pdf)

### ***Obr. 5.13 Demografická predikce počtu lékařů v ČR***

Ohrožení personálních kapacit u poskytovatelů péče v budoucnu bude dále stoupat nejen díky stárnutí lékařů, ale též kvůli demografickému úbytku lékařů, jak ukazuje graf.

### ***Obr. 5.14 Odhadované navýšení ambulantních služeb v důsledku stárnutí obyvatelstva***

Stárnutí celé populace bude také vyvolávat vyšší potřebu péče, zejména v oborech, kde s věkem typicky stoupá nemocnost, jako např. v urologii. Starší matematický model hypotetického 0,5 milionového kraje ukázal, jak by mezi roky 2012-2030 stoupl počet nemocných mužů (na grafu vlevo) ve vyšších věkových kategoriích cca o 50 % ambulantních kontaktů.

### ***Obr. 5.15 Prognóza počtu lékařů primární péče na 100 000 obyvatel v ČR***

### ***Obr. 5.16 Prognóza absolutního počtu lékařů primární péče v krajích***

Tabulky<sup>3</sup> mapující oblast primární péče ukazují předpokládaný vývoj v čase a stav podle krajů. Celorepublikově bude plynule ubývat PLD, PLDD a ambulantních gynekologů a počet zubních lékařů bude stoupat až do konce prognózovaného období. Jaké to vyvolá změny v absolutních počtech lékařů v KHK ukazuje obr. 5.16 s vývojem ve všech krajích. Velké úbytky jsou očekávané zejména u PLD a PLDD. Nejhorší situace bude u PLDD, protože se jedná o úbytek lékařů, který je ve všech krajích ČR bez výjimky. Mírný nárůst je očekáván u praktických gynekologů a zejména u zubních lékařů.

### ***Obr. 5.17 Věková struktura lékařů v KHK***

Dva grafy ukazují věkové rozvrstvení všech lékařů v KHK. Graf vlevo (všichni lékaři v KHK) ukazuje nerovnoměrné věkové rozvrstvení, kdy je v mladších ročnících lékařů méně, takže s během času jich bude ubývat a přirozená obměna bude váznout. Graf vpravo ukazuje věkový rozdíl lékařů v nemocnicích a v ambulantní péči. V nemocnicích kvůli získávání praxe a specializačního (atestačního) vzdělávání logicky převažují lékaři v mladších věkových kategoriích a jak budou stárnout, měli by nahrazovat starší lékaře v ambulantním terénu. Ale relativně nízký celkový počet mladších ročníků i tak bude dělat problémy.

### ***Obr. 5.18 Věková struktura PLD v KHK***

### ***Obr. 5.19 Věková struktura PLDD a ambulantních dětských lékařů v KHK***

### ***Obr. 5.20 Věková struktura zubních lékařů v KHK***

Demografické rozvrstvení u PLD a PLDD je velmi asymetricky vychýleno k vysokým věkovým kategoriím. Stav PLDD, kde úplně vypadla věková skupina 30-34 let díky problémům s organizací jejich specializačního vzdělávání ukazuje, že toto je s dlouhodobým výhledem nejohroženější skupina lékařů. Vleklé spory o jejich specializační vzdělávání společně v rámci celé pediatrie situaci mohou dále ještě zhoršovat. Opačný vývoj je u zubních lékařů, kde jsou mladší věkové skupiny výrazně naplněné.

### ***Obr. 5.21 Vývoj počtu ambulancí PLD a PLDD v krajích v letech 2016-2018***

### ***Obr. 5.22 Vývoj počtu ambulancí ambulantních specialistů a stomatologů v krajích v letech 2016-2018***

Na čtyřech grafech s bilancí počtu ambulancí lékařů primární péče a ambulantních specialistů (ti jsou v této statistice spojeni s praktickými gynekology) v letech 2016-2018 se ukazuje, že úbytek lékařů v terénní ambulantní sféře již celorepublikově nastal. Zatím je relativně

<sup>3</sup> ŠÍDLO Luděk, NOVÁK Martin, ŠTYCH Přemysl a BURČIN Boris. *Hodnocení a modelování dostupnosti primární zdravotní péče. Souhrnná studie*. Praha: Přírodovědecká fakulta, Univerzita Karlova, 2017. Dostupné z: <https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/veda-a-vyzkum/vybrane-projekty/hodnoceni-a-modelovani-dostupnosti-primarni-zdravotni-pece-jako-klicoveho-aspektu-zdravotni-pece-v-cr/souhrnna-studie.pdf>

nejmenší u ambulantních specialistů. Z údajů po krajích je patrné, že KHK je postižen relativně méně než kraje ostatní.

***Obr. 5.23 Relativní vývoj počtu ambulantních lékařů v jednotlivých segmentech služeb v ČR***

Procentuální pokles počtu ambulantních lékařů za celou ČR je při dvou zdrojích dat spíše jen odhad, ale lze konstatovat, že při podobném početním úbytku ambulantních lékařů PLD a PLDD v celé ČR vzhledem k personálně 3x menšímu segmentu PLDD oproti PLD je snížená dostupnost PLDD ordinací během 3 let o 11,4 %. Naopak nejmenší úbytek ordinací je v segmentu ambulantních specialistů (zde spojených i s praktickými gynekology-odbornost 603), kde je úbytek jen zanedbatelných 0,2 %. Technická pozn.: Tabulka je kombinována ze dvou zdrojů ÚZIS ČR (Zdravotnická ročenka 2017<sup>5</sup> - pro celkový počet příslušných lékařů) a z předcházejících 4 grafů ÚZIS ČR r. 2019<sup>6</sup> (pro bilance počtu ordinací r. 2018-2016).

---

<sup>5</sup> Zdravotnická ročenka České republiky 2018. Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky ČR, 2019. ISSN 1210-9991. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>

<sup>6</sup> Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

## Výkony ambulantní péče a mezinárodní srovnání pozice praktického lékařství

Z pohledu metodiky je potřeba upozornit na způsob měření objemu práce na ambulantních pracovištích. Na rozdíl od parametrů, popisujících výkony v hospitalizační sféře nejsou výkony v ambulancích snadno k dispozici a uvádějí se hlavně jako počty kontaktů pacientů s ambulantním zařízením. Přehledně se bohužel nepublikují další prováděné výkony (např. menší operační zákroky nebo počty vyprodukovaných bodů dle Seznamu výkonů). Objem práce tak může být pro různé obory a různé typy ambulantních zařízení velmi odlišný (např. dnes se téměř veškerá operativa v očním lékařství odehrává ambulantně) a počty kontaktů je proto potřeba považovat pouze za orientační parametr.

### ***Obr. 5.24 Počet ambulantních kontaktů s lékařem v mezinárodním srovnání***

Počet kontaktů pacienta s lékařem za rok je jedním z ukazatelů objemu činnosti ambulantní sféry. Graf prezentuje mezinárodní srovnávání zemí OECD z r. 2015. Jednorázový pohled i bez zobrazení vývoje v čase odráží nastavení systému poskytování zdravotních služeb, který je ovlivněn vedle zdravotního stavu populace a výskytu nemoci také způsobem úhrad, rozsahem bezplatné péče a motivací občanů k zodpovědnosti za vlastní zdraví. To vše rozsah konzumace péče výrazně ovlivňuje, jak pozitivně ve smyslu racionálního čerpání péče, tak negativně při možnostech ekonomického zneužití zbytných výkonů poskytovateli péče při benevolentním nastavení regulací. V prezentovaném mezinárodním srovnání je ČR v počtu kontaktů občana se zdravotnictvím stále na předních místech žebříčku. S našimi cca 11 kontakty ročně na obyvatele jsme ze 31 zemí OECD (průměr cca 7,2 kontaktů) na vysoce nadprůměrném 5. místě, a před námi jsou jen dvě evropské země (Maďarsko a Slovensko). Počet kontaktů v ČR však dosahoval ještě po r. 2000 hodnotu 16 kontaktů na obyvatele, takže došlo ke zřetelnému zlepšení, ale i tak je současná hodnota stále vysoká oproti vyspělým zemím, kde i při nižší míře tohoto parametru je míra populačního zdraví vyšší – viz např. severské země. Tyto výsledky dokladují i jednu z negativních stránek našeho systému, kde slabá pozice praktických lékařů v usměrňování péče její efektivitu potlačuje. Nadměrná zátěž zdravotnického systému (zejména ambulantních specialistů) a problémy s personálními kapacitami jsou tím z části potencovány.<sup>7, 8</sup>

### ***Obr. 5.25 Vývoj počtu ambulantních kontaktů PLD a PLDD v období 2010-2018 v ČR a v KHK***

Grafy za ČR (vlevo) a za KHK (vpravo) ukazují počty kontaktů u praktických lékařů. Jsou zde zachyceny kontakty zvláště pro PLD a pro PLDD a jejich vývoj v čase. Červená čára v grafu vyznačuje zrušení regulačních poplatků, kdy v r. 2015 došlo ke skokovému zvýšení počtu kontaktů u PLD. Tento skok nenastal u PLDD, v jejichž sféře byly regulační poplatky potlačené již dříve a nárůst kontaktů s pacienty u PLDD byl v období 2010-2018 jen mírný. Celkem za oba obory se v celé ČR mezi roky 2014 a 2015 skokově zvýšil počet pacientů o téměř 5 mil. ambulantních návštěv, tj. o 29,6 %. U grafů jsou vždy vpravo i počty kontaktů

<sup>7</sup> Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR. Zdravotnictví v číslech a názorech. Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR. Praha, 2008. ISBN-13 978-80-85047-35-6.

<sup>8</sup> FALL Falilou a GLOCKER Daniela. *Improving the Czech Health Care System, OECD Economics Department Working Papers No. 1522*. Paris: OECD Publishing, 2018. Dostupné online z:

<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9686b4f3-en.pdf?expires=1597144757&id=id&accname=guest&checksum=1ECD5AAD9732211C9055DE6C25A5480E>

na jednoho pacienta (přepočteno na odpovídající populaci pacientů praktických lékařů), které dovolují srovnávat počty pacientů v celé ČR a v KHK. Ukazují, že počet přepočtených kontaktů na pacienta v KHK je pouze o 0,1 vyšší než průměr v ČR.

***Obr. 5.26 Vývoj počtu ambulantních kontaktů ambulantních specialistů v období 2010-2018 v ČR a v KHK***

Podobně komponovaný graf jako předchozí ukazuje počet pacientů u ambulantních specialistů. Nárůst pacientů celorepublikově je zde 7,6 % a naopak u pacientů v KHK došlo ke snížení počtu kontaktů o 1,6 %. Počet kontaktů u ambulantních specialistů na jednoho občana v KHK (7,1) je oproti ČR (7,5) o 0,4 nižší.

Hlavní poznatek z analýzy vývoje praktických lékařů a ambulantních specialistů v celém zdravotnickém systému na obr. 5.25 a 5.26 spočívá ve faktu, že i když absolutní počet návštěv pacientů u PLD a PLDD v čase v ČR sice v období r. 2010-2018 narostl (na cca 23,7 mil.), tak stále nedosahuje ani z poloviny počtu návštěv u ambulantních specialistů (64,9 mil.), a to ani v Královéhradeckém kraji, kde počet návštěv u ambulantních specialistů poklesl. Z tohoto srovnání je patrné, že klíčová role registrujícího praktického lékaře není v českém zdravotnictví stále dostatečně naplněna.

***Obr. 5.27 Počet praktických lékařů v mezinárodním srovnání***

Všechna předchozí konstatování o slabé roli lékařů primární péče u nás potvrzuje i mezinárodní srovnání počtu praktických lékařů na 100 000 obyvatel. Oproti větší části evropských zemí jsme v žebříčku počtu praktických lékařů nízko, a to i za situace, kdy celkový počet lékařů je u nás nadprůměrný (viz kapitola III. – Nedostatek zdravotnického personálu v ČR a KHK, obr 3.4). Protože diskuze o rozsahu primární péče u nás probíhá dlouho, aniž by se pro ni podmínky zlepšily, je nutno připomenout ještě další fenomén ČR, kterým je fakt, že všeobecní praktičtí lékaři jsou částečně zdvojeni. Jde v podstatě o variantu široce pojatého rodinného lékařství. V naší tradici od 50. let minulého století až do současnosti však existuje samostatný primární obor PLDD. Protože se tato praxe se zažila, měli bychom teoreticky mít praktických lékařů spíše více a podobně podíl na objemu poskytnuté péče v celém zdravotnictví by měl být vyšší, jak již bylo komentováno u předchozího obrazu.

***Obr. 5.28 Poměr specializovaných a praktických lékařů v mezinárodním srovnání***

Rovněž podle tohoto grafu je v mezinárodním srovnání podíl praktických lékařů v ČR oproti specialistům malý a činí jen 19 %, tj. je třetí nejnižší.

*Poznámka.* V uvedeném grafu existuje jistá metodická záludnost, protože graf neukazuje ve světlejších částech sloupců specializované lékaře, jak deklaruje metodický komentář v OECD zdroji, ale jen specializované lékaře bez praktických lékařů, kteří jsou v tmavých částech sloupců. Praktici jsou dle našeho zákona také specialisté ve smyslu povinnosti mít atestační zkoušku, tj. mít nikoli jen odbornou způsobilost jako lékař po promoci. Tato zdánlivá sofistika má důvod v tom, že v Německu praktičtí lékaři ze zákona získávají možnost samostatně pracovat a atestaci již nepotřebují, což u nás připouští legislativa jen pro zubní lékaře. Důvod této složité rozpravy je v tom, že na předcházejícím grafu 5.27 má Německo menší počet praktických lékařů než my, ale na grafu 5.28 má tmavou část sloupce podstatně vyšší než ČR a jsou v ní pravděpodobně zahrnutí dosud nesespecializovaní lékaři z ostatních oborů.

Přes uvedené diskrepance je z grafu zcela zřejmé, že kdyby šedé části sloupců v grafu 5.28 byly odstraněné, zůstaneme v počtu praktických lékařů stále dost podprůměrní oproti průměru OECD.

K celé problematice praktického lékařství je ještě potřeba dodat, že počet praktických lékařů není jediným parametrem, který signalizuje jeho nedostatečnou pozici v systému zdravotní péče. Ze zkušenosti ze zahraničí, zejména z Německa, Velké Británie, Švýcarska nebo skandinávských zemí vyplývá, že tam praktičtí lékaři mají mnohem širší spektrum práce a formálně přidělených kompetencí než u nás. Lze proto konstatovat, že segment primárního lékařství zůstává stále ve své funkci v ČR nedocenen, je v celé ambulantní sféře oproti specialistům poddimenzován početně i rozsahem prováděných výkonů a nehraje dostatečně významnou roli jako regulátor vstupu pacienta do náročnějších sfér medicíny, ani jako pomocník pacienta při pohybu v systému.

# Specifické problémy praktického lékařství a terénní ambulantní péče

## Všeobecné praktické lékařství (dále jen „PLD“)

### *Obr. 5.29 a-d Vybrané údaje o PLD v časovém vývoji a podle krajů*

Základní výkonová statistika pro PLD je k dispozici za r. 2017. Je patrné, že od r. 2007 v ČR ubyl relativní počet ošetřených pacientů cca o 1/4 (viz pozn. na konci odstavce) a výrazně ubylo ošetření pacientů v jejich vlastním prostředí. Praktičtí lékaři argumentují, že je pro ně i pro pacienta bezpečnější, pokud ho rodina přiveze do ordinace, protože tam mohou komplexněji pacienta vyšetřit, a zároveň si stěžují, že úhrady za návštěvní službu jsou podhodnocené. Počet preventivních prohlídek za celou ČR činil 6,2 % ze všech kontaktů pacienta s lékařem v r. 2017. V KHK oproti průměru ČR je přibližně o 8 % vyšší počet vyšetření na 1 000 obyvatel, což při standardizaci populace není dáno vyšším počtem starších lidí. Může to souviset i s vyšším počtem pracovních neschopností v KHK (viz kapitola II. Demografie a zdravotní stav populace v KHK, obr. 2.68-2.71). Počet preventivních prohlídek a relativní počet registrovaných pacientů je v KHK ve srovnání s ČR podprůměrný. Výrazně nadprůměrný je však počet osob, vyšetřených v rámci návštěvní služby.

Pozn.: zdroj pro uvedenou tabulku je Zdravotnická ročenka 2017 ÚZIS ČR<sup>9</sup> a přepočty v tabulce na absolutní počty ošetření i jejich časový vývoj se výrazně liší od časové řady výkonů PLD včetně výrazného skoku výkonů mezi r. 2014 a 2015 na obr. 5.25, který je uváděn dle novějšího zdroje ÚZIS ČR. Závěry z uvedené časové řady jsou proto ve SWOT analýze interpretovány dle obr. 5.25. Totéž platí i pro následující tabulky v této části, týkající se specifických problémů primární péče.

Poznatky z přípravných diskuzí se zástupci oboru PLD zůstaly kontroverzní u dvou témat, která jsou zde tlumočena bez dalšího komentáře, nicméně jako upozornění na nutnost budoucího dojasnění a řešení.

- Lékaři z oblasti následné péče, paliativní medicíny a gerontologie tvrdí, že z jejich pohledu je péče praktiků nedostatečná. Málo se věnují informování příslušných pacientů o možnostech domácích služeb, nepředepisují v indikovaných situacích opiáty apod. Upozorňují na nezbytnost posilovat navyšování specializovaných ambulancí, včetně ambulancí bolesti, pokud nebude tato činnost u PL posílena.
- Druhé téma je otázka nízké ochoty některých praktických lékařů účastnit se na lékařských pohotovostních službách.

V obou případech je lokální situace velmi rozdílná a druhý problém je dobře vyřešen např. ve Dvoře Králové n. L., kde se lékaři pohotovostních služeb vzhledem k dohodě účastní. Jiný režim funguje v Náchodě, kde na PLD dokonce stojí fungování nepřetržitého provozu na nemocničním oddělení a mají tudíž pádný důvod nasazení v LPS odmítat a suplují ji na nemocničním oddělení.

<sup>9</sup> ZDRAVOTNICTVÍ ČR: Stručný přehled činnosti oboru praktický lékař pro dospělé za období 2007–2017, NZIS REPORT č. K/17(08/2018). Dostupné z: [https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis\\_rep\\_2018\\_K17\\_A040\\_prakticky\\_lekar\\_pro\\_dospELE\\_2017.pdf](https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_K17_A040_prakticky_lekar_pro_dospELE_2017.pdf)

### ***Obr. 5.30 Dílčí cíle vládního programu Zdraví 2030 pro celou primární sféru***

Významným celostátním tématem pro PLD jsou připravované kroky MZ ČR, které se chystá výrazně posílit celou primární péči. Důvody, potřeby a reformní kroky byly publikovány koncem r. 2019 v rámci Strategického rámce Zdraví 2030.<sup>10, 11</sup> Základní cíle, které by reforma chtěla realizovat, vycházejí z nedostatků, které potvrzuje i tato analýza a mají snahu posílit kompetence PL, zlepšit koordinaci s ambulantními specialisty, vytvořit z primární medicíny oporou pro pacienta, který potřebuje průvodce po složitém systému zdravotnictví a mnohdy i nedostatkových službách a zajistit dostupnost PL i v neatraktivních oblastech. Řada specifických cílů směřuje nejen ke zlepšení činnosti PLD, ale i ostatních oborů praktické medicíny, tj. PLDD, praktické gynekologie a praktického zubního lékařství.

Klíčové pro vyšší váhu PLD je specializační vzdělávání. Lékaři v něm specializovaní musejí mít široké vzdělání v celé medicíně a důkladné praktické zkušenosti, aby byli schopni kvalifikovaně problém pacienta posoudit a zařadit ho správně buď do souboru pacientů s častými nemocemi, které jsou schopni sami léčit a sledovat, a nebo do skupiny vzácnějších či složitějších onemocnění, pro které musí pacientovi nalézt příslušného specialistu. V tomto směru je vzdělávání koncipováno dobře, i když základní vzdělávací kmen si adept může vybrat ze dvou možností, kmen praktického lékařství nebo kmen interního lékařství. Druhá varianta je méně oblíbená, protože je o půl roku delší, ale kdyby byly pro rezidenty vytvořené lepší podmínky v nemocnicích pro absolvování této části v přímém zaměstnaneckém poměru a nikoli prostřednictvím svého školitele praktického lékaře, zvýšila by se kapacita školitelů ze strany PLD a získaná praktická zkušenost v interních oborech by vyvážila časovou náročnost. Menším nemocnicím by to navíc pomohlo obsadit volná místa na interních odděleních. Druhým problémem je rekvalifikace zkušených internistů a lékařů dalších základních oborů na praktické lékaře. Aktuální systém je zdlouhavý a pokud by se finančně podpořil tak, aby ho mohli zájemci absolvovat v distanční formě paralelně se svým základním zaměstnáním, byl by to další krok, jak zájem o primární medicínu zvýšit.

## **Praktické lékařství pro děti a dorost**

Úvodem je potřeba znovu opakovat, že obor praktické lékařství pro děti a dorost (PLDD) je aktuálně nejrizikovějším oborem, pokud jde o potřebu úvazků lékařů aktuálně i výhledově. V KHK chybí minimálně 8 lékařů (**viz obr 5.21**), což je sice stejné číslo jako u PLD, ale počet úvazků PLDD je cca 1/3 oproti PLD, takže situace je zde podstatně horší (**viz obr. 5.23**). Prognózy vzhledem k tomu, že PLDD mají velký počet lékařů v důchodovém věku, jsou ze všech oborů primární péče u PLDD nejhorší. V celé ČR bude v letech 2020-2030 úbytek PLDD patrně velký a v KHK jich mezi roky 2020–2030 ubude nejméně dalších 15 (**viz obr. 5.16**).

Situace je navíc komplikovaná faktem, že v roce 2016 došlo ke změně vzdělávání a obor byl znovu připojen ke specializovanému vzdělávání v rámci pediatrie. Část expertů to považovala za rozumné, ale mohutný odpor a velmi ostrá prohlášení ze strany vedení PLDD o zrušení

<sup>10</sup> *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* s citací Usnesení vlády z 13. července 2020 č.734, které aktualizovalo původní verzi dokumentu z r. 2019 o poznatky z epidemie Covid-19 (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č.817). Dostupné online z: [http://www.hygp Praha.cz/Admin/\\_upload/files/1/2020\\_1/11042020\\_aktualizace\\_Zdravi%202030/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf](http://www.hygp Praha.cz/Admin/_upload/files/1/2020_1/11042020_aktualizace_Zdravi%202030/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf)

<sup>11</sup> *Analytický podklad pro Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* - schválený dokument (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č. 817). Analytický podklad byl MZ ČR zveřejněn jako prezentace, datovaná 17.5.2019. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17382/37700/Strategick%C3%BD%20r%C3%A1mec%20Zdrav%C3%AD%202030.pdf>



samostatného oboru vyvolal pokles zájmu rezidentů v této sféře. Paradoxně patří lékaři oboru dětského lékařství i v nemocnicích mezi nedostatkové a tak, i když je věkový profil lékařů v nemocnicích poměrně nízký (medián 40 let oproti 56 u PLDD) (viz kapitola III. Nedostatek zdravotnického personálu v ČR a KHK, **obr. 3.11 a 3.33**), je zatím zájemců o obor pediatrie, který by měl pokrýt specializační přípravu pro PLDD málo.

Proces ubývání pediatriů se vyvíjí léta. Celkové počty aktivních lékařů oboru pro dlouhodobé srovnání nejsou sice snadno dostupné, ale podle údajů, které jsou k dispozici a jsou metodicky alespoň trochu srovnatelné, byl vývoj podle příslušných Zdravotnických ročenek ÚZIS ČR v období r. 1992–2013<sup>12,13</sup> následující (vyjádřeno v přepočtených úvazcích, celkový počet lékařů je bez stomatologů):

- úbytek počtu pediatriů (cca) z 3 490 na 3 360, tj. pokles o 3,7 %,
- růst počtu lékařů všech oborů (cca) z 33 607 na 39 267 tj. vzestup o 16,6 %.

Přitom v pediatrii probíhal úplně stejný proces inovace technologií jako v ostatních medicínských oborech a měl podnítit podobné personální posílení.

### ***Obr. 5.31 Pediatrie a neonatologie – Vývoj počtu hospitalizovaných v ČR***

Kritický stav celého oboru pediatrie dokumentuje i tabulka, která ukazuje dramatické změny, které v pediatrii proběhly v období r. 1992–2018. Úbytek pediatriů způsobil pokles počtu lůžkových oddělení a celkový počet lůžek se snížil na 40 %(!), a to by byl tento pokles ve vlastní pediatrii ještě větší, kdyby nebyl kompenzován prudkým rozvojem a nárůstem lůžek neonatologických. Celkový počet hospitalizací se zvýšil o 5 %, zejména právě nárůstem neonatologických hospitalizací. Díky zkrácené ošetrovací době u standardních pediatrických hospitalizací dětí klesl celkový počet ošetrovacích dnů na polovinu. Tento vývoj byl způsoben faktem, že spolu s růstem medicínských zkušeností výrazně ubyla potřeba dlouhých hospitalizací a dnes se více dětí než dříve léčí s lehčími onemocněními ambulantně a v domácí péči. Ubylo tak převážně lehčích diagnóz a byly potlačeny hospitalizace spíše na pomezí zdravotní a sociální péče. Nebylo však těžkých pacientů a tím spolu s vývojem neonatologie zůstala pracovní zátěž v nemocnicích v podstatě stejná. Také většina specializované pediatrické ambulantní práce probíhá v nemocnicích (88,6 %) (**viz. obr. 5.43**).

### ***Obr. 5.32 Dílčí cíle vládního programu Zdraví 2030 pro PLDD***

Vládní program Zdraví 2030<sup>10, 11</sup>, popisovaný již v **obr. 5.30** má konkrétní úkoly pro pediatrickou sféru a hodlá řešit zejména personální situaci. Po změnách vzdělávání PLDD se

---

<sup>12</sup> Zdravotnická ročenka České republiky 2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019. ISSN 1210-9991. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdroccz-2018.pdf>

<sup>13</sup> Zdravotnická ročenka České republiky 1993. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 1993. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ZdrRoc92.pdf>

<sup>10</sup> *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* s citací Usnesení vlády z 13. července 2020 č.734, které aktualizovalo původní verzi dokumentu z r. 2019 o poznatky z epidemie Covid-19 (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č.817). Dostupné online z: [http://www.hygp Praha.cz/Admin/\\_upload/files/1/2020\\_1/11042020\\_aktualizace\\_Zdravi%202030/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf](http://www.hygp Praha.cz/Admin/_upload/files/1/2020_1/11042020_aktualizace_Zdravi%202030/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf)

<sup>11</sup> *Analytický podklad pro Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* - schválený dokument (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č. 817). Analytický podklad byl MZ ČR zveřejněn jako prezentace, datovaná 17.5.2019. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17382/37700/Strategick%C3%BD%20r%C3%A1mec%20Zdrav%C3%AD%202030.pdf>

řeší jeho studijní náplň tak, aby byly kvalitně vychováni jak dětští lékaři pro nemocniční pediatrii, tak budoucí PLDD pro ambulantní terén, aby se vyřešila alespoň částečná zastupitelnost lékařů v obou sférách. Podaří-li se tyto záměry realizovat, bude to snad i podnět pro řešení velmi špatné personální situace v nástavbových dětských oborech, z nichž jsou mimořádně rizikové kvůli počtům lékařů zejména dětská psychiatrie a dětská neurologie.

### ***Obr. 5.33 Preventivní prohlídky u PLD a PLDD, ČR a KHK, roky 2017 a 2018***

Protože zmíněný vládní program hodlá posilovat i prevenci, je potřeba vyzvednout přístup PLDD, který byl vždy vzorový jak v případě očkování, tak při preventivních prohlídkách. Preventivní prohlídku u všeobecného praktického lékaře (údaj pro PLD a PLDD dohromady) absolvovalo v letech 2017/2018 64 % populace ČR, v KHK pouze 62,5 % (viz sloupcový graf vlevo). Průměr za celou populaci však zdaleka není vypovídající tak, jako když se procento preventivních vyšetření sleduje podle věku. Graf vpravo ukazuje, že v letech 2017/2018 byla preventivní prohlídka u PLDD (věk 0-18) zaznamenána ve více než 95 % případů. Pro věk, který se týká PLD je situace naopak mnohem horší. U mladší generace 18+ je účast pod 50 % a teprve okolo 60 let se dostává nad 60 %.

Zatímco u populace Královéhradeckého kraje je účast na preventivních prohlídkách u dětí nadprůměrná, u dospělých osob je mírně pod celorepublikovým průměrem. Obecně platí, že v rámci potlačování celoplošných populačních rizik musí mít veřejné zdravotnictví, za které by měl nést odpovědnost i kraj, vysoký zájem na propagaci prevence. Uvedené výsledky také ukazují, jak důležitá je motivace všech občanů. Rodičům nedělá problém do preventivních programů zapojit své děti, protože jim na zdraví jejich dětí velmi záleží, na rozdíl od toho, jak často zanedbávají zdraví své.

### ***Obr. 5.34 a-d Vybrané údaje o PLDD v časovém vývoji a podle krajů***

Základní výkonová statistika pro PLDD je k dispozici za r. 2018. Údaje o preventivních prohlídkách, kterých je v KHK méně, než je průměr v ČR, jsou v diskrepanci s dobrými výsledky u dětí v KHK na obr. 5.33. I počtů vyšetření ubývá oproti údajům na obr. 5.25, takže i u tohoto zdroje dat platí stejné výhrady jako v případě PLD (viz komentář k obr. 5.29a-5.29d) a v budoucnu bude nutno metodiky sledování výkonů praktické sféry revidovat.

## **Gynekologie a porodnictví – primární ambulantní péče (dále jen „Praktická gynekologie“)**

Praktická gynekologie je mezi třemi ostatními obory primární medicíny pravděpodobně nejméně problémovou záležitostí. Obor je zvláštní tím, že jeho specializační průprava není oddělená od vzdělávání v celém oboru gynekologie a porodnictví. Stejný systém byl kdysi i u PLDD, byl porevolučně zrušen a nyní se uzákonil znovu. Vytvořilo to ale u praktických pediatriů takové protesty, že se krize ve vzdělávání ještě zhoršila. Paradoxně stejný spojený systém vzdělávání v gynekologii je úspěšný, panuje s ním spokojenost a je pokládán za velmi racionální. Největší přínos tkví v tom, že vzdělání umožňuje nejen poznat obor v celé jeho šíři, ale že jeho absolventům poskytuje vysokou flexibilitu v profesi. Lékařky / lékaři jsou schopni přecházet z jednoho zaměstnání (nemocniční gynekolog) do druhého (praktický gynekolog) a výsledkem je, že v tomto oboru působí nejvíce lékařů, kteří vykonávají obě role, a to bez odborných problémů. I když je i obor gynekologie a porodnictví postižen stejně jako ostatní nedostatkem lékařů, jsou zde nejmenší rozdíly mezi deficitem personálu v nemocnicích a ambulancích.

Jediný problém, který uvedená situace nese, je nomenklatura, která z pohledu laika a někdy i z pohledu statistického zpracování jednoznačně nenapovídá, co je ordinace praktického lékaře a co specialisty, pokud to není explicitně řešeno (např. praktický gynekolog vs. dětský gynekolog) a obě ambulantní oblasti (PL a ambulantní specialista) v běžných debatách splývají. Tento režim důsledně kvůli úhradovým mechanismům oddělují jediné zdravotní pojišťovny.

#### ***Obr. 5.35 a-e Vybrané údaje praktických gynekologů v časovém vývoji a podle krajů***

Základní výkonová statistika pro PL-gynekology je k dispozici za r. 2018. Celkový počet ošetření / vyšetření od r. 2007 za celou ČR mírně poklesl, počet preventivních prohlídek mírně stoupl, počet nově přijatých těhotných mírně kolísal, počet návštěv porodních asistentek výrazně poklesl a počet jednodenních chirurgických výkonů výrazně stoupl. Za KHK jsou nejvýznamnějšími zjištěními vyšší počet preventivních prohlídek, než je průměr ČR, ale podprůměrný počet registrovaných pacientek a zejména druhý nejnížší záchyt prekanceróz v rámci screeningu karcinomu děložního hrdla.

#### ***Obr. 5.36 Migrace mezi kraji za porody, 2018***

Migrací za zdravotní péči se více zabývá kapitola VI. Lůžková péče včetně sociálních pobytových služeb a problematika paliativní medicíny a geriatric v KHK, kde jsou metodické komentáře. Migrace zařazená zde je určitou výjimkou, protože splývání praktických a specializovaných oborů má za následek, že migrace za porody je z části ovlivněna i praktickými gynekology, kteří směřování rodičky do porodnice usměrňují. Ukazuje se však, že migrace do mimokrajských zařízení má z pohledu KHK celkem normální rozložení s největším počtem porodů podle kraje trvalého bydliště rodičky. Větší migrace je do sousedních krajů Libereckého a Pardubického a mírně i do Prahy. Do KHK chodí rodit nejvíce rodičky z Pardubického kraje, nepřevyšuje to však procento běžné migrace z Pardubicka i v jiných oborech. Z migrační analýzy ovšem není jasno, zda se jedná o těhotné ženy, které mají ve jmenovaných krajích i své praktické (registrující) gynekology, a nebo zda je tato problematika rozštěpena na dva okruhy lékařů, praktické gynekology a porodníky. Není jasný ani vliv perinatálního centra ve FN HK, které musí mít na pohyb pacientek do KHK rovněž určitý podíl. Další ambulantní migrační analýza je v této kapitole na **obr. 5.47**, je však celkem jasné, že jednoznačná interpretace migrační problematiky by vyžadovala ještě další analýzy.

### **Zubní lékařství – primární ambulantní péče (dále jen „praktická stomatologie“)**

#### ***Obr. 5.37 Počet obyvatel na samostatnou ordinaci PL –stomatologa***

Přestože praktická stomatologie byla problémová ještě dlouho před tím, než se objevila všeobecná krize v obsazování míst praktických lékařů, zejména PLD, jsou dnes problémy s dostupností lékařů z části zmírněny. Počet obyvatel na ordinaci stomatologa je dle prezentovaného grafu v KHK jen lehce pod průměrem ČR. Tento počet však stále ještě nevyklučuje lokální problémy, situace je proměnlivá a rizika nestability nebyla úplně potlačena. V letech 2016-2018 ještě počet stomatologů klesal (**viz obr. 5.23**), ale příznivá prognóza vývoje počtu stomatologů v dalších deseti letech (**viz obr. 5.16**), by však měla situaci postupně zklidňovat. V některých okresech určitě ještě přetrvávají problémy spojené s ochotou zubních lékařů zajišťovat pohotovostní služby. Bohužel existuje obecně nízká ochota zubních lékařů registrovat pacienty a procento registrovaných je tak nejmenší ze všech primárních oborů (**viz pozn. níže**). Je to dáno finančními zájmy stomatologů, kterým systém samopláteckých plateb vyhovuje více než způsob pojišťovenských úhrad. Bohužel se tím

ztrácí možnost a potřeba lékařů motivovat pacienty k potřebné prevenci a pacienti se zanedbaným stavem chrupu jsou tak tlačeni do návštěv pohotovostních služeb, které pak suplují činnost praktických stomatologů.

Poznámka k registraci pacientů: dle pracovního materiálu zdravotních pojišťoven k jednání o akutní lůžkové péči KHK z ledna 2020 (příloha č.2) bylo v KHK (populace cca 550 tis. obyvatel) registrováno k 31.11.2019 u PLD nebo PLLD cca 532 tis. obyvatel. U praktických stomatologů však pouze cca 236 tis. obyvatel, tj. méně než polovina stejné populace celého kraje.

#### ***Obr. 5.38 Stomatologické preventivní prohlídky***

Procento občanů krajů, kteří absolvují preventivní prohlídky je pro r. 2018 v KHK vyšší, než je průměr ČR a od r. 2010 je prakticky bez změny (na obraze zde neprezentováno), ale do dokonalého systému prevence má stále daleko. Výsledkem nedokonalé prevence je přetížení pohotovostních služeb, které podle údajů sloužících lékařů navštěvují převážně pacienti bez registrace u stomatologa a se špatnou osobní péčí o chrup. Nicméně fungují nejen prevence, ale údajně i pohotovostní služby v KHK lépe než v okolních krajích. Důsledkem této vstřícnosti však do těchto krajem dotovaných pohotovostních služeb přichází vyšší počty pacientů z jiných krajů, alespoň podle zkušeností lékařů, kteří tam pracují, včetně rozsáhlé stomatologické pohotovosti ve FN HK. Celá tato oblast však není podložena komplexními statistikami.

#### ***Obr. 5.39 a-c Vybrané údaje o zubních lékařích podle krajů, r. 2013***

Vyhovující statistiky pro zubní lékařství jsou k dispozici obtížně, možná i kvůli faktu, že zubní lékařství má větší počet ambulančí, které nemají smlouvy se zdravotními pojišťovnami, zejména ve větších městech, kde je bohatší patientská klientela. Komplexní statistika pro stomatology byla ÚZIS ČR sestavena naposledy za r. 2013 a je zde prezentována v rozsahu, který ÚZIS ČR používal systematicky dříve, a to alespoň jako ilustrace, i když některé absolutní hodnoty se od sebe liší (viz např. hodnoty počty preventivních prohlídek na **obr. 5.38 a 5.39a**). V r. 2013 došlo k poklesu počtu lékařů, ošetření, léčených (unikátních) pojištěnců a preventivních vyšetření na 10 000 obyvatel KHK vyšší než průměr ČR.

#### ***Obr. 5.40 Počty ambulantních návštěv u stomatologů, ČR a stav v KHK v r. 2018***

Další pravidelné roční statistiky po r. 2013 ustaly, ale publikovaná, zde prezentovaná výkonná data z r. 2018 demonstrují, že stav mezi ČR a KHK, co do počtu návštěv se výrazněji neliší a počet návštěv se v KHK v období let 2010-2018 prakticky nezměnil. Absolutní počty návštěv pacientů, ve srovnatelném roce 2013, mezi grafy na **obr. 5.40 a 5.39a** se však liší asi o 10 %, což souvisí nejspíše s metodikou sběru dat.

#### ***Obr. 5.41 Onemocnění chrupu v ČR a v KHK, r. 2018***

#### ***Obr. 5.42 Onemocnění chrupu v ČR a v KHK, r. 2010-2018***

U nejčastějších diagnóz (zubní kaz, nemoci dásní a skupina jiné) je počet nálezů v KHK přibližně o 14-23 % vyšší než v ČR. V časovém průběhu je vývoj v ČR a v KHK podobný, u větší části diagnóz nálezů mírně ubývá, stoupá mírně u paradentózy a u poruch vývoje zubů. Dlouhodobě klesá zejména výskyt zubního kazu, který je nejdůležitějším ukazatelem kvality prevence i vlastní péče pacienta o svůj chrup. Naopak vyšší výskyt zubního kazu v jednorázovém šetření může být ukazatelem kvality preventivních prohlídek, protože identifikace malých kazů a jejich odstranění zabraňuje větší devastaci zubu.

## Ambulantní specialisté

Jak již bylo výše dokumentováno, v systému terénních ambulancí reprezentují oproti praktickým lékařům většinu kapacity lékařů a většinu kontaktů s pacienty ambulantní specialisté. Určitá komplikace pro jednoduchý statistický popis činnosti v ambulantní sféře je již zmíněný fakt, že velkou část kontaktů produkují též ambulance v nemocnicích. Další sféra, která přehled komplikuje je i mimonemocniční komplement (laboratorní činnosti, patologie a diagnostické zobrazování), který se do nákladů ambulantního sektoru počítá, ale není zcela unifikováno, jak se počítá do počtu kontaktů pacientů se zdravotnickým systémem.

U nemocnic při sledování ambulantní činnosti je určitý problém se statistikami nemocničních lékařů, protože ti jsou sledováni pro zdravotní pojišťovny zvláště jako nemocniční lékaři v ambulancích a zvláště jako nemocniční lékaři u lůžka, ale na klinických odděleních panuje běžně provozní režim, kdy se lékaři na ambulancích, u lůžek a u provádění různých výkonů střídají a pevně a dlouhodobě alokovaných lékařů na jednotlivá pracoviště je spíše méně než lékařů rotujících. Určovat potom přesné počty lékařů, kteří jsou pro jednotlivé sektory potřeba je administrativně náročné. ZP průměrné úvazky lékařů v nemocničních ambulancích mají, ale tato čísla, která byla od VZP k dispozici se nejevila jako příliš reálná, i když byla použita ve statistikách jednotlivých specializovaných oborů v kapitole VII. Problematika vybraných specializovaných oborů a lékařské péče v KHK.

### ***Obr. 5.43 Počty kontaktů pacientů v ambulancích KHK podle odborností - 1., 2. a 3. část***

Přes určité výše uvedené statistické nejasnosti evidují zdravotní pojišťovny jednotlivé ambulantní činnosti přesně kvůli úhradám poskytovatelům. Zde je prezentovaná elementární databáze jednotlivých odborností, v řádcích s počty kontaktů pacienta s lékařem či dalším odborníkem v terénní ambulanci, v nemocniční ambulanci, kontakty v KHK celkem a procentní podíl kontaktů v nemocnicích. Počty ambulantních kontaktů v nemocnici reprezentuje základní ambulantní činnost a jsou z ní vyloučené příjmové ambulance a ambulance pohotovostní.

Obě tabulky vedle sebe v **obr. 5.43** jsou vytvořené z jedné databáze, jen vlevo jsou data řazená podle čísel odborností, vpravo podle podílu ambulantních činností v nemocnicích. Obě paralelní tabulky je nutno číst jako dlouhé sloupce, které jsou rozdělené na třech stránkách jako tři segmenty jedné dlouhé tabulky nad sebou. Tato databáze, mapující stav v r. 2018, byla pro tvorbu Koncepce autorům k dispozici začátkem roku 2020 a je zde uvedena v plném rozsahu jako ukázka kvalitního datového zdroje pro další analýzy, jaký před r. 2020 nebyl veřejně k dispozici. Je to průlomový informační produkt Národního registru hrazených zdravotních služeb (dále jen „NR HZS“) a obsáhlý popis přehledu ambulantních odborností a výkonů zde byl využit mj. i jako upozornění na výrazný pokrok ve zdravotnické informatice ČR, kterou NR HZS posunul od převážně hospitalizačního zaměření i na sféru ambulancí, která dosud nebyla dostatečně zmapovaná.

Tech. pozn.: u odbornosti 019 – stomatologická LPS je nízký počet výkonů v ambulantních zařízeních v kraji mimo nemocnice (jen 0.6 %); zprávy z některých okresů potvrzují, že se pohotovost pravidelně v mimonemocničních zařízeních provozuje a v odbornosti 019 vykazuje; (v této situaci není jasné, zda jde o chybu vykazování, zpracování či metodického postupu).

***Obr. 5.44 Počty kontaktů ambulantních pacientů v KHK, vybrané odbornosti I.***

***Obr. 5.45 Počty kontaktů ambulantních pacientů v KHK, vybrané odbornosti II.- 1. a 2. část***

Již na předchozích tabulkách je patrné, že některé odbornosti jsou vázány téměř výlučně na ambulantní terén, některé naopak na nemocniční ambulantní aktivity. Na zde prezentovaných dvou obrazech jsou vybrané odbornosti zařazené do skupin. Na obr. 5.44 jsou to skupiny primární péče, pohotovostní služby, komplement pro ambulantní pacienty a nelékařské odbornosti včetně domácí péče. Na obr.5.45 je to skupina odborností lékařů specialistů bez praktických lékařů a všech dalších odborností. Obraz má dvě části, které dohromady tvoří jednu dlouhou tabulku.

Ve všech uvedených skupinách je stejné rozdělení na služby poskytované mimo nemocnice a v nemocnicích, jak bylo popsáno u souborných tabulek. Nemocnice zajišťují 43,5 % všech kontaktů pacientů v rámci lékařských klinických služeb ambulantních specialistů. Komplement v nemocnicích pro ambulantní pacienty zajišťuje 81 % všech kontaktů s komplementárními odbornostmi (není úplně jasné, zda je vyčísleno v počtech výkonů nebo počtech žádanek). Naopak primární péče je zajištěna nemocnicemi méně než v 5 % případů a zbytek se odehrává v terénních ambulancích.

***Obr. 5.46 Objem ambulantních služeb v krajích u specialistů v terénu (bez PL) a v nemocnicích***

Velmi podobná analýza jako výše ukazuje podíl nemocnic na celkové péči ambulantních specialistů za celou ČR po krajích (i zde v počtech kontaktů na jednoho obyvatele v kraji). Nejvyšší podíl kontaktů mají nemocnice ve Středočeském kraji (42,3 %) a nejnižší v Karlovarském kraji (29,4 %), ale mezikrajové rozdíly nejsou oproti celé ČR (38,2 % v nemocnicích) velké a principiálně nepopírají významnou roli nemocnic v této oblasti. Celkový počet kontaktů v KHK je na předchozí analýze na obr. 5.45 nižší, protože celorepublikový přehled počítá odbornost 603 – gynekologie a porodnictví mezi ambulantní specializace, kdežto na tomto obr. 5.46 je zařazena do primární péče.

***Obr. 5.47 Migrace ambulantních pacientů za péči do KHK – 1. a 2. část***

Na obraze, složeném ze dvou částí, je prezentován jeden dlouhý graf, rozdělený do 4 segmentů (vždy dva vedle sebe), ve kterých jsou seřazené ambulantní odbornosti sestupně tak, jak u nich narůstá podíl pacientů z jiných krajů než KHK. Podle toho se dá v grafu snáz orientovat – světle modré části sloupců ukazují procenta migrace do kraje. Vpravo od sloupců je celkový počet pacientů (N) v r. 2018 příslušné odbornosti. Tato migrační analýza není jednoznačně hodnotitelná bez znalosti pracovišť, kam pacienti přijíždějí, bez recipročních údajů o migraci z KHK do jiných krajů a bez diagnóz. V hodnocení se tak lze omezit jen na spekulativní úvahy o dobré pověsti některých pracovišť (odb. 613 - asistovaná reprodukce, mimokrajských pacientů 66,2 %), nedostatečná péče v některých oborech (014 klinická stomatologie, 31,8 %) nebo vyšší centralizace péče (304 – neonatologie, 43,7 %).

Nutno podotknout, že prezentovaný graf zobrazuje relativní počty migrujících, ale je ho možno přepočítat i na absolutní počty pacientů z jiných krajů, kteří zdravotnické služby v KHK využijí. Pomineme-li obrovská absolutní čísla u komplementů, kdy jsou zde vyšetřeni přímo pacienti (zobrazovací metody) nebo jejich laboratorní vzorky, tak absolutně nejvyšší počet pacientů v klinických oborech přichází do KHK kvůli odbornosti 603 gynekologie a porodnictví (migrace 28,6 %, 23 458 pacientů; nejedná se o vzorky pro screening děložního hrdla) a odbornost 501 chirurgie (migrace 12,8 %, 16 766 pacientů; v tomto případě se pravděpodobně jedná z části o turisty).

Migrační pohled na tomto obraze je dobrým příspěvkem do zobrazení ambulantních činností v kraji, i když migrační analýzy v této sféře nejsou ještě tak často publikovány jako pohyby pacientů hospitalizovaných. (K migrační analýze v gynekologické a porodnické oblasti viz též obr. 5.36).

# Preventivní medicína a motivace populace ke zdravému způsobu života

## Úvod

Téma zdravého způsobu života a aktivních preventivních opatření bylo opakovaně diskutováno zejména v části o zdraví populace, kde bylo dokladováno, jak zanedbání těchto aktivit přispívá k vyšší nemocnosti a úmrtnosti na řadu chorob a omezuje nejen délku života, ale i délku života ve zdraví. Je na místě to zmínit i v této části o ambulantní péči, protože zejména primární ambulantní služby jsou prostředím, kde lze pro prevenci a pro motivaci jednotlivých občanů (pacientů) ke zdravému chování udělat nejvíce. Posílení této oblasti je jednou z klíčových kapitol ve vládním programu Zdraví 2030<sup>10, 11</sup>.

O zmíněnou sféru se nestará jen oblast poskytovatelů zdravotních služeb, ale významnou úlohu v prevenci a propagaci zdravého života má i státem zřizovaná soustava orgánů ochrany veřejného zdraví, kterou tvoří MZ ČR, krajské hygienické stanice, Ministerstvo obrany ČR a Ministerstvo vnitra ČR. Uvedené správní úřady mají významnou roli v dohledu nad ochranou veřejného zdraví a též i v oblasti podpory veřejného zdraví. Koordinují v tomto směru řadu činností v rámci resortu zdravotnictví i mimo něj, zaměřených například na působení škodlivin typu infekční agens, návykových látek, fyzikálních a chemických vlivů, předcházení úrazům, monitoring životního, pracovního a sociálního prostředí. V neposlední řadě je snaha o zdravou výživu, pohybovou aktivitu a výchovu k zdravému způsobu života. Pro náš kraj v tomto směru působí jako jeden z významných koordinátorů Krajská hygienická stanice Královéhradeckého kraje se sídlem v Hradci Králové, která má vedle řady praktických hygienických agend i pravomoci ve smyslu správního úřadu. Navíc monitoruje zdravotní stav populace kraje jako celek a navrhuje krajské politiky pro posilování zdraví<sup>14, 15</sup>. Praktické činnosti (např. laboratorní služby, fyzikální měření, aj.), potřebné pro plnění úkolů hygienické služby vykonává pro KHK Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem, zastřešující 9 českých krajů. Klíčovým prvkem v uvedené oblasti zdraví je samozřejmě občan a jeho znalosti, motivace a chování, které je dnes zastřešováno termínem zdravotní gramotnost (viz kapitola I. Zdravotnický systém ČR).

Intervence ve prospěch individuálního i populačního zdraví, které patří do náplně činností lékařů prvního kontaktu (primární péče) jsou čtyři: preventivní prohlídky, naplňování

---

<sup>10</sup> *Strategický rámeček rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* s citací Usnesení vlády z 13. července 2020 č.734, které aktualizovalo původní verzi dokumentu z r, 2019 o poznatky z epidemie Covid-19 (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č.817). Dostupné online z: [http://www.hygpaha.cz/Admin/\\_upload/files/1/2020\\_1/11042020\\_aktualizace\\_Zdravi%202030/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf](http://www.hygpaha.cz/Admin/_upload/files/1/2020_1/11042020_aktualizace_Zdravi%202030/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf)

<sup>11</sup> *Analytický podklad pro Strategický rámeček rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* - schválený dokument (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č. 817). Analytický podklad byl MZ ČR zveřejněn jako prezentace, datovaná 17.5.2019. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17382/37700/Strategick%C3%BD%20r%C3%A1me%C3%AD%202030.pdf>

<sup>14</sup> Zdravotní stav obyvatel Královéhradeckého kraje 2018. Krajská hygienická stanice Královéhradeckého kraje ve spolupráci s Centrem investic, rozvoje a inovací KHK, Materiál pro 23. ZASEDÁNÍ ZASTUPITELSTVA 14. 10. 2019, bod č. 13, usnesení č. 23/10

<sup>15</sup> *Koncepce zdraví Královéhradeckého kraje 2030* [online]. Centrum investic, rozvoje a inovací, ©2019. Dostupné z: [https://ciri.blob.core.windows.net/cms/ContentItems/1770\\_01770/koncepce-zdravi-khk-2020-final-verze-10-2019.pdf](https://ciri.blob.core.windows.net/cms/ContentItems/1770_01770/koncepce-zdravi-khk-2020-final-verze-10-2019.pdf)

cílených screeningových programů, očkování a intervenční motivační pohovory ohledně zdravého způsobu života, i když i zde se činnosti z části prolínají s hygienickou službou. Stav v této oblasti celostátně byl probrán již v kapitole 1 – Zdravotnický systém ČR, v části Zdravotní stav populace a zde je prezentováno několik konkrétních údajů o příslušných aktivitách v KHK.

## Preventivní prohlídky

Preventivní prohlídky byly zmiňovány v částech, probírajících péči PLD a PLDD a praktických stomatologů. U dětí se prevence týká zejména jejich fyzického a psychického vývoje a povinného i nepovinného očkování, včetně motivování rodičů s očkováním vyslovit souhlas. Počet prohlídek a procento jejich absolvování je u dětské populace stabilně vysoký (přes 95 %). U dospělých je asi poloviční, než u dětí (**viz obr. 5.33 a 5.38**). Využití preventivních prohlídek se výrazněji v KHK neliší od průměru celé ČR, ale záleží hodně na motivaci občanů a aktivitě praktických lékařů, kolik lidí ji absolvuje. Není to jistě jediný nástroj prevence a jsou k dispozici i další prohlídky (vstup do zaměstnání, pravidelné kontroly u rizikových profesí aj.), ale mohly by být využívány lépe a přispět tak ke zvyšování populačního zdraví, zejména prostřednictvím PLD. Přes zdánlivou banalitu vyšetření u dospělých (pojmenování nadváhy a obezity, měření krevního tlaku, měření hladiny krevního cukru aj.) jsou prohlídky schopné zachytit v počátečním stádiu skryté a bezpříznakové poruchy zdraví, které mají dlouhodobý charakter, a mohou bez patřičné léčby či chování pacienta přejít do těžko léčitelného stádia a zřetelně zkracovat život.

Náplň preventivních prohlídek určuje vyhláška MZ ČR, její obsah je průběžně upravován odborníky a postupně začíná podléhat principu *evidence based medicine*, který vyžaduje vědecké potvrzení efektivity jednotlivých intervencí.

## Naplňování cílených screeningových programů

**Obr. 5.48 (vypuštěn)**

**Obr. 5.49 Přehled screeningových programů zhoubných nádorů v ČR**

Různé depistážní akce, vyhledávající vývojové poruchy a choroby v oblasti infekcí – zejména tuberkulózu, se v Evropě i u nás objevily již v první polovině 20. století a výrazně se rozšířily v 50. letech. Systematické, plošné a zdravotními pojišťovkami hrazené screeniny začaly být znovu zaváděny od přelomu tisíciletí a od r. 2010 MZ ČR pro jejich rozvoj a monitoring ustavilo pracovní skupinu. Základní informace o třech státem organizovaných screeningových programech (screening karcinomu prsu, kolorektálního karcinomu a karcinomu děložního hrdla) a zejména celostátní vývoj klíčového parametru pokrytí definované populace ukazuje graf s celostátním vývojem všech programů. Využití programů však má stále velké rezervy a přes úsilí MZ ČR a zdravotních pojišťoven, které organizují a zajišťují cílené zvaní pacientů, postupný nárůst v nepravidelných vlnách nyní stagnuje. Graf ukazuje i základní parametry (v tomto případě věkové limity) pro cílové skupiny programů.

**Obr. 5.50 Pokrytí cílové populace screeningem karcinomu prsu dle krajů**

**Obr. 5.51 Pokrytí cílové populace screeningem kolorektálního karcinomu dle krajů**

**Obr. 5.52 Pokrytí cílové populace screeningem karcinomu děložního hrdla dle krajů**

Grafy ukazují úspěšnost v pokrytí cílové populace v krajích a komentáře k tomu jsou v obrázcích. V pořadí krajů je KHK podprůměrný u mamografického screeningu, těsně nad průměrem je u kolorektálního karcinomu a zřetelně nad průměrem u cervikálního screeningu.



### ***Obr. 5.53 Pokrytí cílové populace screeningem karcinomu prsu dle okresů***

Horší výsledky v návštěvnosti screeningu v KHK, než je průměr ČR u prevence karcinomu prsu, který byl v kraji propagován již 70. letech minulého století, jsou překvapivé a pravděpodobně způsobené nerovnoměrnými aktivitami jednotlivých center. Nadprůměrné pokrytí populace je v okr. Hradec Králové, Náchod a Rychnov n. Kn., podprůměrné v okr. Trutnov (údaje za r. 2017).

### ***Obr. 5.54 Počet žen z cílové populace screeningu karcinomu prsu na jedno centrum dle krajů***

V KHK je celkem 6 mamografických center z celkem 73 akreditovaných center v ČR. Vytížení center je v KHK nejhorší z ČR a počet žen na jedno centrum je 22 977 na rozdíl od průměru v ČR (35 101 žen). Důvody nejsou jasné a personální obsazení jednotlivých center nebylo pro Analýzu k dispozici.

Všechny tři screeniny provází v posledních dvaceti letech pokles mortality příslušných chorob a u karcinomu děložního hrdla se dokonce objevují expertní prognózy, že by nemoc mohla být v Evropě úplně eradikována. Přesto byl pouze screening karcinomu prsu v průměru ČR využit cílenou populací těsně nad 60 %, ostatní dva se pohybují pod 60 %. Proto stále existuje rezerva na to, aby byl výskyt onemocnění stále ještě snižován a mělo by to proto být i předmětem zájmu kraje, jak screeningové programy fungují.

## **Očkování**

### ***Obr. 5.55 Sonda do proočkovanosti dětí (kojenci)***

### ***Obr. 5.56 Sonda do proočkovanosti dětí (dívky proti HPV)***

Očkování je osvědčený, spolehlivý a bezpečný způsob boje proti infekčním nemocem. V naší zemi bylo velmi rozšířené, a ještě začátkem tisíciletí byla ČR dávana za příklad země, kde je proočkovanost vysoká a výskyt příslušných chorob nízký. V posledních letech však v souvislosti s různými desinformacemi odpíračů očkování přibývá. Propagace očkování ze strany PLDD je vysoká, ale přesto v minulosti bylo možno registrovat určité rozladění lékařů, kterým stát dlouho nebyl ochoten pokrýt riziko nákladů na odškodnění při případných komplikacích, které jsou sice vzácné, ale u očkování dětí ani dospělých je úplně vyloučit nikdy nelze. Tato nepříjemnost se zdá být legislativně vyřešena, ale pokles proočkovanosti se dosud úplně zastavit v celé ČR nepodařilo. Grafy ukazují na příkladu kojenců a předpubertálních dívek pokles procenta očkovaných dětí. Zároveň je na nich ale patrné, že ve srovnání krajů (**obr. 5.55**) je situace v KHK alespoň z části lepší, než jsou průměry ČR.

### ***Obr. 5.57 Očkování proti chřipce, mezinárodní srovnání***

### ***Obr. 5.58 Očkování proti chřipce, stav v krajích, populace 65+***

Přes problémy s očkováním dětí je u nich situace stále ještě relativně dobrá ve srovnání se situací u dospělých. Dobrý stav je u tetanu, kde je očkování populací akceptováno jako lege artis postup u jakýchkoliv chirurgických zákroků, ale ostatní plošná očkování mají velké rezervy. Dle **obr. 5.57** byla v r. 2014 u očkování proti chřipce proočkovanost starších lidí násobně horší než ve vyspělých evropských zemích - 15,5 % v ČR oproti 45,9 % EU (populace 65+), přestože se jedná o očkování hrazené zdravotním pojištěním. V r. 2018 podle národního zdroje byl průměr ČR 21,8 %, v KHK 21,9 %, což je stále velmi málo.

### ***Obr. 5.59 Očkování proti chřipce, stav v krajích, starší populace ve zdravotnických a sociálních zařízeních dlouhodobé péče***

Procento proočkovanosti proti chřipce bylo v r. 2018 u seniorů v dlouhodobé lůžkové zdravotní či sociální péči vyšší oproti běžné populaci (viz obr. 5.58). V ČR 31,0 %, KHK ale nižší, 27,8 %. Ovšem vzhledem k faktu, jak výrazně jsou v takovýchto komunitách pacienti vystaveni nákaze, tj. daleko více než lidé v domácí péči, je to výsledek žalostný. Zkušenosti s Covid-19 z posledních měsíců jasně ukazují, že zdravotní a sociální dlouhodobá pobytová zařízení jsou rizikovou zónou, kde je potřeba protiepidemické zabezpečení podpořit. Celý problém může souviset i s nedostatečným lékařským dohledem v sociálních lůžkových zařízeních, kde je často zapojení praktických lékařů nízké a může to sociálním zařízením dlouhodobé péče dělat ve zdravotním zabezpečování svých klientů i značné organizační obtíže.

### ***Obr. 5.60 Proočkovanost populace 65+ proti pneumokokové infekci***

Dobrym poznatkem ze sfery seniorů je naopak poměrně rychlý nárůst očkovaných v zařízeních KHK proti pneumokokové infekci po r. 2014, kdy začalo být očkování hrazeno. I tak je však cca 6 % očkovaných v cílené populaci stále málo.

## **Péče o zdravý způsob života**

### ***Obr. 5.61 Index tělesné hmotnosti v mezinárodním srovnání***

### ***Obr. 5.62 Index tělesné hmotnosti podle krajů***

### ***Obr. 5.63 Fyzická aktivita celé populace v mezinárodním srovnání***

### ***Obr. 5.64 Fyzická aktivita celé populace podle krajů***

### ***Obr. 5.65 Kouření-podíl každodenních kuřáků, mezinárodní srovnání***

### ***Obr. 5.66 Kouření-podíl kuřáků podle krajů***

### ***Obr. 5.67 Podíl osob s vysokým krevním tlakem v populaci, mezinárodní srovnání***

### ***Obr. 5.68 Podíl osob s vysokým krevním tlakem v populaci podle krajů***

Jako ilustrace z rozsáhlejších studií jsou zde demonstrovány čtyři parametry, které signalizují nezdravý způsob života (nadváha, nízký rozsah pohybové aktivity, kouření a zvýšený krevní tlak), vždy jako mezinárodní pozice ČR a rozložení negativních faktorů v krajích ČR. Nálezy lze komentovat zjednodušeně tak, že všechny parametry jsou v ČR zřetelně horší než ve vyspělých evropských zemích a Královéhradecký kraj je vždy v o něco lepší pozici než zbytek ČR, ale nikde se neblíží pozitivnímu stavu v zahraničí.

Všechny parametry, prezentované na této poslední skupině obrázků, jsou preventabilní a je jednoznačně prokázáno, že se ve svých důsledcích podílejí minimálně na vyšší incidenci a mortalitě kardiovaskulárních a plicních chorob, tumorózních onemocněních a na poruchách pohybového aparátu.

Z pasáže o zdravém způsobu života je jasné, že do všech programů, týkajících se preventivní medicíny a motivace populace ke zdravému chování, by měly být aktivně zapojeni především lékaři primární péče, přestože se toto téma týká každého zdravotníka, který přichází do přímého styku s návštěvníkem zdravotnického zařízení. Je to však těžké, protože ovlivňovat lidské chování není snadnou záležitostí, zejména při současných liberálních postojích populace. Znalosti každého člověka nejsou tak nízké, aby nevěděl, co škodí zdraví a co prospívá a problém spočívá spíše v motivaci, vůli a zodpovědnosti občanů samotných. Dobře to demonstrovuje rozdíl v účasti na preventivních prohlídkách dětí a dospělých, nebo zkušenost lékařů, kteří dávno v minulosti věděli, že zdaleka největší motivaci v boji

s obezitou jsou módní vlny, které podporují štíhlé ženy a svalnaté vysportované muže, a že bez účinné motivace je velmi obtížné všechny zdravé věci dodržovat.

Přes problémy s motivací společnosti je vysoká šance, že se prostředky vložené do úspěšné prevence zdravotnictví vrátí. Proto je vyhlášený vládní program Strategický rámec Zdraví 2030<sup>10,11</sup> vhodné v KHK sledovat a využít ho k prospěchu krajského zdravotnictví, protože specifický cíl 1.2. programu „Primární a sekundární prevence nemocí, zvyšování zdravotní gramotnosti a odpovědnosti občanů za vlastní zdraví“ předpokládá posilování rolí poskytovatelů péče v budování dostatečné úrovně zdravotní gramotnosti a ve zvyšování dostupnosti programů primární i sekundární prevence. Mezi hlavní aktivity a dílčí cíle této oblasti patří zejména:

- Vybudování a rozvoj center prevence ve zdravotnických zařízeních.
- Vybudování Národního zdravotnického informačního portálu.
- Optimalizace a zvyšování kvality populačních screeningových programů.
- Zavádění nových programů časného záchytu nemocí založených na vědeckých poznatcích a na jasně definovaných metodických doporučeních.

Bude-li program úspěšně fungovat, mohl by se stát dobrým motivačním prvkem pro zdravotníky v KHK a přinést do zdravotnictví další racionalizaci.

---

<sup>10</sup> *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* s citací Usnesení vlády z 13. července 2020 č.734, které aktualizovalo původní verzi dokumentu z r. 2019 o poznatky z epidemie Covid-19 (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č.817). Dostupné online z: [http://www.hyggpraha.cz/Admin/\\_upload/files/1/2020\\_1/11042020\\_aktualizace\\_Zdravi%202030/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf](http://www.hyggpraha.cz/Admin/_upload/files/1/2020_1/11042020_aktualizace_Zdravi%202030/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf)

<sup>11</sup> *Analytický podklad pro Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* - schválený dokument (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č. 817). Analytický podklad byl MZ ČR zveřejněn jako prezentace, datovaná 17.5.2019. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17382/37700/Strategick%C3%BD%20r%C3%A1mec%20Zdrav%C3%AD%202030.pdf>

## Seznam použité literatury a citací

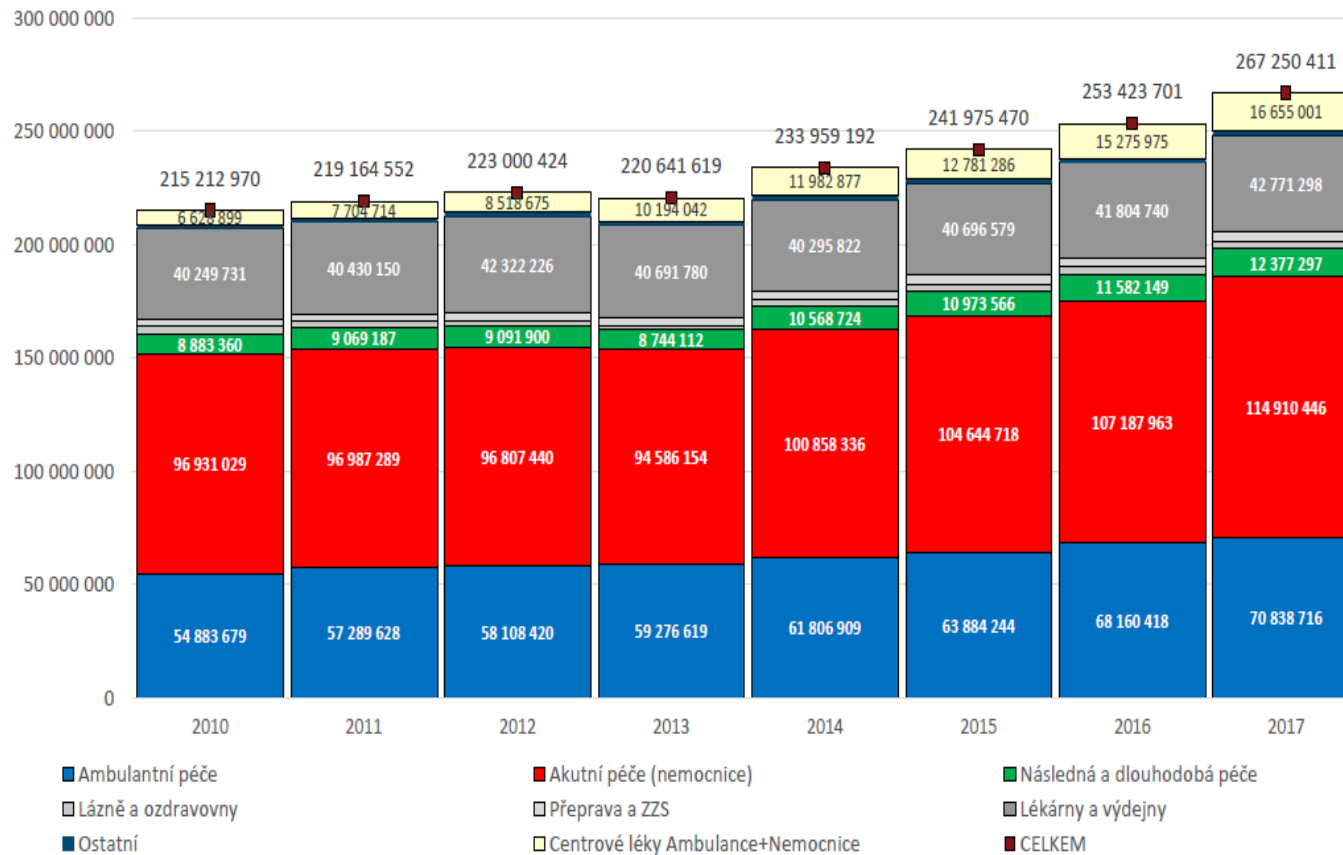
1. *Tvorba sítě poskytovatelů zdravotních služeb – primární péče*. Webová stránka Všeobecné zdravotní pojišťovny. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/dostupnost-zdravotni-pece/tvorba-site-poskytovatele-zdravotnich-sluzeb-primarni-pece>
2. *Nariženi vlády č. 307/2012 Sb. o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/hledani?text=Na%C5%99%C3%ADzen%C3%AD%20v1%C3%A1dy%20%C4%8D.%20307%2F2012%20Sb.%20o%20m%C3%ADstn%C3%AD%20a%20%C4%8Dasov%C3%A9%20dostupnosti%20zdravotn%C3%ADch%20slu%C5%BEeb>
3. ŠÍDLO Luděk, NOVÁK Martin, ŠTYCH Přemysl a BURCIN Boris. *Hodnocení a modelování dostupnosti primární zdravotní péče. Souhrnná studie*. Praha: Přírodovědecká fakulta, Univerzita Karlova, 2017. Dostupné z: <https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/veda-a-vyzkum/vybrane-projekty/hodnoceni-a-modelovani-dostupnosti-primarni-zdravotni-pece-jako-klicoveho-aspektu-zdravotni-pece-v-cr/souhrnna-studie.pdf>
4. HROBONĚ Pavel, ŠLEGEROVÁ Lenka, TULEJOVÁ Henrieta. *Zajištění péče v době nedostatku zdravotníků*, koncepční dokument připravený Advance Institute a Centrem zdravotní ekonomie a managementu při Univerzitě Karlově, Praha, 2020. Dostupné z: [https://pragueihs.eu/images/dokumenty/Zajisteni\\_dostupnosti\\_pece.pdf](https://pragueihs.eu/images/dokumenty/Zajisteni_dostupnosti_pece.pdf)
5. *Zdravotnická ročenka České republiky 2018*. Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky ČR, 2019. ISSN 1210-9991. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>
6. *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)
7. *Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR. Zdravotnictví v číslech a názorech*. Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR. Praha, 2008. ISBN-13 978-80-85047-35-6.
8. FALL Falilou a GLOCKER Daniela. *Improving the Czech Health Care System*, OECD Economics Department Working Papers No. 1522. Paris: OECD Publishing, 2018. Dostupné online z: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9686b4f3-en.pdf?expires=1597144757&id=id&accname=guest&checksum=1ECD5AAD9732211C9055DE6C25A5480E>
9. ZDRAVOTNICTVÍ ČR: *Stručný přehled činnosti oboru praktický lékař pro dospělé za období 2007–2017, NZIS REPORT č. K/17(08/2018)*. Dostupné z: [https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis\\_rep\\_2018\\_K17\\_A040\\_prakticky\\_lekar\\_pro\\_dospele\\_2017.pdf](https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_K17_A040_prakticky_lekar_pro_dospele_2017.pdf)

10. *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* s citací Usnesení vlády z 13. července 2020 č.734, které aktualizovalo původní verzi dokumentu z r, 2019 o poznatky z epidemie Covid-19 (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č.817). Dostupné online z: [http://www.hygpaha.cz/Admin/\\_upload/files/1/2020\\_1/11042020\\_aktualizace\\_Zdravi%202030/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf](http://www.hygpaha.cz/Admin/_upload/files/1/2020_1/11042020_aktualizace_Zdravi%202030/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf)
11. *Analytický podklad pro Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* - schválený dokument (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č. 817). Analytický podklad byl MZ ČR zveřejněn jako prezentace, datovaná 17.5.2019. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17382/37700/Strategick%C3%BD%20r%C3%A1mec%20Zdrav%C3%AD%202030.pdf>
12. *Zdravotnická ročenka České republiky 2018*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019. ISSN 1210-9991. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>
13. *Zdravotnická ročenka České republiky 1993*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 1993. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ZdrRoc92.pdf>
14. *Zdravotní stav obyvatel Královéhradeckého kraje 2018*. Krajská hygienická stanice Královéhradeckého kraje ve spolupráci s Centrem investic, rozvoje a inovací KHK, Materiál pro 23. ZASEDÁNÍ ZASTUPITELSTVA 14. 10. 2019, bod č. 13, usnesení č. 23/10
15. *Koncepce zdraví Královéhradeckého kraje 2030* [online]. Centrum investic, rozvoje a inovací, ©2019. Dostupné z: [https://ciri.blob.core.windows.net/cms/ContentItems/1770\\_01770/koncepce-zdravi-khk-2020-final-verze-10-2019.pdf](https://ciri.blob.core.windows.net/cms/ContentItems/1770_01770/koncepce-zdravi-khk-2020-final-verze-10-2019.pdf)

**Analýza - Kapitola V. (Obrazová část)**  
**Ambulantní péče a zajištění prevence v KHK**

## Obr. 5.1 Náklady zdravotních pojišťoven a jejich struktura

Zdroj: Analytický podklad pro Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030 - schválený dokument (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č. 817). Analytický podklad byl MZ ČR zveřejněn jako prezentace, datovaná 17.5.2019, s. 120. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17382/37700/Strategick%C3%BD%20r%C3%A1mec%20Zdrav%C3%AD%202030.pdf>



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

## Obr. 5.2 Počet úvazků poskytovatelů primární zdravotní péče v okresech KHK, r. 2019

Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR – Regionální pobočka Hradec Králové

Odbornost	okres					KHK celkem
	Hradec Králové	Jičín	Náchod	Rychnov n.Kn.	Trutnov	
001 - PLD	107,48	40,08	52,4	36,36	55,36	291,68
002 - PLDD	33,04	12,68	18,22	16,42	23,83	104,19
603 - GYN	25,14	8,16	13,55	11,39	15,85	74,09
014 - STOM	159,8	38,96	61,52	30,43	83,59	374,3
<b>CELKEM</b>	<b>325,46</b>	<b>99,88</b>	<b>145,69</b>	<b>94,6</b>	<b>178,63</b>	<b>844,26</b>



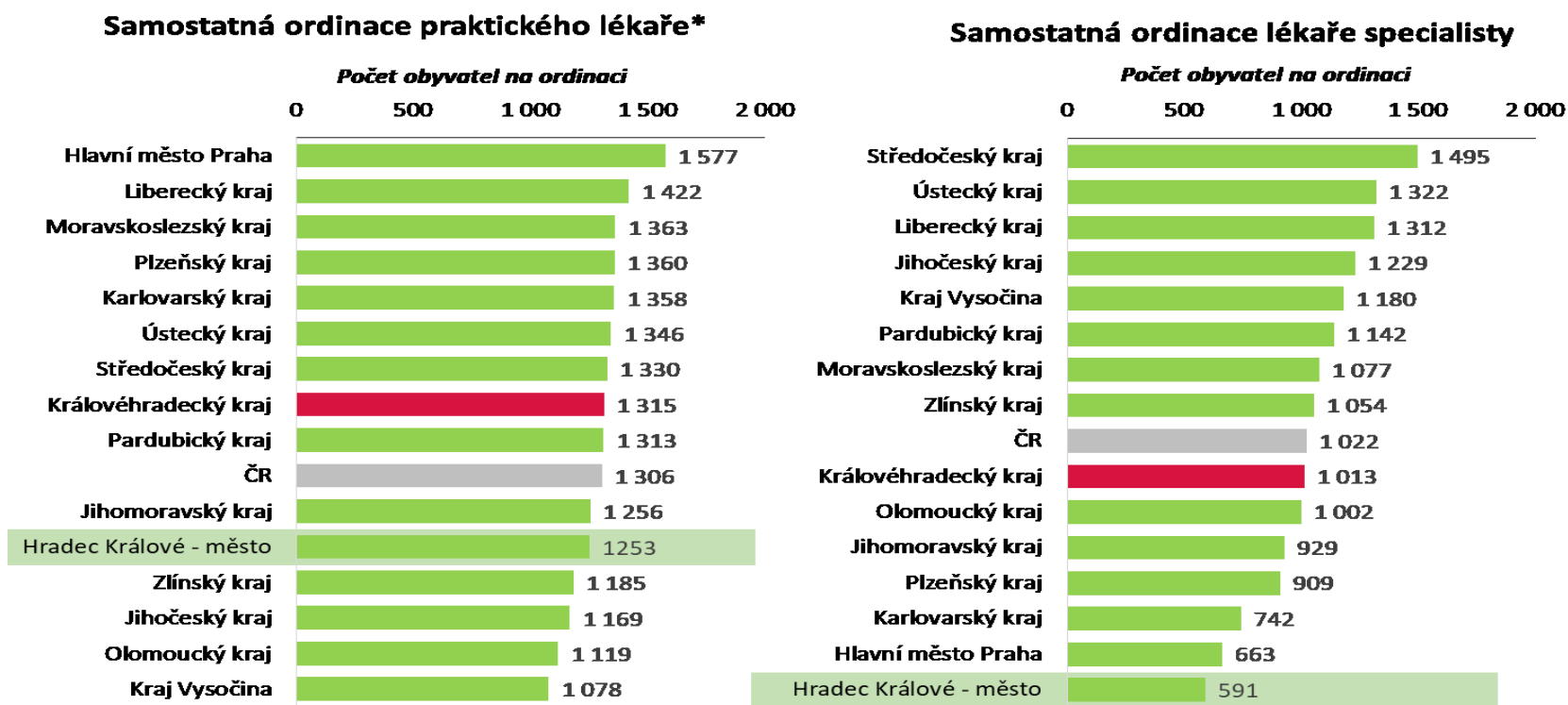
**Obr. 5.3 Počet úvazků poskytovatelů primární zdravotní péče v okresech KHK na 100 000 pojištěnců příslušné populace, r. 2019**

Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR – Regionální pobočka Hradec Králové

Odbornost	okres					KHK celkem
	Hradec Králové	Jičín	Náchod	Rychnov n.Kn.	Trutnov	
001 - PLD	81,74	62,62	59,81	57,78	58,62	66,22
002 - PLDD	100,73	79,04	81,52	99,81	101,20	93,70
603 - GYN	36,92	25,15	30,12	35,91	32,91	32,87
014 - STOM	97,27	48,67	55,95	38,33	70,85	67,85

## Obr. 5.4 Počet obyvatel na samostatnou ordinaci v krajích ČR

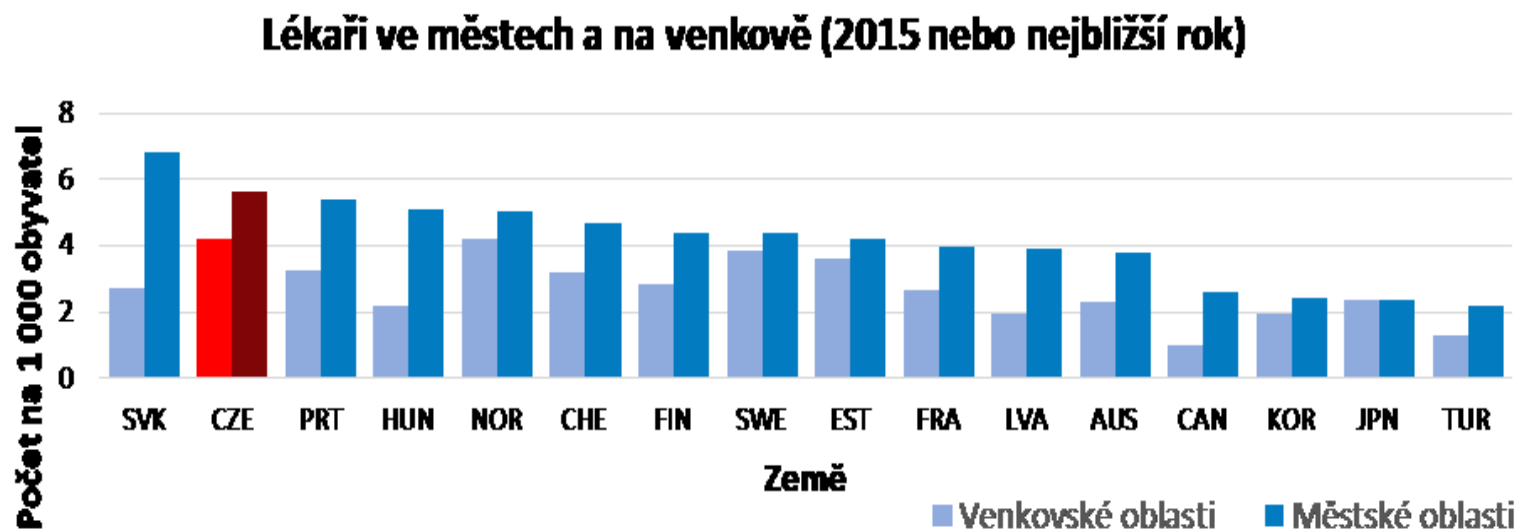
Zdroj: NRPZS 1.2.2019, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce *Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-30. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



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

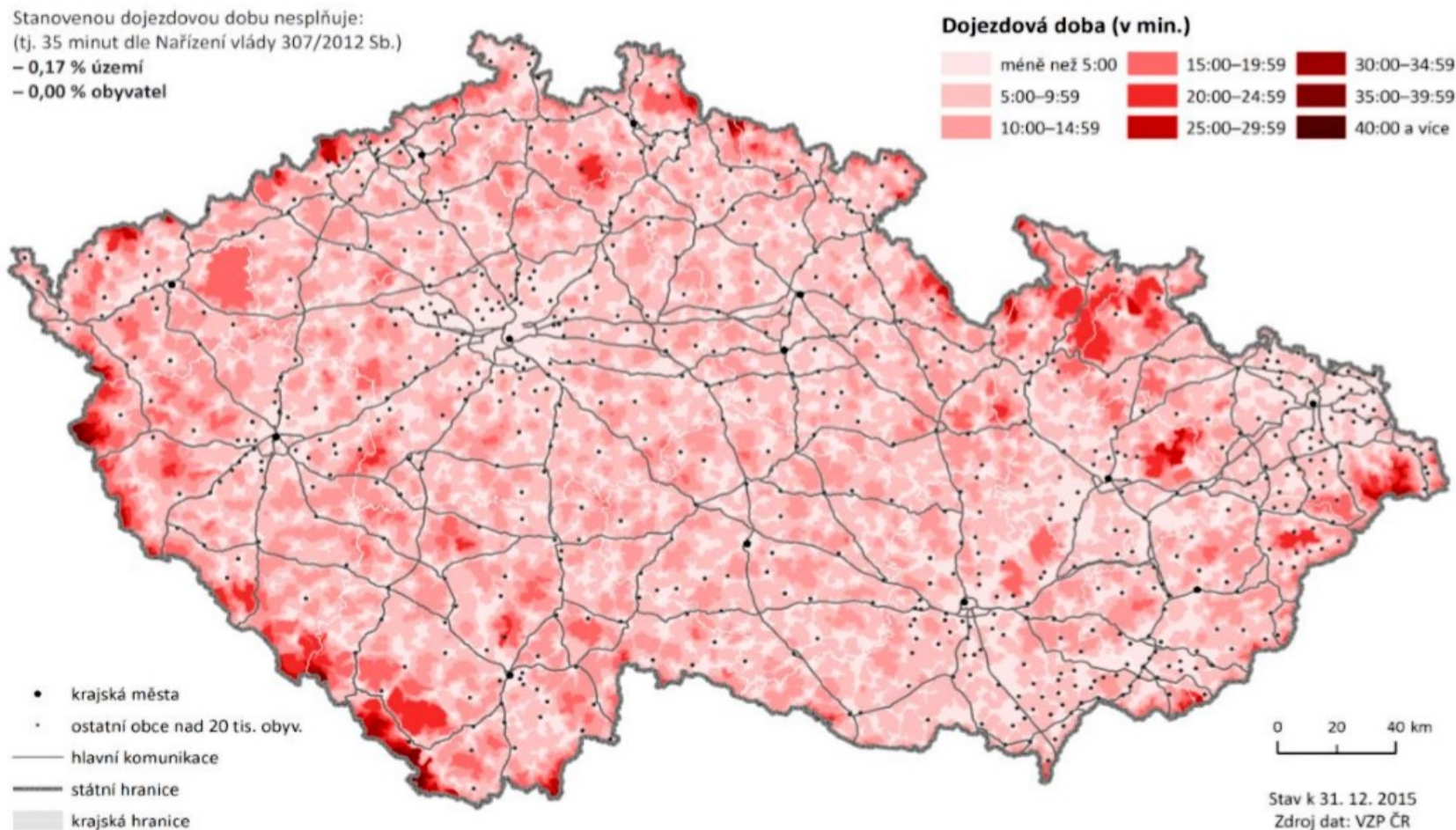
## Obr. 5.5 Počet ambulantních lékařů ve městech a na venkově v zemích OECD

Zdroj: OECD (2018), citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce *Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-49. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



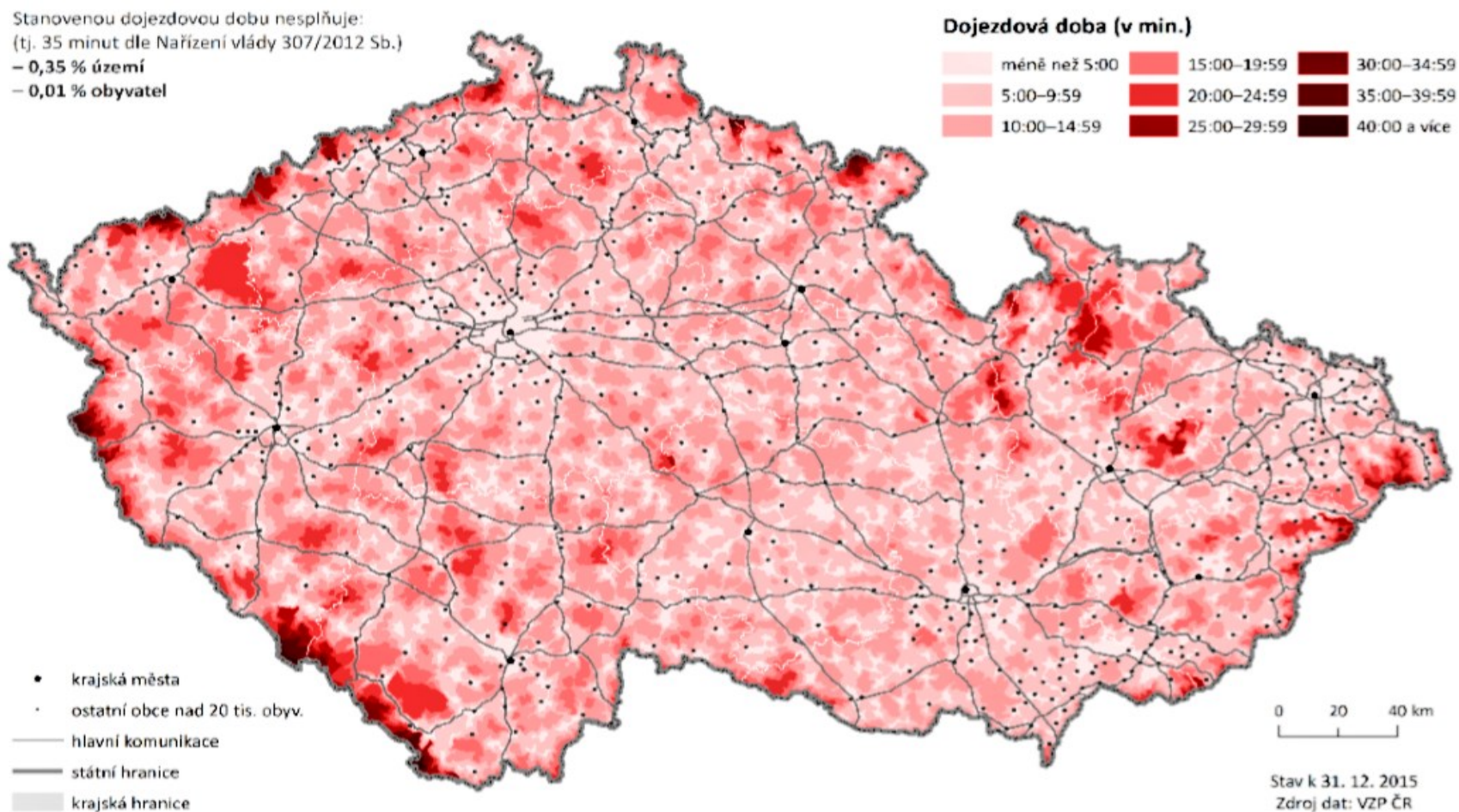
## Obr. 5.6 Dojezdová vzdálenost PLD v ČR

ŠÍDLO Luděk, NOVÁK Martin, ŠTYCH Přemysl a BURCIN Boris. *Hodnocení a modelování dostupnosti primární zdravotní péče. Souhrnná studie.* Praha: Přírodovědecká fakulta, Univerzita Karlova, 2017, str. 11, obr. 1. Dostupné z: <https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/veda-a-vyzkum/vybrane-projekty/hodnoceni-a-modelovani-dostupnosti-primarni-zdravotni-pecce-jako-klicoveho-aspektu-zdravotni-pecce-v-cr/souhrnna-studie.pdf>



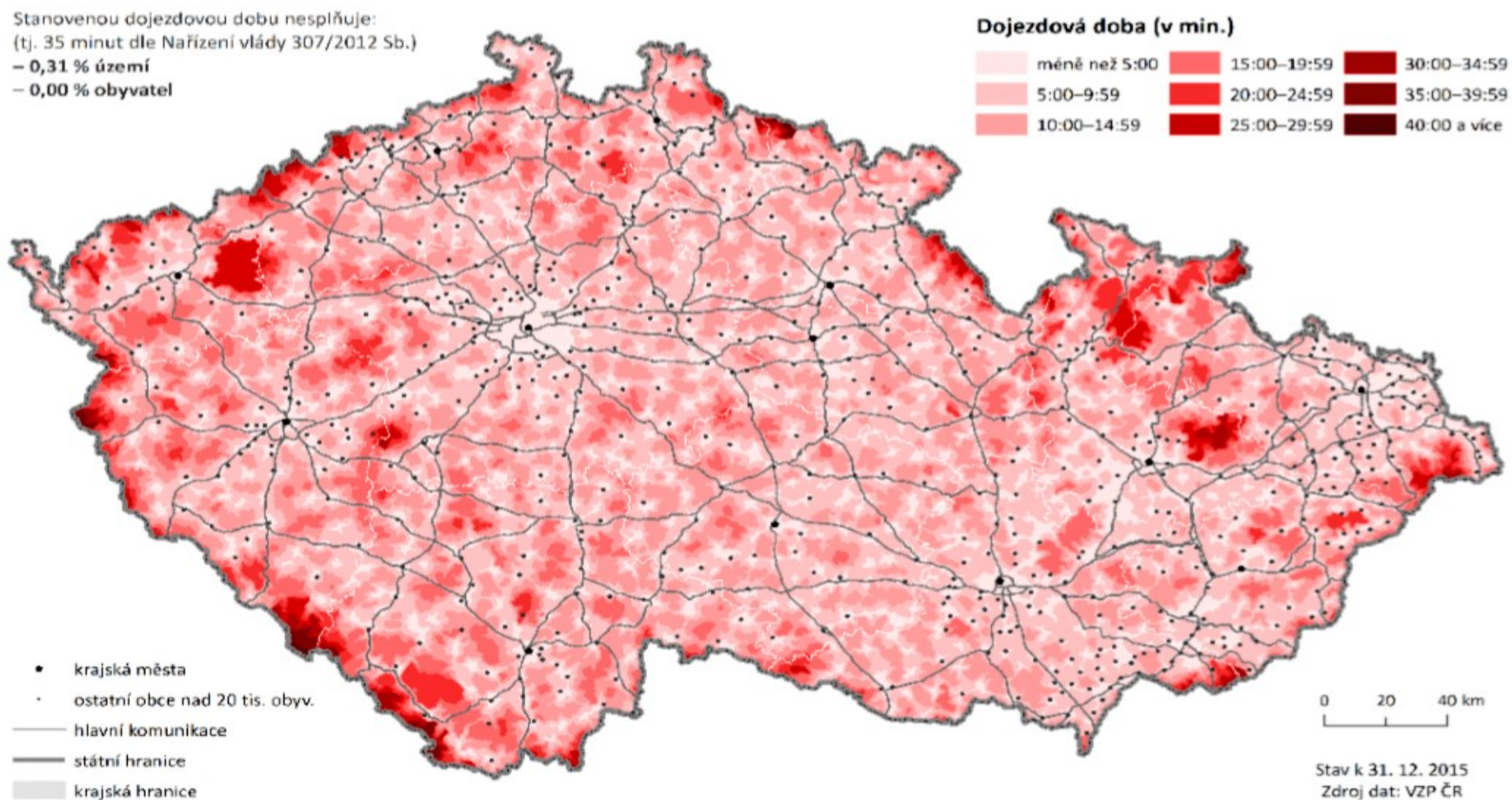
## Obr. 5.7 Dojezdová vzdálenost PLDD v ČR

ŠÍDLO Luděk, NOVÁK Martin, ŠTYCH Přemysl a BURCIN Boris. *Hodnocení a modelování dostupnosti primární zdravotní péče. Souhrnná studie.* Praha: Přírodovědecká fakulta, Univerzita Karlova, 2017, str. 11, obr. 2. Dostupné z: <https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/veda-a-vyzkum/vybrane-projekty/hodnoceni-a-modelovani-dostupnosti-primarni-zdravotni-pecce-jako-klicoveho-aspektu-zdravotni-pecce-v-cr/souhrnna-studie.pdf>



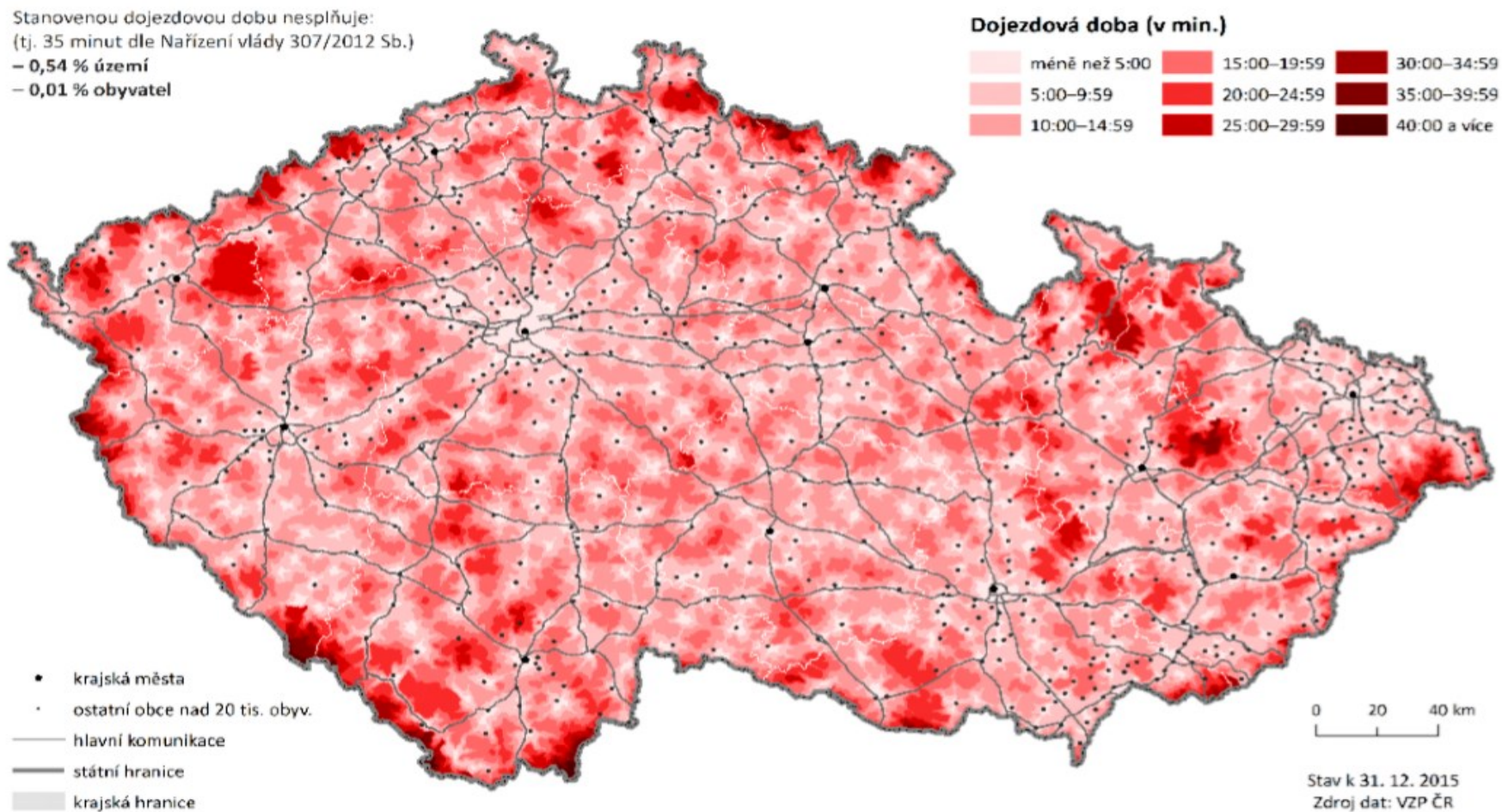
## Obr. 5.8 Dojezdová vzdálenost praktických zubních lékařů v ČR

ŠÍDLO Luděk, NOVÁK Martin, ŠTYCH Přemysl a BURCIN Boris. *Hodnocení a modelování dostupnosti primární zdravotní péče. Souhrnná studie.* Praha: Přírodovědecká fakulta, Univerzita Karlova, 2017, str. 12, obr. 3. Dostupné z: <https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/veda-a-vyzkum/vybrane-projekty/hodnoceni-a-modelovani-dostupnosti-primarni-zdravotni-pece-jako-klicoveho-aspektu-zdravotni-pece-v-cr/souhrnna-studie.pdf>



## Obr. 5.9 Dojezdová vzdálenost praktických ambulantních gynekologů v ČR

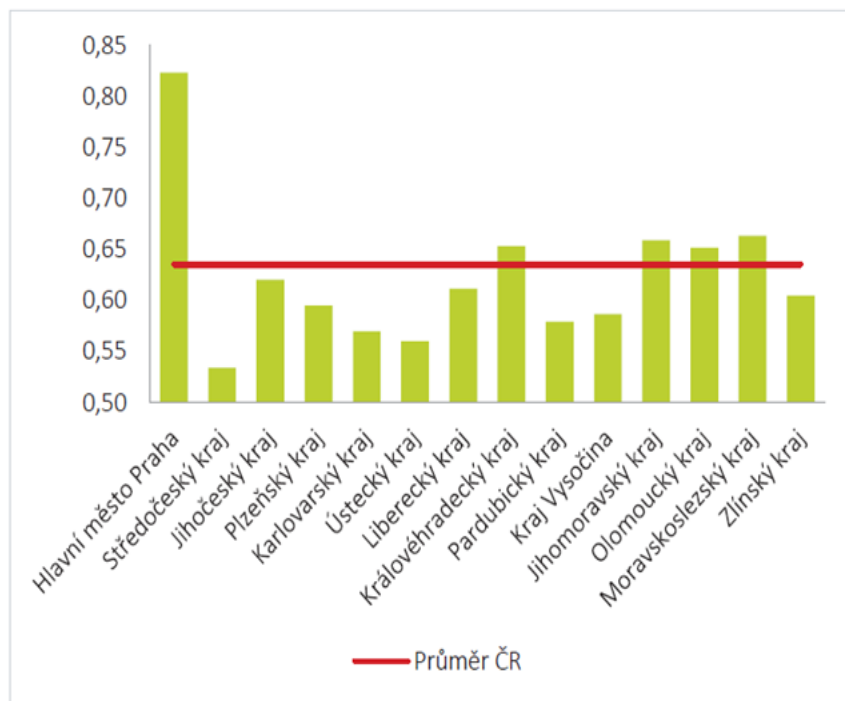
ŠÍDLO Luděk, NOVÁK Martin, ŠTYCH Přemysl a BURCIN Boris. *Hodnocení a modelování dostupnosti primární zdravotní péče. Souhrnná studie.* Praha: Přírodovědecká fakulta, Univerzita Karlova, 2017, str. 12, obr. 4. Dostupné z: <https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/veda-a-vyzkum/vybrane-projekty/hodnoceni-a-modelovani-dostupnosti-primarni-zdravotni-pece-jako-klicoveho-aspektu-zdravotni-pece-v-cr/souhrnna-studie.pdf>



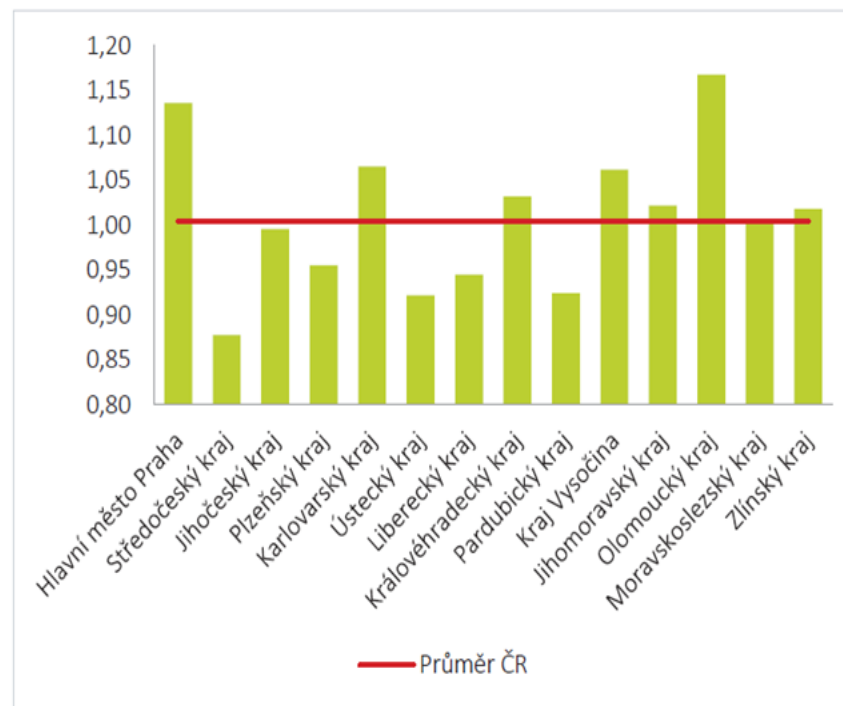
## Obr. 5.10 Přepočtené počty úvazků PLD a PLDD na 1 000 obyvatel v krajích ČR

HROBOŇ Pavel, ŠLEGEROVÁ Lenka, TULEJOVÁ Henrieta. *Zajištění péče v době nedostatku zdravotníků*, koncepční dokument připravený Advance Institute a Centrem zdravotní ekonomie a managementu při Univerzitě Karlově, Praha, 2020 (připraveno k vydání), s. 19 a 21. Dostupné z: [https://www.pragueihs.eu/images/dokumenty/Zajisteni\\_dostupnosti\\_pece.pdf](https://www.pragueihs.eu/images/dokumenty/Zajisteni_dostupnosti_pece.pdf)

Počet plných úvazků (FTE) všeobecných praktických lékařů na 1000 obyvatel 19+ let (2017)



Počet plných úvazků (FTE) praktických lékařů pro děti a dorost na 1000 obyvatel 0-18 let (2017)





### **Obr. 5.11 Průměrný věk ambulantních specialistů v ČR podle odbornosti**

HROBONĚ Pavel, ŠLEGEROVÁ Lenka, TULEJOVÁ Henrieta. *Zajištění péče v době nedostatku zdravotníků*, koncepční dokument připravený Advance Institute a Centrem zdravotní ekonomie a managementu při Univerzitě Karlově, Praha, 2020 (připraveno k vydání), str. 25. Dostupné z: [https://www.pragueihs.eu/images/dokumenty/Zajistení\\_dostupnosti\\_pece.pdf](https://www.pragueihs.eu/images/dokumenty/Zajistení_dostupnosti_pece.pdf)

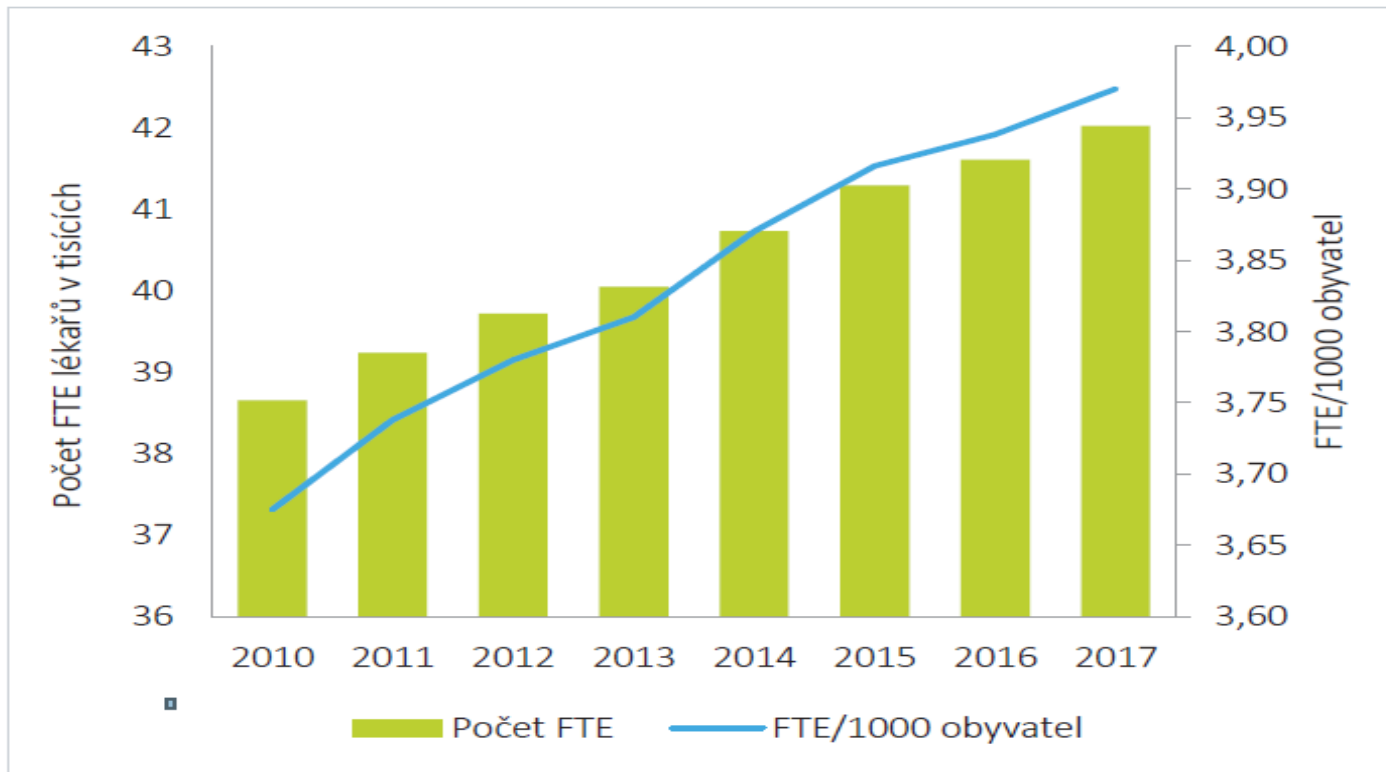
#### **Průměrný věk ambulantních specialistů v odbornostech s dojezdovou vzdáleností 45 min (2018)**

<b>diabetologie</b>	52,8
<b>chirurgie</b>	56,8
<b>urologie</b>	52,0
<b>oftalmologie</b>	51,1
<b>ORL</b>	54,3
<b>ortopedie</b>	54,2
<b>radiologie a zobrazovací metody</b>	50,1
<b>rehabilitační a fyzikální medicína</b>	55,2
<b>fyzioterapie</b>	43,2
<b>vnitřní lékařství</b>	55,4

### Obr. 5.12 Vývoj přepočtených úvazků lékařů v ČR v období let 2010-2017

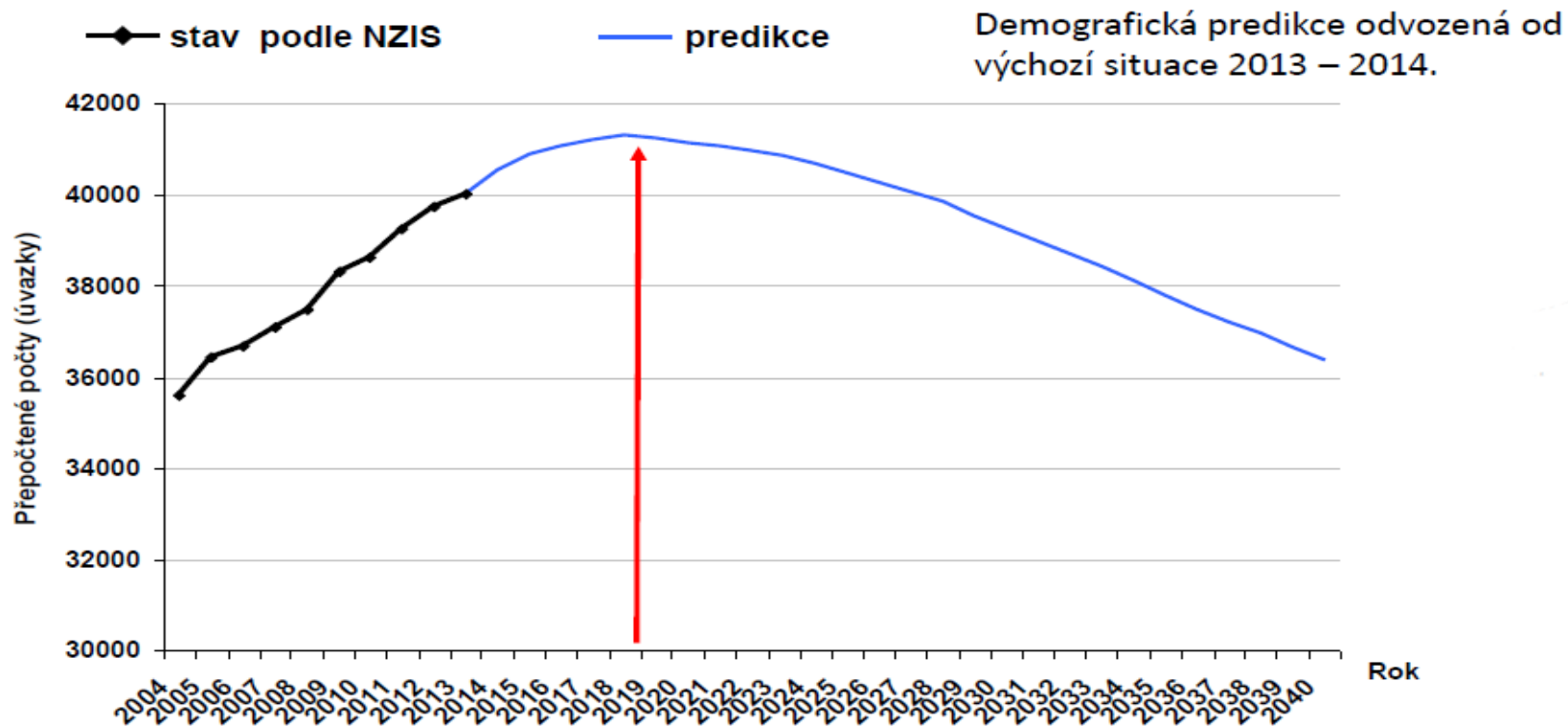
HROBŇ Pavel, ŠLEGEROVÁ Lenka, TULEJOVÁ Henrieta. *Zajištění péče v době nedostatku zdravotníků*, koncepční dokument připravený Advance Institute a Centrem zdravotní ekonomie a managementu při Univerzitě Karlově, Praha, 2020 (připraveno k vydání), str. 15. Dostupné z: [https://www.pragueihs.eu/images/dokumenty/Zajistení\\_dostupnosti\\_pece.pdf](https://www.pragueihs.eu/images/dokumenty/Zajistení_dostupnosti_pece.pdf)

Vývoj počtu lékařů (FTE)



## Obr. 5.13 Demografická predikce počtu lékařů v ČR

Zdroj: Analytický podklad pro Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030 - schválený dokument (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č. 817). Analytický podklad byl MZ ČR zveřejněn jako prezentace, datovaná 17.5.2019, s. 42. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17382/37700/Strategick%C3%BD%20r%C3%A1mec%20Zdrav%C3%AD%202030.pdf>

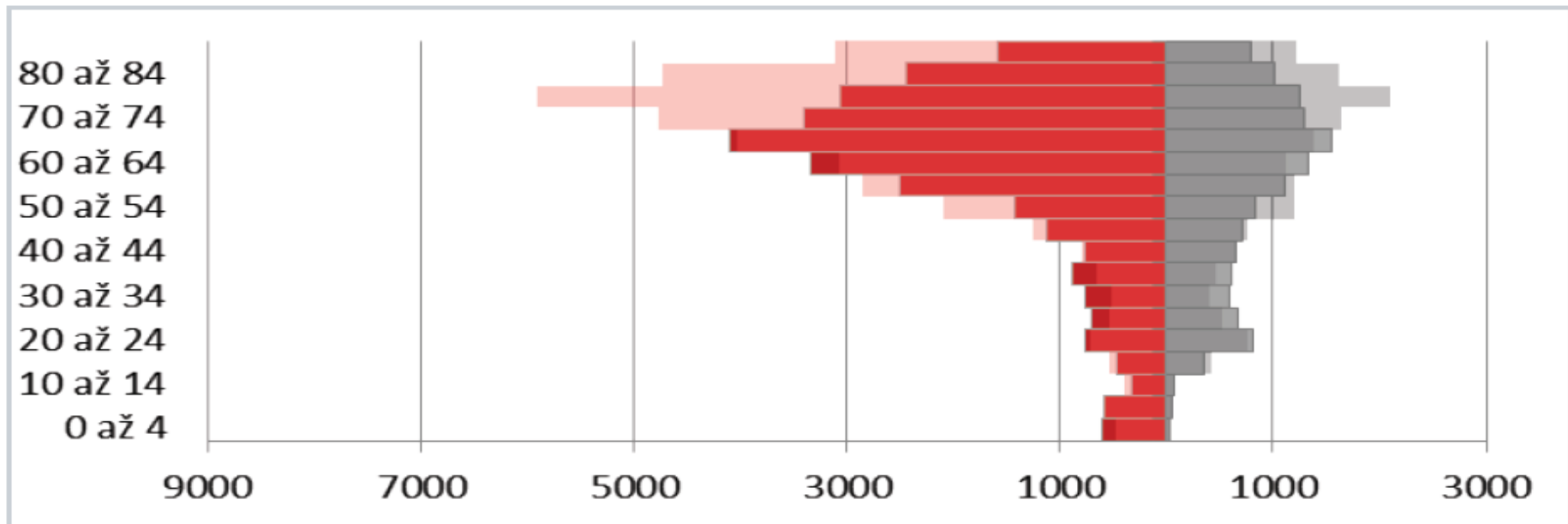


Rok	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Přepočtené počty (úvazky)	35 587	36 435	36 675	37 084	37 490	38 303	38 627	39 264	39 747	40 017	40 555	40 886	41 051	41 194	41 309	41 224	41 142			
Rok	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040
Přepočtené počty (úvazky)	41 056	40 963	40 860	40 668	40 467	40 263	40 053	39 840	39 539	39 247	38 965	38 692	38 427	38 098	37 786	37 491	37 216	36 959	36 652	36 366

### Obr. 5.14 Odhadované navýšení ambulantních služeb v důsledku stárnutí obyvatelstva

HROBONĚ Pavel, ŠLEGEROVÁ Lenka, TULEJOVÁ Henrieta. *Zajištění péče v době nedostatku zdravotníků*, koncepční dokument připravený Advance Institute a Centrem zdravotní ekonomie a managementu při Univerzitě Karlově, Praha, 2020 (připraveno k vydání), str. 26. Dostupné z: [https://www.pragueihs.eu/images/dokumenty/Zajisteni\\_dostupnosti\\_pece.pdf](https://www.pragueihs.eu/images/dokumenty/Zajisteni_dostupnosti_pece.pdf)

#### Očekávané navýšení potřeby ambulantních služeb v důsledku stárnutí obyvatelstva v ČR (příklad urologie)



*Poznámka: Počty pacientů definovaných jako unikátní rodné číslo v roce 2012 (syťá barva) a nárůst ve 2030 (světlá barva). V levé části grafu muži, v pravé ženy. Výpočet pro populaci o velikosti půl milionu obyvatel.*

### Obr. 5.15 Prognóza počtu lékařů primární péče na 100 000 obyvatel příslušné populace v ČR

ŠÍDLO Luděk, NOVÁK Martin, ŠTYCH Přemysl a BURCIN Boris. *Hodnocení a modelování dostupnosti primární zdravotní péče. Souhrnná studie.* Praha: Přírodovědecká fakulta, Univerzita Karlova, 2017, str. 26. Dostupné z: <https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/veda-a-vyzkum/vybrane-projekty/hodnoceni-a-modelovani-dostupnosti-primarni-zdravotni-pece-jako-klicoveho-aspektu-zdravotni-pece-v-cr/souhrnna-studie.pdf>

Odbornost	2017	2020	2025	2030	2040	2050	2025 /2017*	2050 /2017*
	Počet lékařů na 100 tisíc obyvatel (exponovaná populace **)							
Všeobecné PL	66,1	66,3	64,8	62,8	60,8	61,6	-1,4	-4,6
PL pro děti a dorost	106,6	102,4	95,4	92,9	87,1	83,8	-11,1	-22,8
Zubní lékařství	70,5	72,0	73,9	76,5	87,4	100,2	3,4	29,7
Amb. gynekologie	48,2	48,0	46,4	44,4	40,4	37,1	-1,7	-11,0

Pozn.: \*) jde o index změny – složitější index použitý autory tabulky,

\*\*) exponovaná populace – podle populace příslušné každé skupině odbornosti praktických lékařů.

## Obr. 5.16 Prognóza absolutního počtu lékařů primární péče v krajích

ŠÍDLO Luděk, NOVÁK Martin, ŠTYCH Přemysl a BURCIN Boris. *Hodnocení a modelování dostupnosti primární zdravotní péče. Souhrnná studie.* Praha: Přírodovědecká fakulta, Univerzita Karlova, 2017, str. 28. Dostupné z: <https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/veda-a-vyzkum/vybrane-projekty/hodnoceni-a-modelovani-dostupnosti-primarni-zdravotni-pece-jako-klicoveho-aspektu-zdravotni-pece-v-cr/souhrnna-studie.pdf>

Rok	Hl. m. Praha	Středo-český	Jihočeský	Plzeňský	Karlovarský	Ústecký	Liberecký	Královéhradecký	Pardubický	Vysočina	Jihomoravský	Olomoucký	Zlínský	Moravskoslezský
<b>Všeobecné praktické lékařství</b>														
2017	957	637	359	304	151	403	236	315	259	251	684	378	326	703
2020	973	648	348	304	145	397	238	309	267	248	677	382	333	728
2025	994	655	324	300	134	383	237	292	275	237	650	381	340	757
2030	1 013	655	296	291	123	366	234	272	276	223	612	373	341	773
2030-2017	56	18	-63	-13	-28	-37	-2	-43	17	-28	-72	-5	15	70
% 2030/2017	105,9%	102,8%	82,5%	95,7%	81,5%	90,8%	99,2%	86,3%	106,6%	88,8%	89,5%	98,7%	104,6%	110,0%
<b>Praktické lékařství pro děti a dorost</b>														
2017	295	277	127	116	65	162	92	120	99	111	249	154	121	243
2020	288	265	125	111	62	155	92	117	100	110	243	152	122	243
2025	273	241	118	101	57	139	90	111	99	104	227	144	121	240
2030	257	214	108	90	51	121	87	102	97	97	208	135	117	232
2030-2017	-38	-63	-19	-26	-14	-41	-5	-18	-2	-14	-41	-19	-4	-11
% 2030/2017	87,1%	77,3%	85,0%	77,6%	78,5%	74,7%	94,6%	85,0%	98,0%	87,4%	83,5%	87,7%	96,7%	95,5%
<b>Zubní lékařství</b>														
2017	1 447	666	400	434	178	420	277	425	309	320	890	524	433	818
2020	1 517	689	410	429	181	415	293	432	308	324	942	531	470	813
2025	1 626	713	417	417	182	400	315	439	302	325	1 018	539	523	800
2030	1 746	733	423	405	183	388	338	445	297	329	1 099	551	575	801
2030-2017	299	67	23	-29	5	-32	61	20	-12	9	209	27	142	-17
% 2030/2017	120,7%	110,1%	105,8%	93,3%	102,8%	92,4%	122,0%	104,7%	96,1%	102,8%	123,5%	105,2%	132,8%	97,9%
<b>Ambulantní gynekologie</b>														
2017	513	231	130	109	56	147	72	102	77	90	280	141	104	234
2020	541	240	124	111	59	140	67	103	76	89	284	131	99	232
2025	583	252	112	114	63	124	57	104	72	88	286	112	89	227
2030	619	261	98	114	64	105	46	104	66	85	283	90	76	220
2030-2017	106	30	-32	5	8	-42	-26	2	-11	-5	3	-51	-28	-14
% 2030/2017	120,7%	113,0%	75,4%	104,6%	114,3%	71,4%	63,9%	102,0%	85,7%	94,4%	101,1%	63,8%	73,1%	94,0%

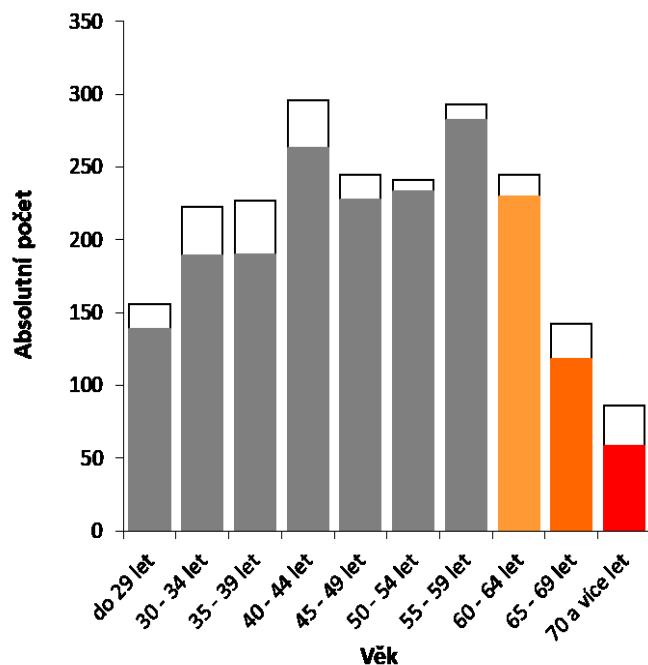
## Obr. 5.17 Věková struktura lékařů v KHK

Zdroj: Národní registr zdravotnických pracovníků (NR-ZP), citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-34. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)

### Všichni evidovaní lékaři

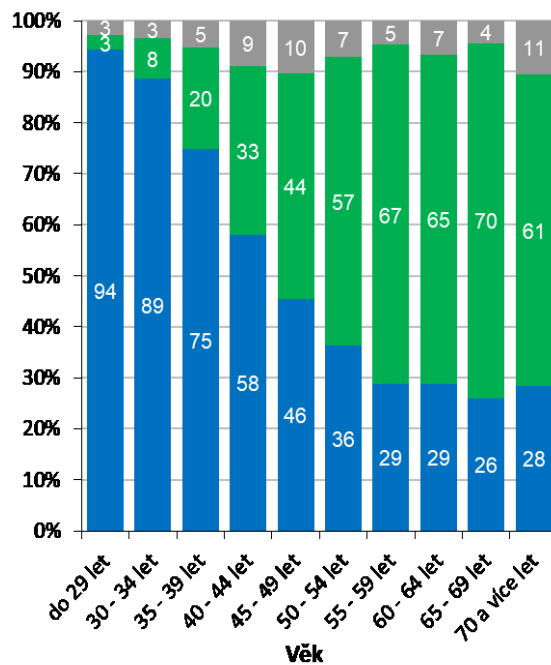
Průměr	48 let
Medián	48 let
60 a více let	22,0 %
65 a více let	10,6 %

Fyzické osoby  
 Přepočtené počty (úvazky)



### Zastoupení pracovního zařazení lékařů dle věku

Ostatní lékaři  
 Ambulantní lékaři  
 Lékaři v nemocnicích akutní péče



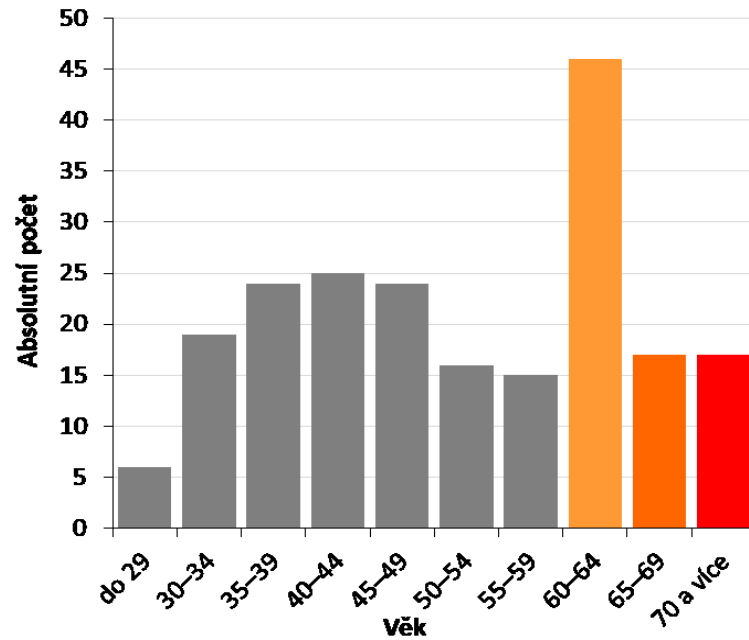
Populace lékařů obecně stárne, ve věku nad 60 let je celkově 22 % lékařů. Nejzávažněji se tato situace projevuje v oblasti ambulantní péče, a to zejména v segmentu praktických lékařů.

## Obr. 5.18 Věková struktura lékařů PLD v KHK

Zdroj: Národní registr zdravotnických pracovníků (NR-ZP), citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-36. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)

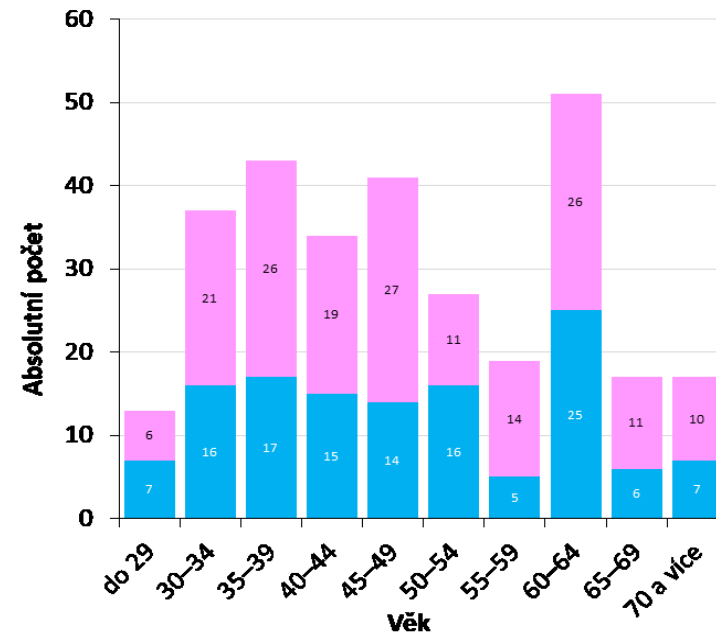
### Věk lékařů v ambulantních zařízeních\*

Průměr	51 let
Medián	51 let
60 a více let	38,3 %
65 a více let	16,3 %



### Podle pohlaví

	Muži N = 128 (43 %)	Ženy N = 171 (57 %)	Celkem N = 299
Průměr	49 let	49 let	49 let
Medián	47 let	48 let	48 let
60 a více let	38 (29,7 %)	47 (27,5 %)	85 (28,4 %)
65 a více let	13 (10,2 %)	21 (12,3 %)	34 (11,4 %)



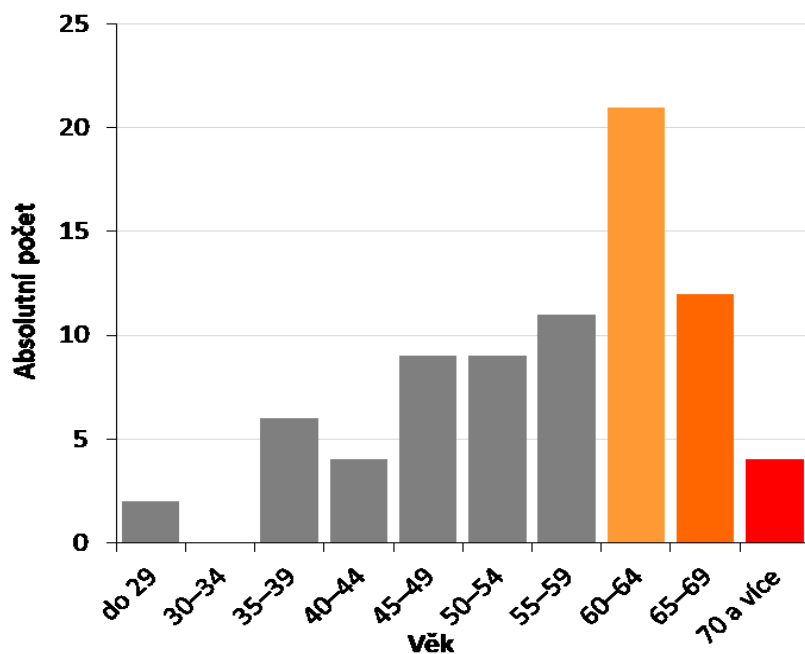


## Obr. 5.19 Věková struktura lékařů PLDD a ambulantních dětských lékařů v KHK

Zdroj: Národní registr zdravotnických pracovníků (NR-ZP), citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-38. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)

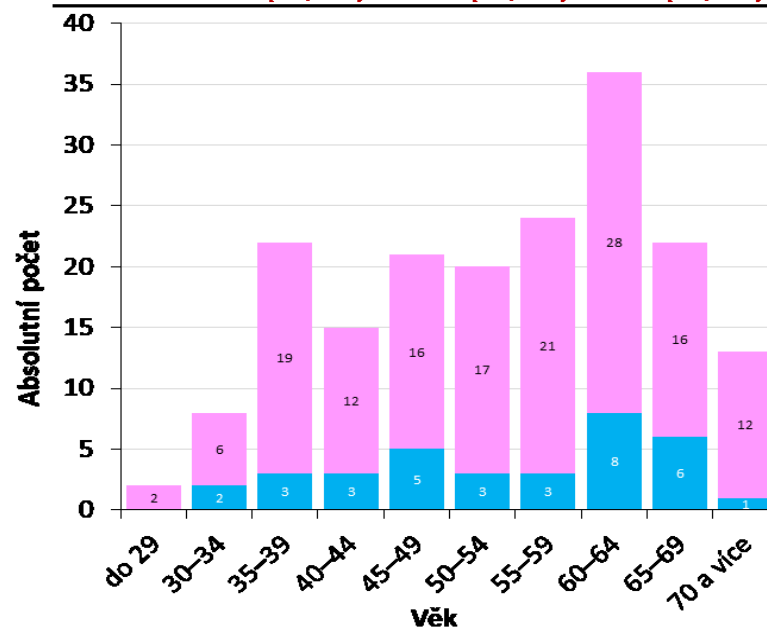
### Věk lékařů v ambulantních zařízeních\*

Průměr	56 let
Medián	59 let
60 a více let	47,4 %
65 a více let	20,5 %



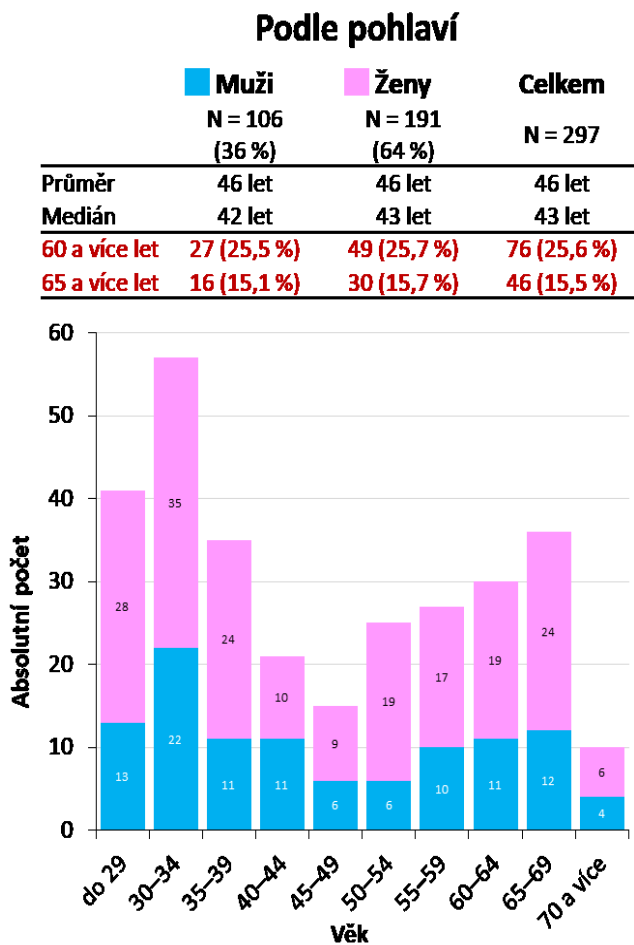
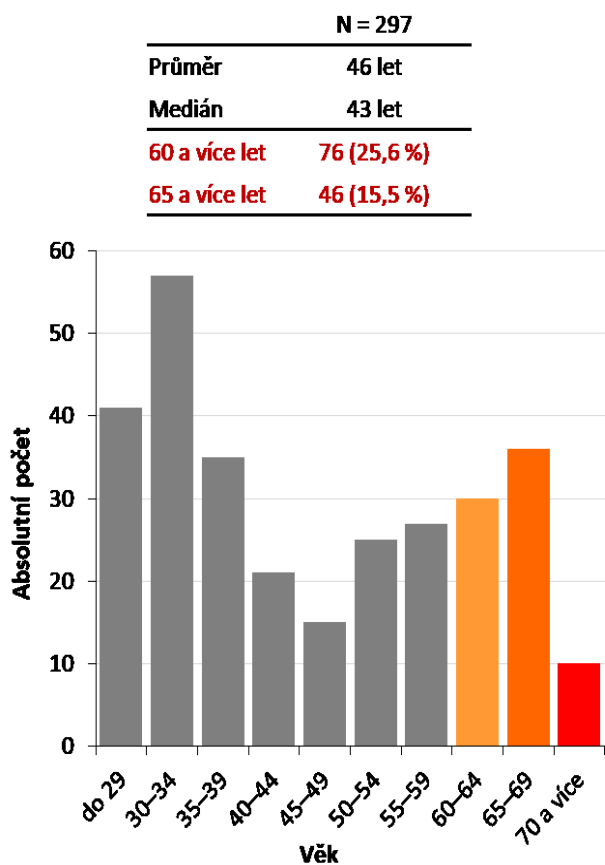
### Podle pohlaví

	Muži N = 34 (19 %)	Ženy N = 149 (81 %)	Celkem N = 183
Průměr	54 let	54 let	54 let
Medián	56 let	55 let	55 let
60 a více let	15 (44,1 %)	56 (37,6 %)	71 (38,8 %)
65 a více let	7 (20,6 %)	28 (18,8 %)	35 (19,1 %)



## Obr. 5.20 Věková struktura zubních lékařů v KHK

Zdroj: Národní registr zdravotnických pracovníků (NR-ZP), citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-39. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)



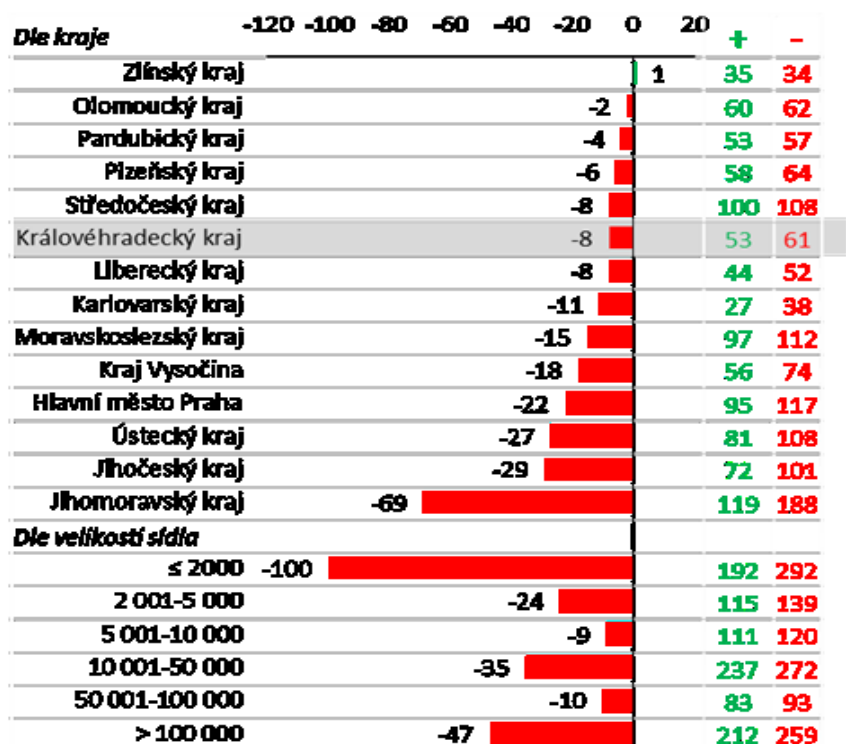
Populace zubních lékařů výrazně stárne, v Královéhradeckém kraji je více než 25 % z nich ve věku nad 60 let.

V populaci zubních lékařů v Královéhradeckém kraji převažují ženy (64 %), podíl ve věku nad 60 let je srovnatelný u mužů i žen (26 vs. 26 %).

## Obr. 5.21 Vývoj počtu ambulancí PLD a PLDD v krajích v letech 2016-2018

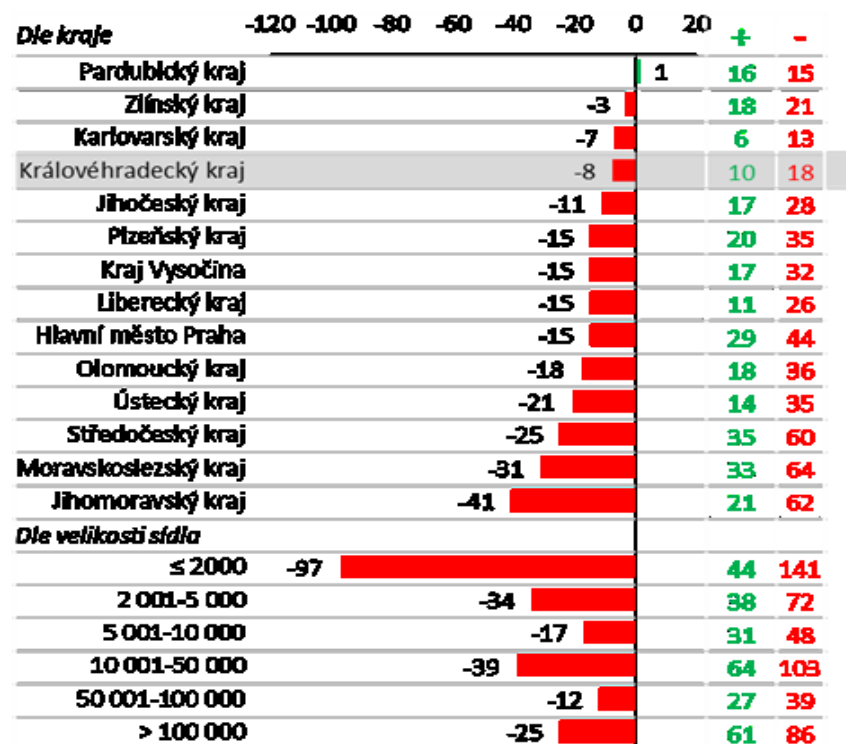
Zdroj: Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS), citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-47. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)

**Ordinace praktických lékařů pro dospělé 2016-2018**



	Bilance	+	-
Celá ČR 2018	-226	950	1176

**Ordinace praktických lékařů pro děti a dorost 2016-2018**



	Bilance	+	-
Celá ČR 2018	-224	265	489

## Obr. 5.22 Vývoj počtu ambulancí ambulantních specialistů a stomatologů v krajích v letech 2016-2018

Zdroj: Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS), citováno dle Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-48. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)

**Ordinace ambulantních specialistů 2016-2018**

Dle kraje	-100	-50	0	50	100	+	-
Hlavní město Praha				37		369	332
Plzeňský kraj				25		115	90
Liberecký kraj				18		64	46
Karlovarský kraj				7		82	75
Olomoucký kraj				4		99	95
Zlínský kraj				1		59	58
Moravskoslezský kraj				0		181	181
Pardubický kraj				0		82	82
Jihomoravský kraj		-6				207	213
Královéhradecký kraj		-8				82	90
Jihočeský kraj		-20				83	103
Středočeský kraj		-21				150	171
Ústecký kraj		-27				86	113
Kraj Vysočina		-31				66	97
<b>Dle velikosti sídla</b>							
≤ 2000				2		38	36
2 001-5 000		-18				92	110
5 001-10 000		-32				208	240
10 001-50 000		-16				561	577
50 001-100 000		-44				183	227
> 100 000					87	643	556

	Bilance	+	-
<b>Celá ČR 2018</b>	<b>-21</b>	<b>1725</b>	<b>1746</b>

**Ordinace stomatologů 2016-2018**

Dle kraje	-60	-40	-20	0	20	+	-
Hlavní město Praha					12	225	213
Středočeský kraj					11	112	101
Královéhradecký kraj			-5			53	58
Liberecký kraj			-8			49	57
Olomoucký kraj			-8			62	70
Karlovarský kraj			-11			13	24
Zlínský kraj			-16			62	78
Jihočeský kraj			-17			48	65
Plzeňský kraj			-17			56	73
Ústecký kraj			-20			63	83
Pardubický kraj			-24			39	63
Kraj Vysočina			-25			32	57
Jihomoravský kraj		-42				121	163
Moravskoslezský kraj		-45				113	158
<b>Dle velikosti sídla</b>							
≤ 2000						87	143
2 001-5 000		-49				78	127
5 001-10 000		-46				95	141
10 001-50 000		-46				281	327
50 001-100 000			-18			103	121
> 100 000				0		403	403

	Bilance	+	-
<b>Celá ČR 2018</b>	<b>-215</b>	<b>1048</b>	<b>1263</b>

### **Obr. 5.23 Relativní vývoj počtu ambulantních lékařů v jednotlivých segmentech služeb v ČR**

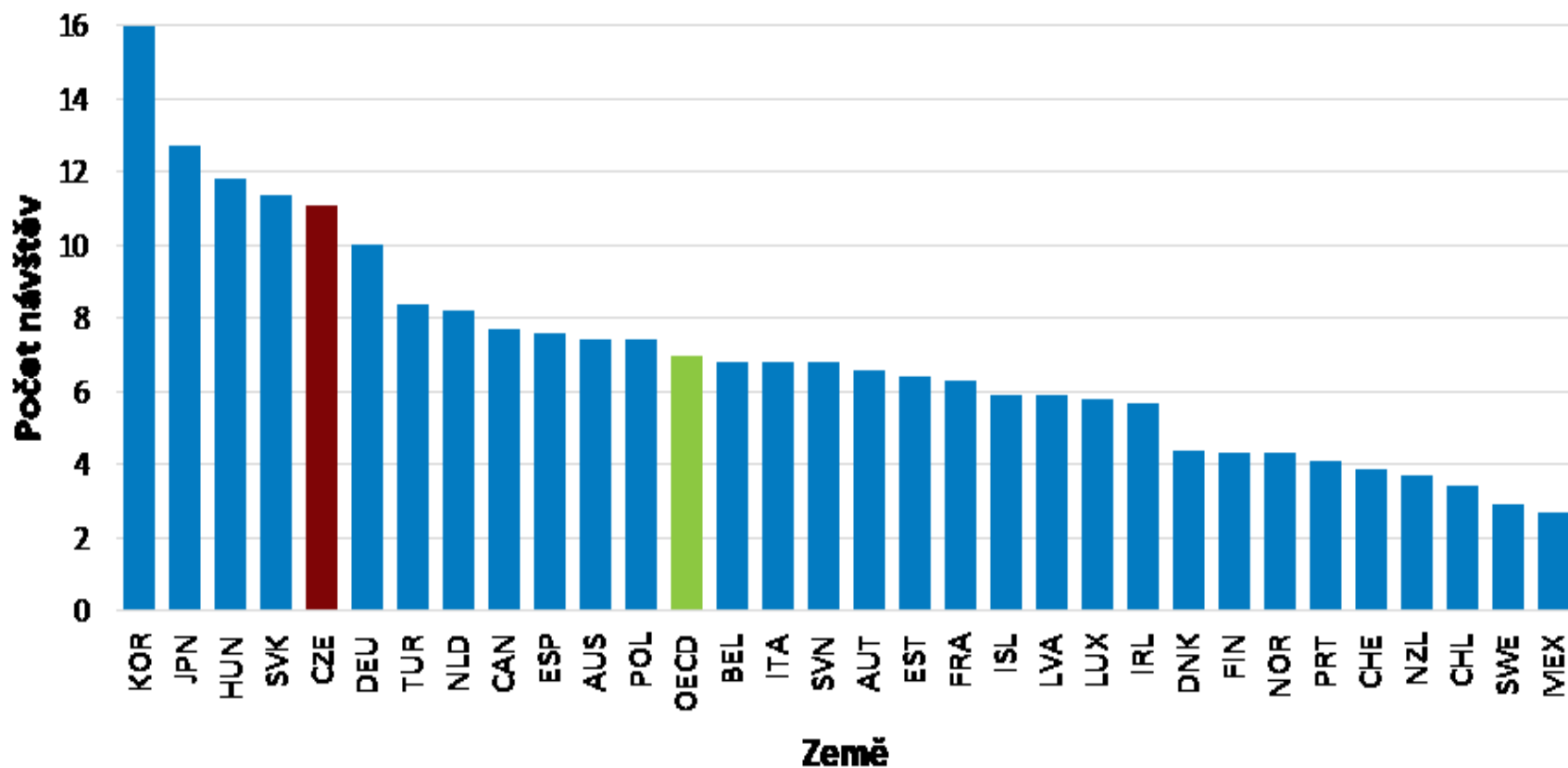
Zdroj: Celkové počty lékařů 2018 adaptováno dle *Zdravotnické ročenky České republiky 2018*. Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky ČR, 2019. ISSN 1210-9991. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>

Bilance r. 2018-2016 adaptováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-47 a 48. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)

<b>ČR</b>	<b>2018</b>	<b>Bilance 2018 - 2016</b>	<b>Pokles počtu lékařů 2018 / 2016</b>
PLD	<b>4702</b>	<b>-226</b>	<b>4,80%</b>
PLDD	<b>1959</b>	<b>-224</b>	<b>11,40%</b>
zubní lékaři	<b>6831</b>	<b>-215</b>	<b>3,10%</b>
ambul. spec. vč. prakt.gynekol.	<b>9237</b>	<b>-21</b>	<b>0,20%</b>

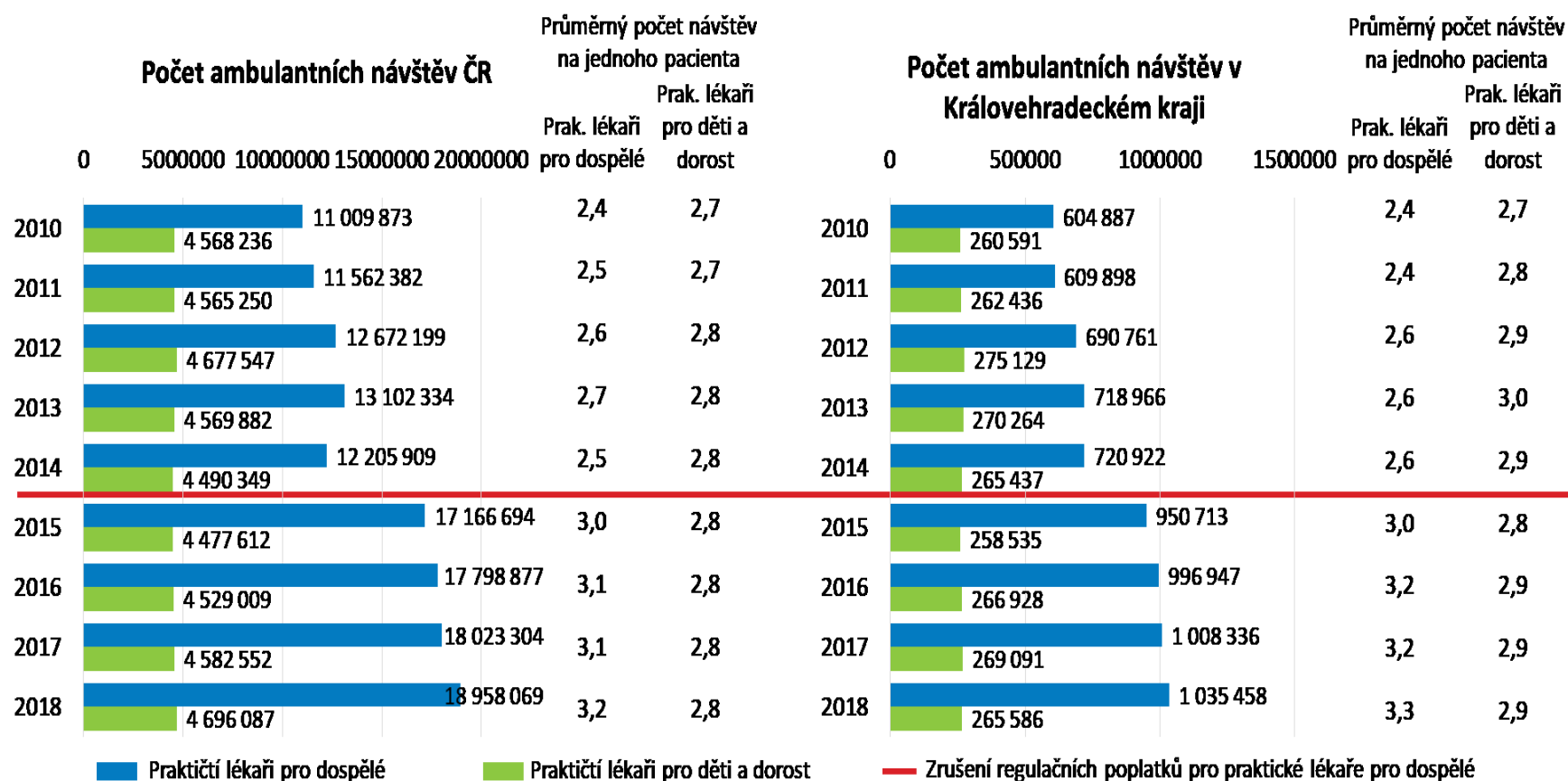
## Obr. 5.24 Počet ambulantních kontaktů s lékařem v mezinárodním srovnání

Zdroj: OECD (2018), citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 02A-8. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



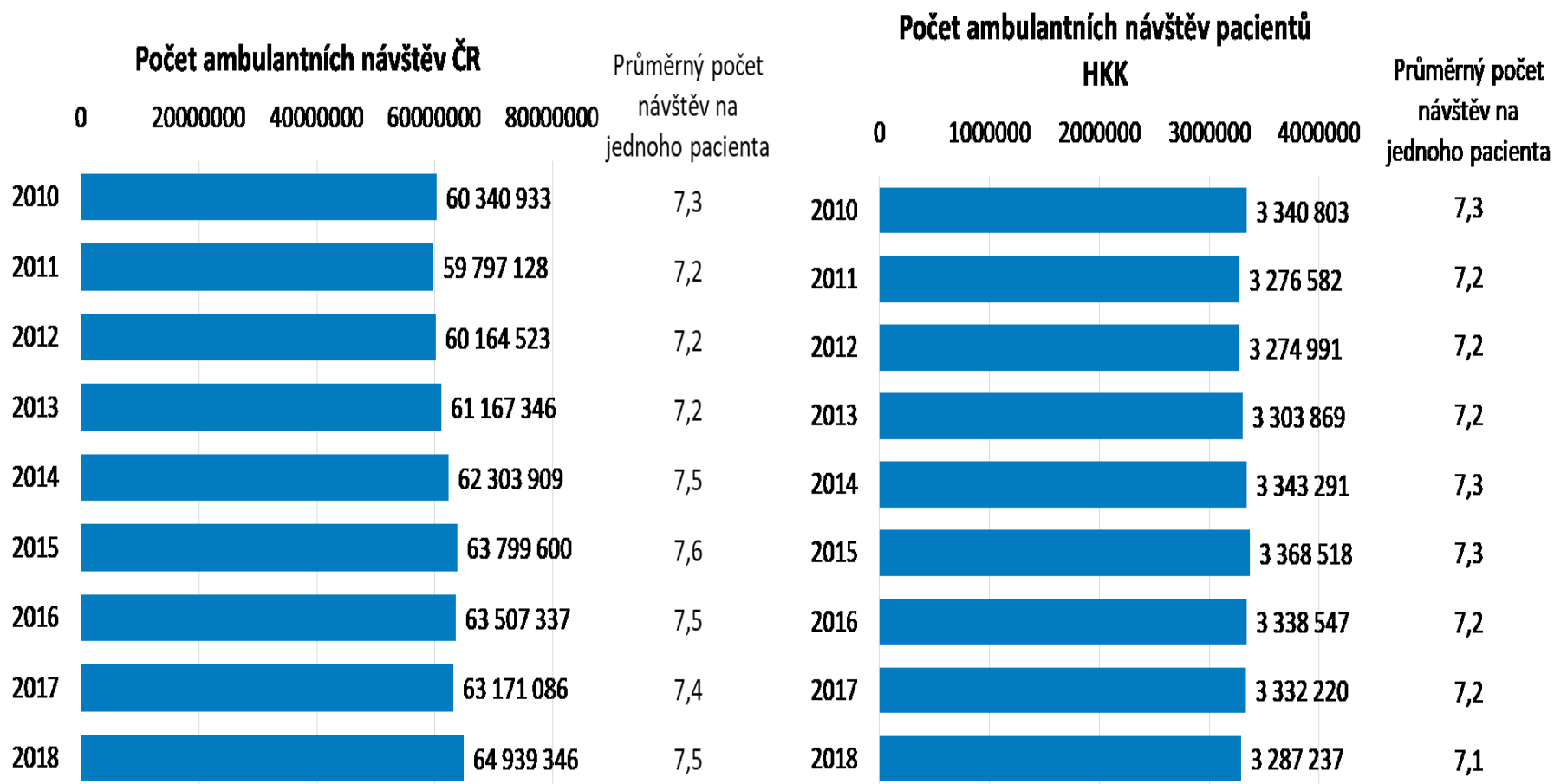
## Obr. 5.25 Vývoj počtu ambulantních kontaktů PLD a PLDD v období 2010-2018 v ČR a v KHK

Zdroj: NRHZS, citováno dle Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 02B-58. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



## Obr. 5.26 Vývoj počtu ambulantních kontaktů ambulantních specialistů v období 2010-2018 v ČR a v KHK

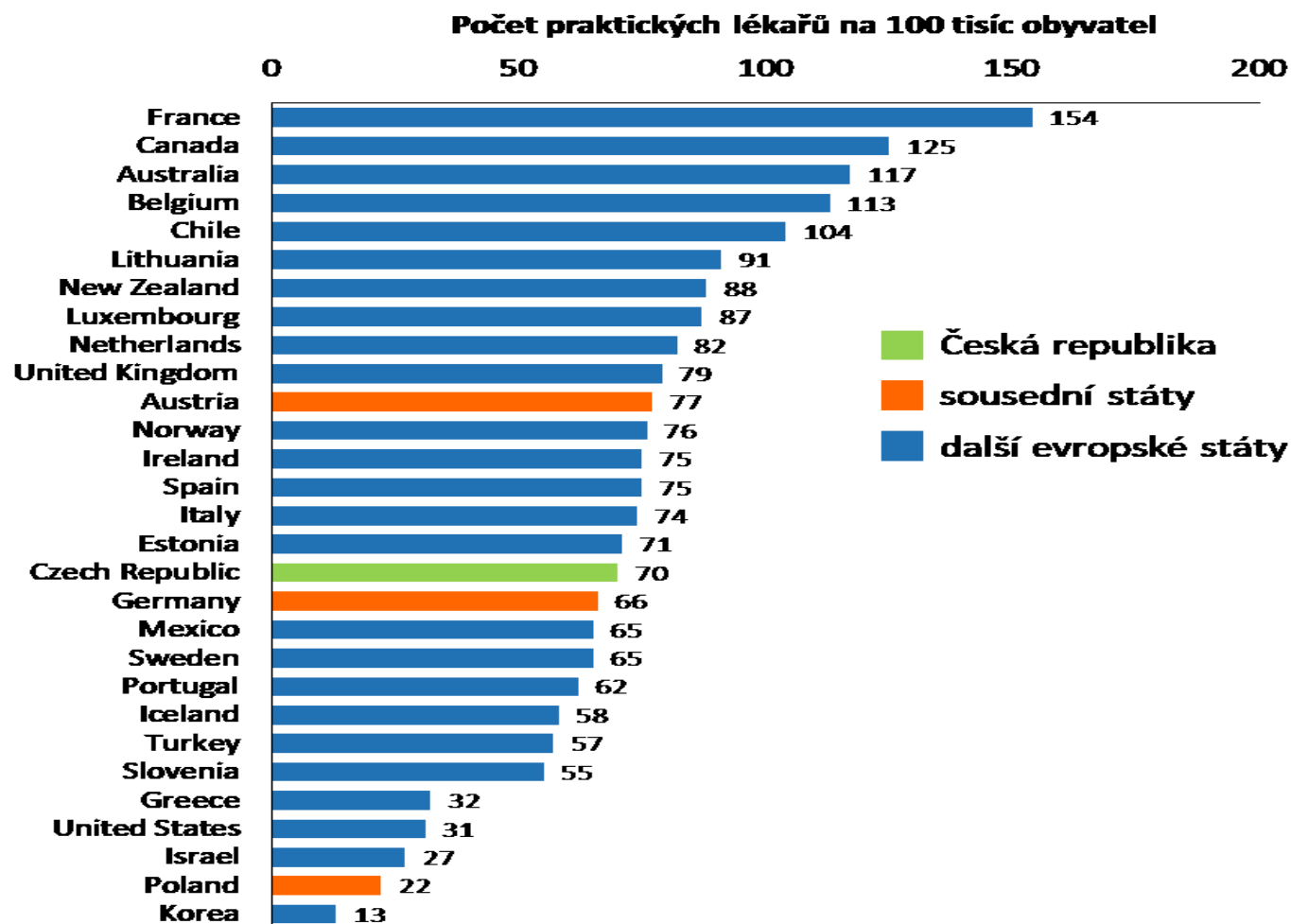
Zdroj: NRHZS, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce *Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 02B-54. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)





## Obr. 5.27 Počet praktických lékařů v mezinárodním srovnání

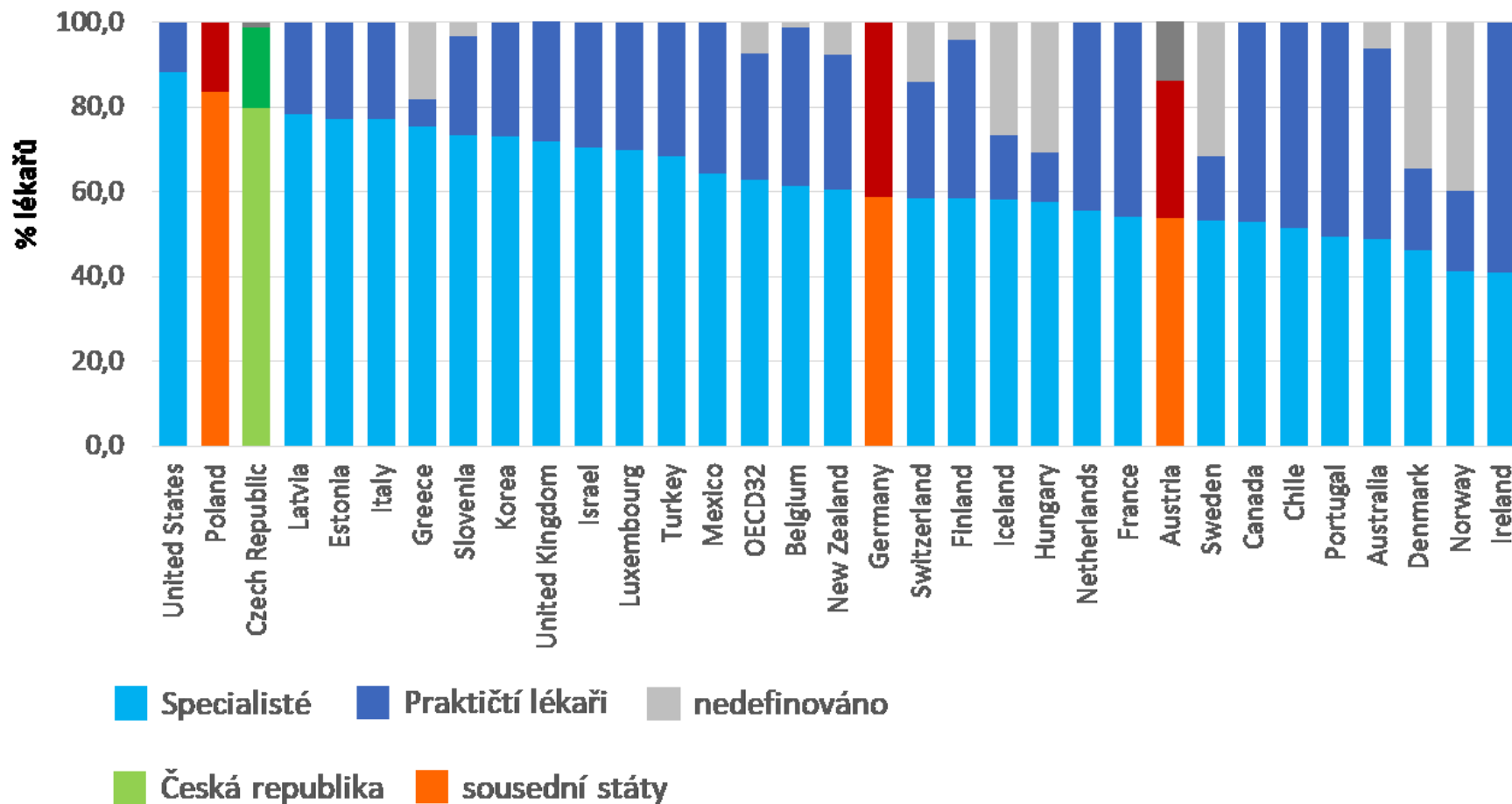
Zdroj: OECD (2018), citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-50. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



## Obr. 5.28 Poměr specializovaných a praktických lékařů v mezinárodním srovnání

Zdroj: OECD (2017), citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce *Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-27.

Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



## Obr. 5.29a Vybrané údaje o PLD v časovém vývoji a podle krajů

Zdroj: ZDRAVOTNICTVÍ ČR: *Stručný přehled činnosti oboru praktický lékař pro dospělé 2007-2017 NZIS REPORT č. K/17 (08/2018)*. ÚZIS ČR, 2018. Dostupné z: [https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis\\_rep\\_2018\\_K17\\_A040\\_prakticky\\_lekar\\_pro\\_dospеле\\_2017.pdf](https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_K17_A040_prakticky_lekar_pro_dospеле_2017.pdf)

Činnost - na 1000 osob v celé populaci	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2017/2007	% z vyš.celk.
Počet ošetření - vyšetření: celkem	4 526	3 879	3 678	3 562	3 568	3 523	3 472	3 365	3 256	3 402	3 329	73,6%	
Počet ošetření - vyšetření: v ordinaci	4 387	3 773	3 582	3 474	3 485	3 446	3 400	3 297	3 194	3 342	3 270	74,5%	
Počet ošetření - vyšetření: v návštěvní službě	139	106	96	88	83	77	72	68	63	60	59	42,3%	1,8%
Počet ošetření - vyšetření: preventivní prohlídky: celkem	204	201	202	201	211	217	225	216	208	209	206	100,8%	6,2%
Počet registrovaných pacientů: celkem	767	759	756	755	773	779	777	759	740	742	724	94,4%	

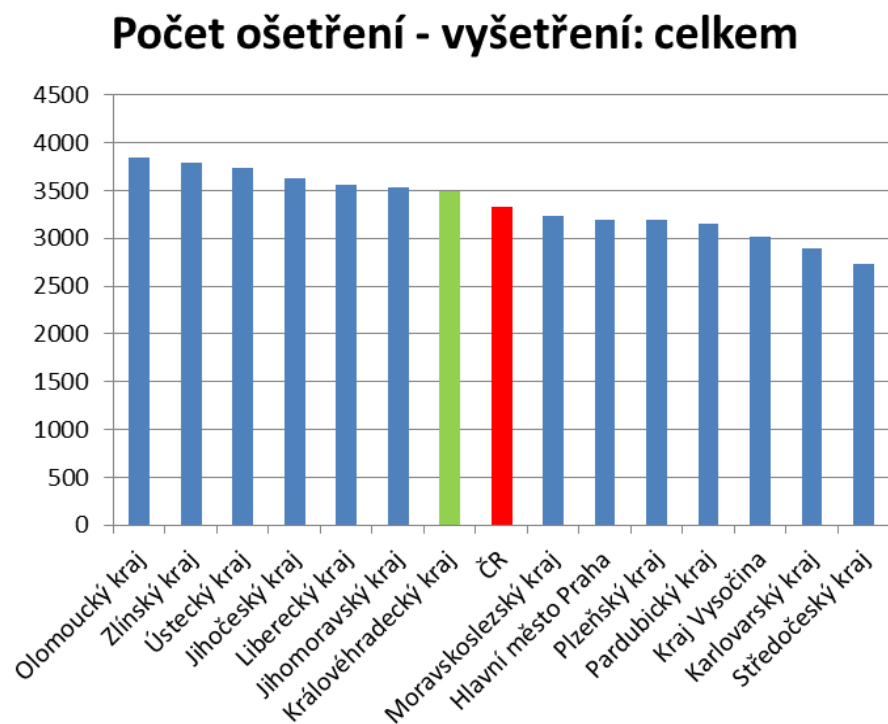
## Obr. 5.29b Vybrané údaje o PLD v časovém vývoji a podle krajů

Zdroj: ZDRAVOTNICTVÍ ČR: *Stručný přehled činnosti oboru praktický lékař pro dospělé 2007-2017 NZIS REPORT č. K/17 (08/2018)*. ÚZIS ČR, 2018. Dostupné z: [https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis\\_rep\\_2018\\_K17\\_A040\\_prakticky\\_lekar\\_pro\\_dospele\\_2017.pdf](https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_K17_A040_prakticky_lekar_pro_dospele_2017.pdf)

Činnost - na 1000 osob v daném kraji (r. 2017)	Hlavní město Praha	Středočeský kraj	Jihočeský kraj	Plzeňský kraj	Karlovarský kraj	Ústecký kraj	Liberecký kraj	Královéhradecký kraj	Pardubický kraj	Kraj Vysočina	Jihomoravský kraj	Olomoucký kraj	Zlínský kraj	Moravskoslezský kraj	ČR 2017	HKK/ČR
Počet ošetření - vyšetření: celkem	3 199	2 727	3 623	3 195	2 897	3 730	3 562	3 497	3 148	3 020	3 532	3 841	3 786	3 240	3 329	107,9%
Počet ošetření - vyšetření: v ordinaci	3 166	2 662	3 548	3 151	2 869	3 695	3 506	3 413	3 076	2 960	3 460	3 784	3 696	3 182	3 270	107,3%
Počet ošetření - vyšetření: v návštěvní službě	33	66	75	43	28	35	56	84	72	60	71	57	90	58	59	144,4%
Počet ošetření - vyšetření: preventivní prohlídky: celkem	249	162	217	196	170	223	229	188	185	180	190	255	208	211	206	89,2%
Počet registrovaných pacientů: celkem	851	646	727	748	648	686	709	674	649	667	802	727	712	721	724	93,5%

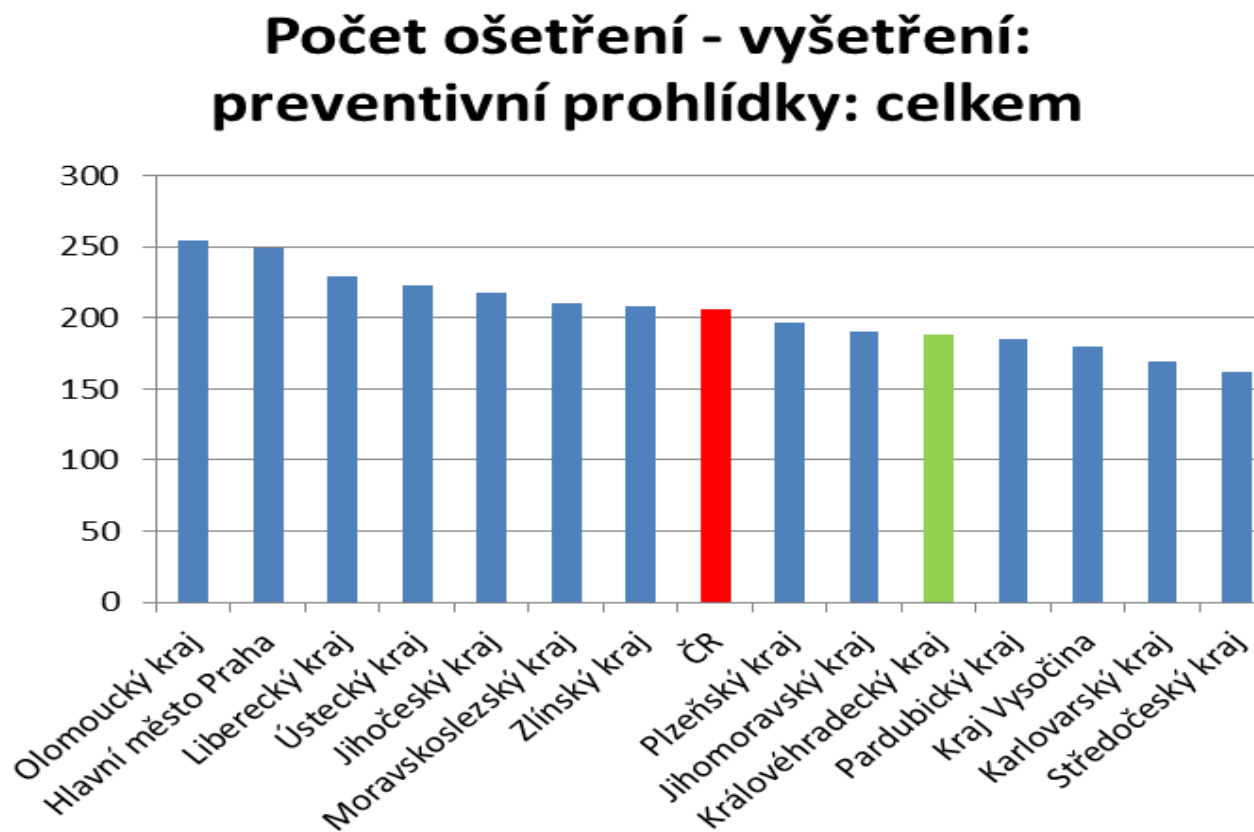
### Obr. 5.29c Vybrané údaje o PLD v časovém vývoji a podle krajů

Zdroj: ZDRAVOTNICTVÍ ČR: *Stručný přehled činnosti oboru praktický lékař pro dospělé 2007-2017 NZIS REPORT č. K/17 (08/2018)*. ÚZIS ČR, 2018. Dostupné z: [https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis\\_rep\\_2018\\_K17\\_A040\\_prakticky\\_lekar\\_pro\\_dospele\\_2017.pdf](https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_K17_A040_prakticky_lekar_pro_dospele_2017.pdf)



### Obr. 5.29d Vybrané údaje o PLD v časovém vývoji a podle krajů

Zdroj: ZDRAVOTNICTVÍ ČR: Stručný přehled činnosti oboru praktický lékař pro dospělé 2007-2017 NZIS REPORT č. K/17 (08/2018). ÚZIS ČR, 2018. Dostupné z: [https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis\\_rep\\_2018\\_K17\\_A040\\_prakticky\\_lekar\\_pro\\_dospELE\\_2017.pdf](https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/nzis_rep_2018_K17_A040_prakticky_lekar_pro_dospELE_2017.pdf)



### **Obr. 5.30 Dílčí cíle vládního programu Zdraví 2030 pro celou primární sféru**

Zdroj: *Analytický podklad pro Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* - schválený dokument (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č. 817). Analytický podklad byl MZ ČR zveřejněn jako prezentace, datovaná 17.5.2019, s. 23. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17382/37700/Strategick%C3%BD%20r%C3%A1mec%20Zdrav%C3%AD%202030.pdf>

- 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

### Obr. 5.31 Pediatrie a neonatologie – Vývoj počtu hospitalizovaných v ČR

Zdroj: Zdravotnická ročenka České republiky 2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019. ISSN 1210-9991. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>

Zdravotnická ročenka České republiky 1993. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 1993. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ZdrRoc92.pdf>

<i>Parametr / obor</i>	<i>r. 1992</i>	<i>r. 2018</i>	<i>2018/1992</i>
<b>lůžka celkem, z toho</b>	<b>12 383</b>	<b>4 907</b>	<b>40%</b>
pediatrie	12 038	3 282	27%
neonatologie	345	1 625	471%
<b>hospitalizace celkem, z toho</b>	<b>287 603</b>	<b>303 409</b>	<b>105%</b>
pediatrie	279 738	257 676	92%
neonatologie	7 865	45 733	581%
<b>ošetřovací dny</b>	<b>2 310 279</b>	<b>1 143 517</b>	<b>49%</b>
pediatrie	2 260 001	878 446	39%
neonatologie	50 278	265 071	527%
<b>délka hospitalizace (dny), z toho</b>	<b>8,0</b>	<b>3,8</b>	<b>47%</b>
pediatrie	8,1	3,4	42%
neonatologie	6,4	5,8	91%



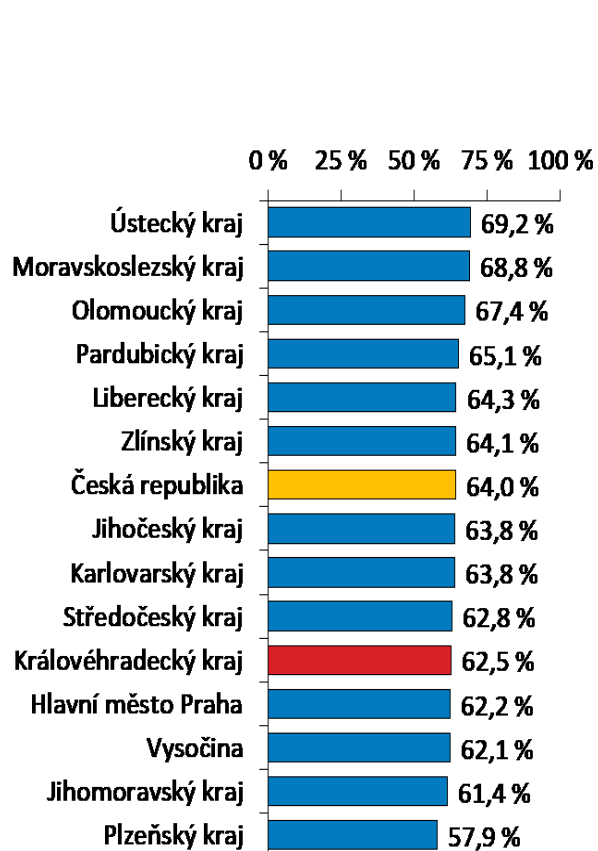
## Obr. 5.32 Dílčí cíle vládního programu Zdraví 2030 pro PLDD

Zdroj: *Analytický podklad pro Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* - schválený dokument (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č. 817). Analytický podklad byl MZ ČR zveřejněn jako prezentace, datovaná 17.5.2019, s. 24. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17382/37700/Strategick%C3%BD%20r%C3%A1mec%20Zdrav%C3%AD%202030.pdf>

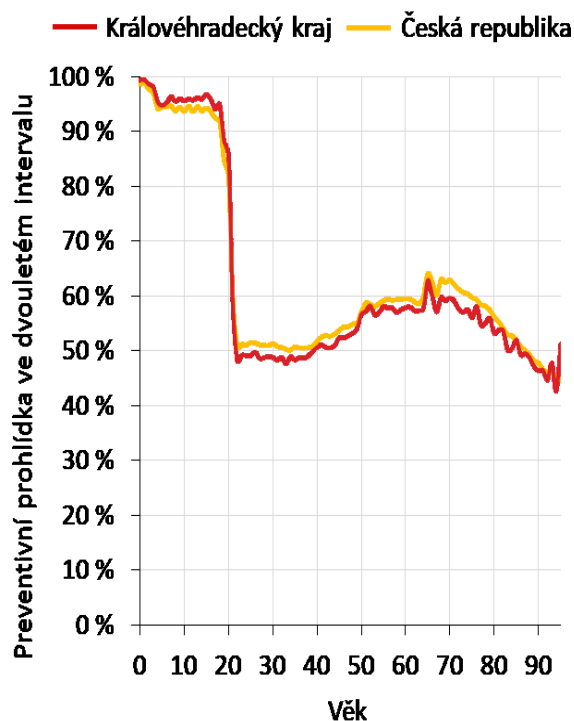
- Vytvoření modelu vzdělávání (zvláště PLDD)
- Rezidenční místa
- Zvýšení podílu obyvatel využívajících pravidelné preventivní prohlídky; nastavení efektivních postupů v managementu chronických neinfekčních onemocnění.
- Posílit roli praktických lékařů jako průvodců zdravotnickým systémem a ve zvyšování 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

## Obr. 5.33 Preventivní prohlídky u PLD, PLDD, v ČR a v KHK, roky 2017-2018

Zdroj: NRHZS 2010-2018, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 04-20. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



**Podíl obyvatel Královéhradeckého kraje a ČR daného věku (populace 2018), kteří v průběhu předchozích dvou let 2017 a/nebo 2018 absolvovali preventivní prohlídku u praktického lékaře:**



Preventivní prohlídku u praktického lékaře absolvovalo v letech 2017/2018 **64 % populace ČR** (58 % až 69 % v jednotlivých krajích). Pro srovnání, v letech 2012/2013 absolvovalo preventivní prohlídku pouze **59 % populace ČR**, jde tedy o rostoucí trend. Velmi dobré pokrytí populace preventivními prohlídkami je dosahováno u dětské populace. V letech 2017/2018 byla preventivní prohlídka u dětí zaznamenána ve více než 95 % případů. Avšak po dosažení dospělosti dochází k prudkému poklesu a u dospělé populace ČR je zaznamenána preventivní prohlídka pouze v 50–60 % případů (průměr přes všechny věkové skupiny). U populace Královéhradeckého kraje je účast na preventivních prohlídkách u dětí nadprůměrná, u dospělých osob pouze mírně pod celorepublikovým průměrem

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

### Obr. 5.34a Vybrané údaje o PLDD v časovém vývoji a podle krajů

Zdroj: ZDRAVOTNICTVÍ ČR: *Stručný přehled činnosti oboru praktický lékař pro děti a dorost za období 2007-2018 NZIS REPORT č. K/18 (08/2019)*.  
 ÚZIS ČR, 2019. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008293/nzis-rep-2019-k18-a041-prakticky-lekar-pro-deti-a-dorost-2018.pdf>

Činnost – na 1000 osob v dětské populaci (0–18 let)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2007	% z vyš.celk.
Počet kontaktů (ošetření-vyšetření) s pacientem: celkem	6 850	6 125	6 169	5 977	6 135	5 860	5 819	5 563	5 281	5 356	5 231	4 821	70,4%	
Počet kontaktů (ošetření-vyšetření) s pacientem: léčebná: celkem	5 085	4 252	4 367	4 186	4 377	4 215	4 205	3 993	3 763	3 733	3 607	3 375	66,4%	
Počet kontaktů (ošetření-vyšetření) s pacientem: preventivní: celkem	1 536	1 579	1 527	1 523	1 509	1 418	1 369	1 306	1 237	1 241	1 196	1 117	72,7%	23,2%
Počet kontaktů (ošetření-vyšetření) s pacientem: v návštěvní službě: celkem	89	77	75	68	64	58	55	50	44	52	39	28	31,8%	0,6%
Počet registrovaných pacientů: celkem	993	986	983	979	988	985	993	985	972	987	964	883	88,9%	

## Obr. 5.34b Vybrané údaje o PLDD v časovém vývoji a podle krajů

Zdroj: ZDRAVOTNICTVÍ ČR: *Stručný přehled činnosti oboru praktický lékař pro děti a dorost za období 2007-2018 NZIS REPORT č. K/18 (08/2019).*

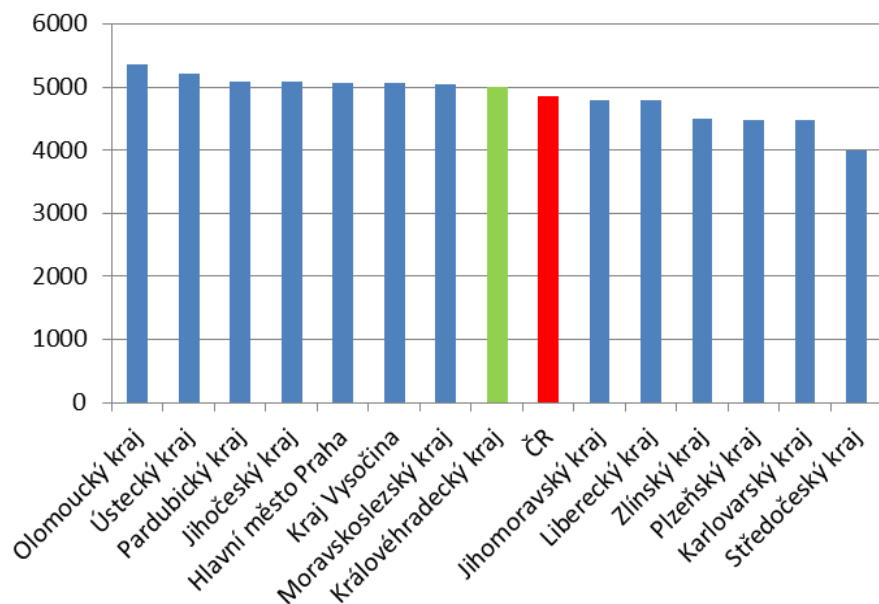
ÚZIS ČR, 2019. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008293/nzis-rep-2019-k18-a041-prakticky-lekar-pro-deti-a-dorost-2018.pdf>

Činnost - na 1000 osob v daném kraji (r. 2017)	Hlavní město Praha	Středočeský kraj	Jihočeský kraj	Plzeňský kraj	Karlovarský kraj	Ústecký kraj	Liberecký kraj	Královéhradecký kraj	Pardubický kraj	Kraj Vysočina	Jihomoravský kraj	Olomoucký kraj	Zlínský kraj	Moravskoslezský kraj	ČR 2017	HKK/ČR
Počet ošetření - vyšetření: celkem	3 199	2 727	3 623	3 195	2 897	3 730	3 562	3 497	3 148	3 020	3 532	3 841	3 786	3 240	3 329	107,9%
Počet ošetření - vyšetření: v ordinaci	3 166	2 662	3 548	3 151	2 869	3 695	3 506	3 413	3 076	2 960	3 460	3 784	3 696	3 182	3 270	107,3%
Počet ošetření - vyšetření: v návštěvní službě	33	66	75	43	28	35	56	84	72	60	71	57	90	58	59	144,4%
Počet ošetření - vyšetření: preventivní prohlídky: celkem	249	162	217	196	170	223	229	188	185	180	190	255	208	211	206	89,2%
Počet registrovaných pacientů: celkem	851	646	727	748	648	686	709	674	649	667	802	727	712	721	724	93,5%

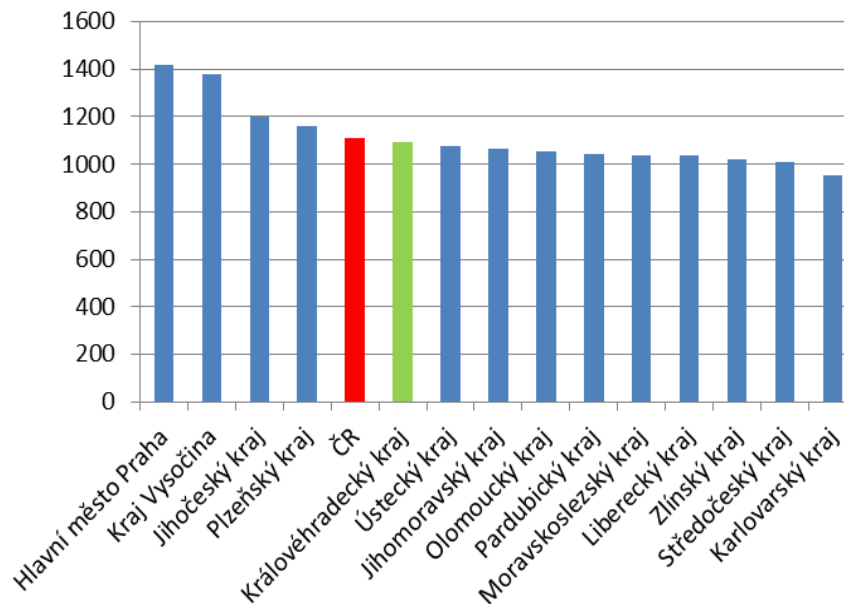
### Obr. 5.34c Vybrané údaje o PLDD v časovém vývoji a podle krajů

Zdroj: ZDRAVOTNICTVÍ ČR: *Stručný přehled činnosti oboru praktický lékař pro děti a dorost za období 2007-2018 NZIS REPORT č. K/18 (08/2019)*. ÚZIS ČR, 2019. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008293/nzis-rep-2019-k18-a041-prakticky-lekar-pro-deti-a-dorost-2018.pdf>

#### Počet kontaktů (ošetření-vyšetření) s pacientem: celkem



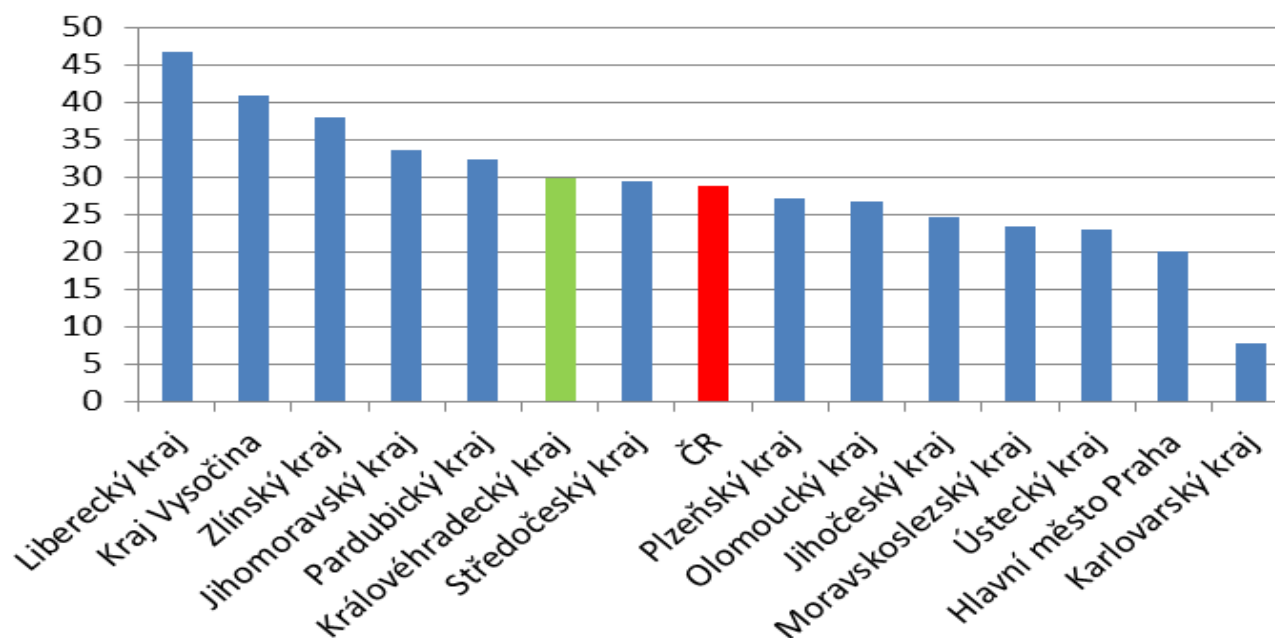
#### Počet kontaktů (ošetření-vyšetření) s pacientem: preventivní: celkem



### Obr. 5.34d Vybrané údaje o PLDD v časovém vývoji a podle krajů

Zdroj: ZDRAVOTNICTVÍ ČR: Stručný přehled činnosti oboru praktický lékař pro děti a dorost za období 2007-2018 NZIS REPORT č. K/18 (08/2019). ÚZIS ČR, 2019. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008293/nzis-rep-2019-k18-a041-prakticky-lekar-pro-deti-a-dorost-2018.pdf>

## Počet kontaktů (ošetření-vyšetření) s pacientem: v návštěvní službě: celkem



## Obr. 5.35a Vybrané údaje praktických gynekologů v časovém vývoji a podle krajů

Zdroj: ZDRAVOTNICTVÍ ČR: *Stručný přehled činnosti oboru gynekologie a porodnictví za období 2007-2018 NZIS REPORT č. K/8 (08/2019)*. ÚZIS ČR, 2019. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008287/nzis-rep-2019-k08-a018-gynekologie-porodnictvi-2018.pdf>

Činnost – na 100 žen ve fertilem věku (15–49 let)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Počet ošetření – vyšetření: celkem	453	427	415	405	406	399	408	422	411	419	412	410
Počet ošetření–vyšetření: preventivní prohlídky: celkem	98	98	98	100	99	93	95	100	101	104	103	102
Počet registrovaných pacientek: celkem	182	178	174	173	177	178	182	190	192	193	191	194
Počet léčených pacientek: celkem	150	145	143	143	144	140	144	144	145	146	145	145
Počet nově přijatých těhotných: celkem	5,22	5,32	5,15	4,99	4,73	4,75	4,75	4,70	4,91	5,06	5,26	5,37
Návštěvy porodních asistentek: celkem	0,53	0,47	0,41	0,37	0,30	0,27	0,25	0,26	0,26	0,19	0,20	0,18
Počet jednodenních chirurgií: celkem	1,70	1,72	1,68	1,71	1,98	2,20	2,11	1,85	2,36	2,55	2,64	2,41
Prekancerózy dělož. hrdla prvně zjištěné D1: celkem na 100 000 žen v populaci								869	993	961	720	726

## Obr. 5.35b Vybrané údaje praktických gynekologů v časovém vývoji a podle krajů

Zdroj: ZDRAVOTNICTVÍ ČR: *Stručný přehled činnosti oboru gynekologie a porodnictví za období 2007-2018 NZIS REPORT č. K/8 (08/2019)*. ÚZIS ČR, 2019. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008287/nzis-rep-2019-k08-a018-gynekologie-porodnictvi-2018.pdf>

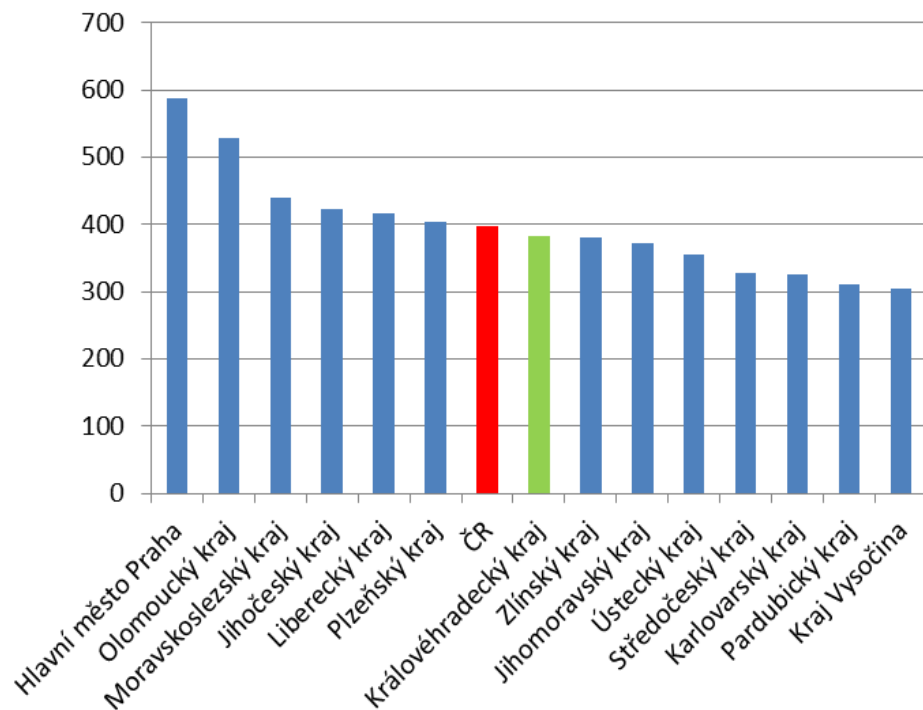
Činnost – na 100 žen ve fertilem věku (15–49 let)	Hlavní město Praha	Středočeský kraj	Jihočeský kraj	Plzeňský kraj	Karlovarský kraj	Ústecký kraj	Liberecký kraj	Královéhradecký kraj	Pardubický kraj	Kraj Vysočina	Jihomoravský kraj	Olomoucký kraj	Zlínský kraj	Moravsko slezský kraj	ČR 2017	HKK/ČR
Počet ošetření – vyšetření: celkem	587	328	422	404	325	354	417	383	310	305	373	529	381	439	397	87,4%
Počet ošetření – vyšetření: preventivní prohlídky: celkem	117	86	118	99	94	95	113	107	98	91	93	123	99	105	103	102,4%
Počet registrovaných pacientek: celkem	219	166	221	216	175	180	195	186	172	175	186	201	201	207	193	89,6%
Počet léčebných pacientek: celkem	188	113	163	176	115	131	141	149	119	116	144	157	133	149	142	100,3%
Počet nově přijatých těhotných: celkem	7,73	3,89	6,87	4,91	3,86	4,87	8,77	5,01	4,29	4,28	5,25	5,09	4,70	4,87	5,31	102,9%
Návštěvy porodních asistentek: celkem	0,01	0,04	0,15	0,13	0,03	0,21	0,11	0,29	0,25	0,09	0,08	1,16	0,02	0,26	0,20	111,5%
Počet jednodenních chirurgií: celkem	4,92	0,90	0,76	4,00	0,68	1,89	0,37	3,25	1,04	2,50	1,15	3,87	2,87	3,39	2,26	95,9%
Prekancerózy dělož. hrdla prvně zjištěné D1: celkem na 100 000 žen v populaci	1 129	714	571	511	622	538	438	388	374	492	724	814	759	1 086	654	35,7%



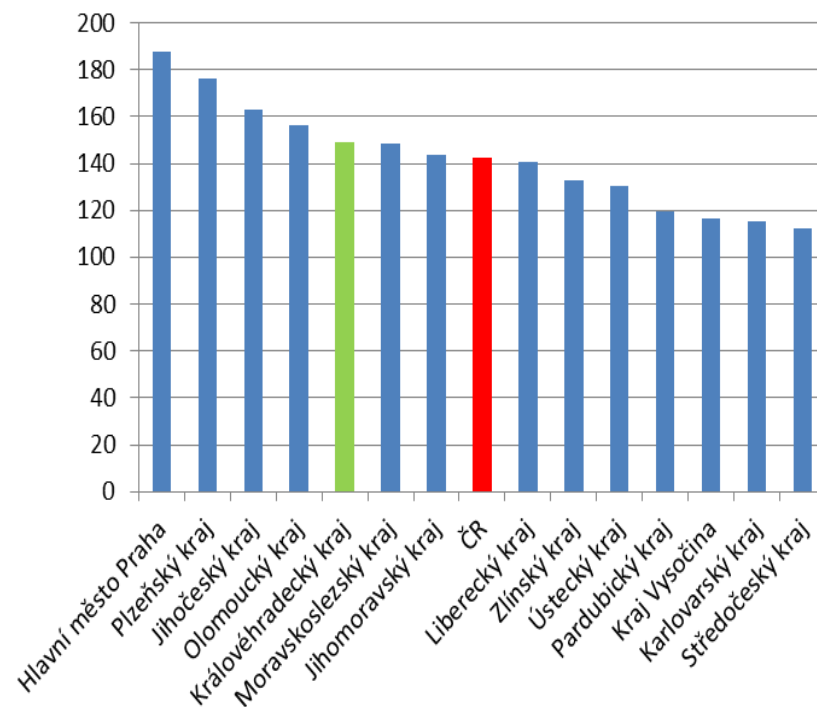
### Obr. 5.35c Vybrané údaje praktických gynekologů v časovém vývoji a podle krajů

Zdroj: ZDRAVOTNICTVÍ ČR: Stručný přehled činnosti oboru gynekologie a porodnictví za období 2007-2018 NZIS REPORT č. K/8 (08/2019). ÚZIS ČR, 2019. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008287/nzis-rep-2019-k08-a018-gynekologie-porodnictvi-2018.pdf>

#### Počet ošetření – vyšetření: celkem



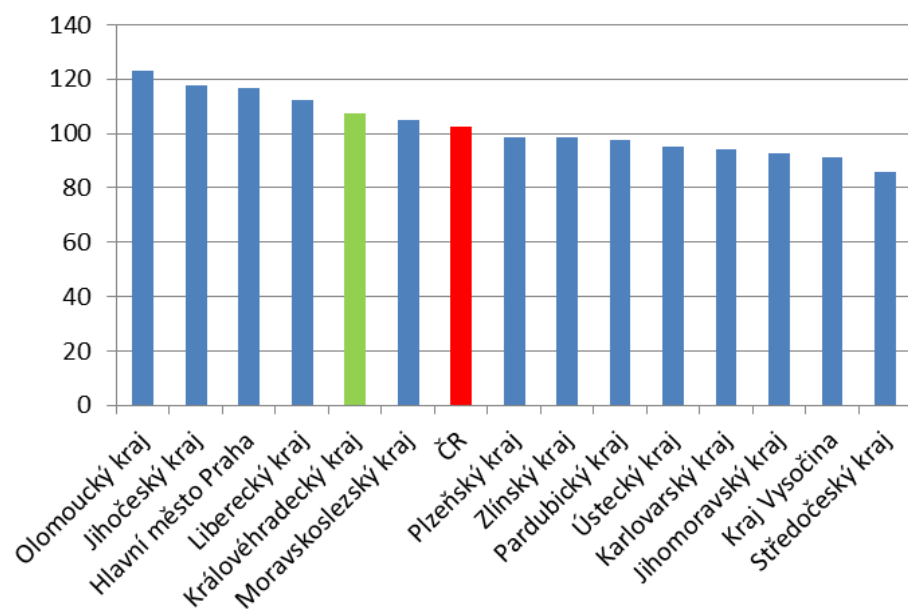
#### Počet léčených pacientek: celkem



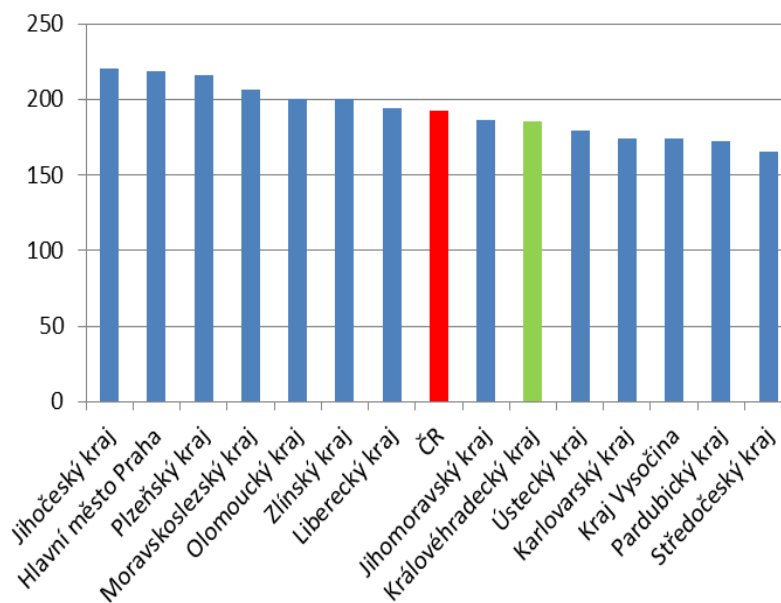
### Obr. 5.35d Vybrané údaje praktických gynekologů v časovém vývoji a podle krajů

Zdroj: ZDRAVOTNICTVÍ ČR: *Stručný přehled činnosti oboru gynekologie a porodnictví za období 2007-2018 NZIS REPORT č. K/8 (08/2019)*. ÚZIS ČR, 2019. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008287/nzis-rep-2019-k08-a018-gynekologie-porodnictvi-2018.pdf>

#### Počet ošetření – vyšetření: preventivní prohlídky: celkem



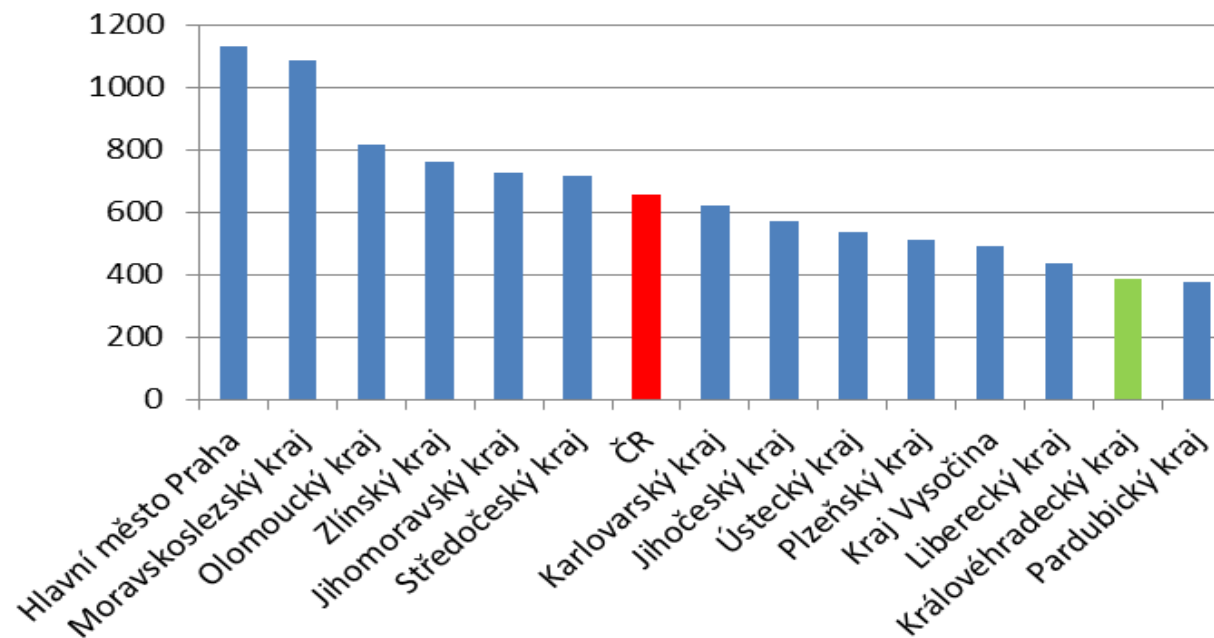
#### Počet registrovaných pacientek: celkem



### Obr. 5.35e Vybrané údaje praktických gynekologů v časovém vývoji a podle krajů

Zdroj: ZDRAVOTNICTVÍ ČR: Stručný přehled činnosti oboru gynekologie a porodnictví za období 2007-2018 NZIS REPORT č. K/8 (08/2019). ÚZIS ČR, 2019. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008287/nzis-rep-2019-k08-a018-gynekologie-porodnictvi-2018.pdf>

## Prekancerózy dělož. hrdla prvně zjištěné D1: celkem na 100 000 žen v populaci



## Obr. 5.36 Migrace mezi kraji za porody, r. 2018

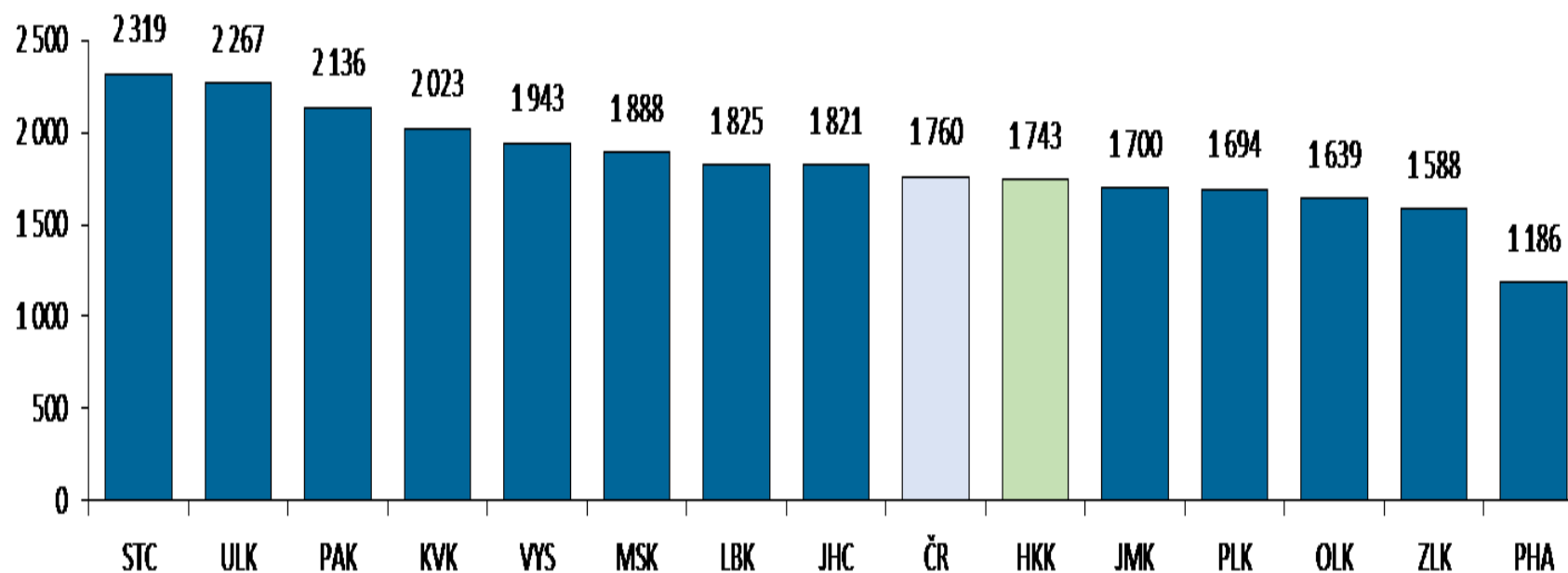
Zdroj: ÚZIS ČR-NRRZ-Rodička, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 02C-11. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)

### % rodiček s daným bydlištěm a porodem v daném kraji

		Kraj bydliště													
		PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JMK	OLK	ZLK	MSK
Kraj zdravotnického zařízení	PHA	84,5%	25,6%	3,8%	2,3%	5,0%	4,8%	4,2%	3,0%	2,3%	3,7%	1,4%	2,2%	2,5%	1,7
	STC	11,5%	66,8%	1,4%	4,6%	1,0%	4,9%	2,8%	1,6%	1,8%	1,2%	0,4%	0,5%	0,4%	0,5
	JHC	0,6%	0,9%	90,6%	1,9%	0,4%	0,4%	0,2%	0,5%	0,2%	2,1%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1
	PLK	0,3%	0,4%	0,5%	87,8%	9,2%	0,5%	0,3%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,1
	KVK	0,1%	0,1%	0,1%	1,0%	81,9%	0,8%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0
	ULK	0,6%	1,2%	0,1%	0,3%	1,2%	83,0%	1,3%	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0
	LBK	0,4%	0,9%	0,1%	0,2%	0,2%	4,7%	86,9%	8,6%	0,2%	0,3%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1
	HKK	0,3%	1,3%	0,2%	0,6%	0,2%	0,1%	3,3%	79,8%	9,1%	0,4%	0,1%	0,3%	0,1%	0,1
	PAK	0,3%	0,3%	0,1%	0,8%	0,1%	0,1%	0,1%	4,7%	77,2%	0,4%	0,2%	0,2%	0,1%	0,2
	VYS	0,3%	1,7%	2,4%	0,1%	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	3,5%	84,7%	1,3%	0,1%	0,2%	0,1
	JMK	0,3%	0,4%	0,6%	0,3%	0,2%	0,4%	0,3%	0,5%	3,0%	6,4%	93,2%	3,0%	3,5%	1,1
	OLK	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%	2,2%	0,3%	0,9%	86,4%	2,6%	2,2
	ZLK	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	1,8%	4,0%	88,8%	1,6
	MSK	0,4%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	2,5%	1,4%	92,1

### Obr. 5.37 Počet obyvatel na samostatnou ordinaci PL – stomatologa

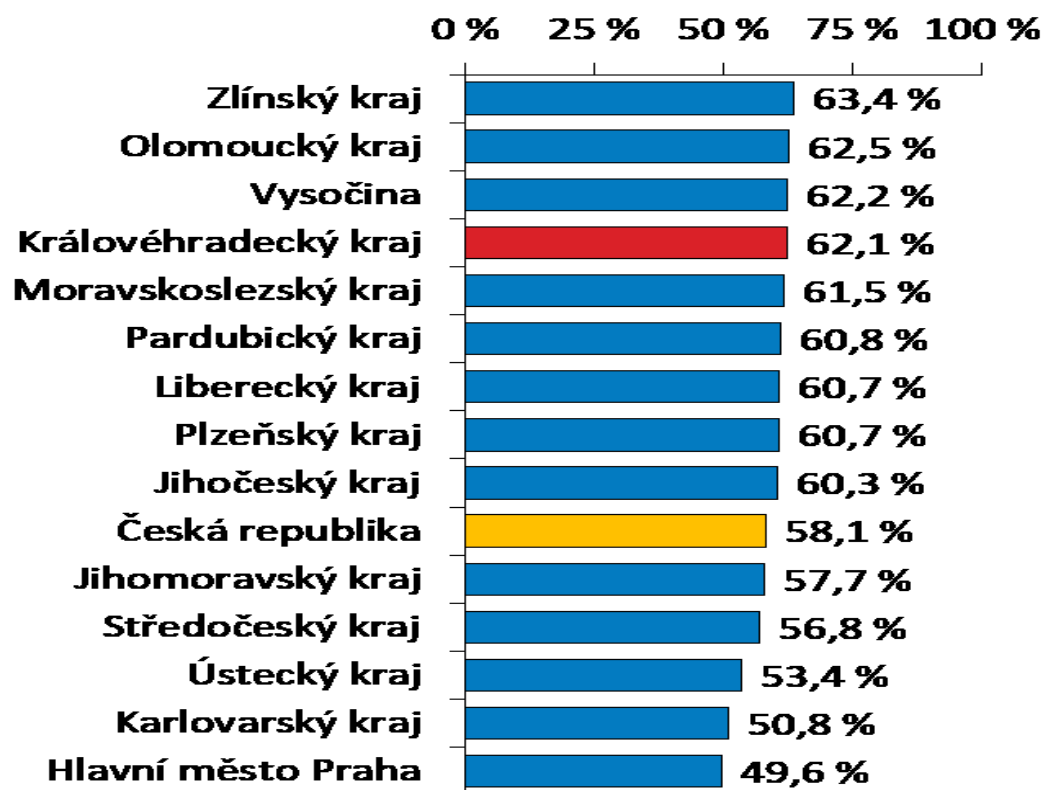
Zdroj: NRPZS 1.2.2019, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-40. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



### Obr. 5.38 Stomatologické preventivní prohlídky

Zdroj: NRHZS 2010-2018, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 02A-135.

Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



### Obr. 5.39a Vybrané údaje o zubních lékařích podle krajů, r. 2013

Zdroj: Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech zdravotní péče 2013. kapitola 5 Činnost praktických zubních lékařů. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2015, str. 53–55. ISBN 978-80-7472-134-2.

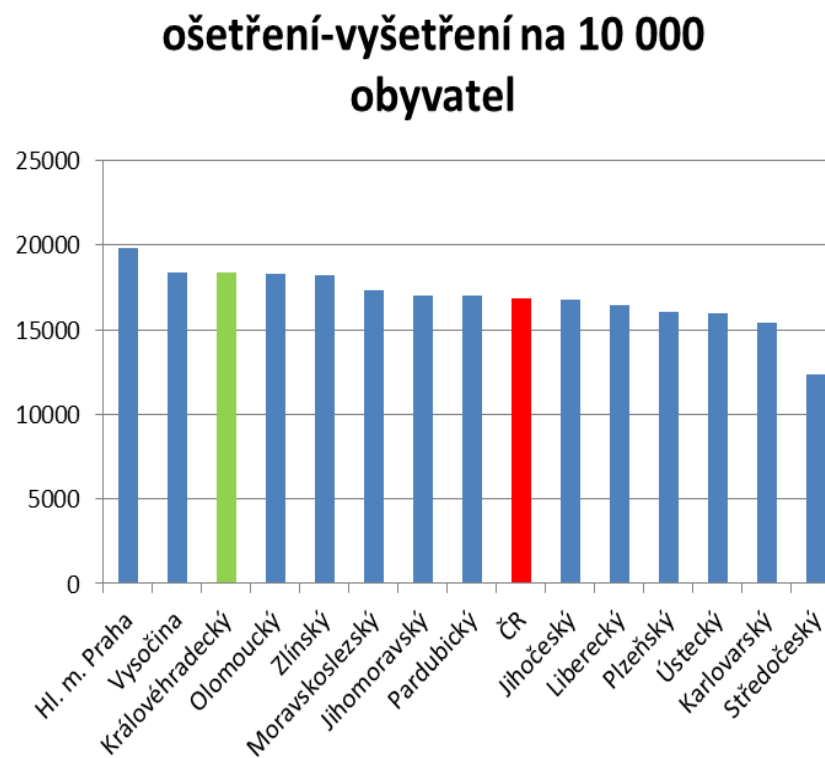
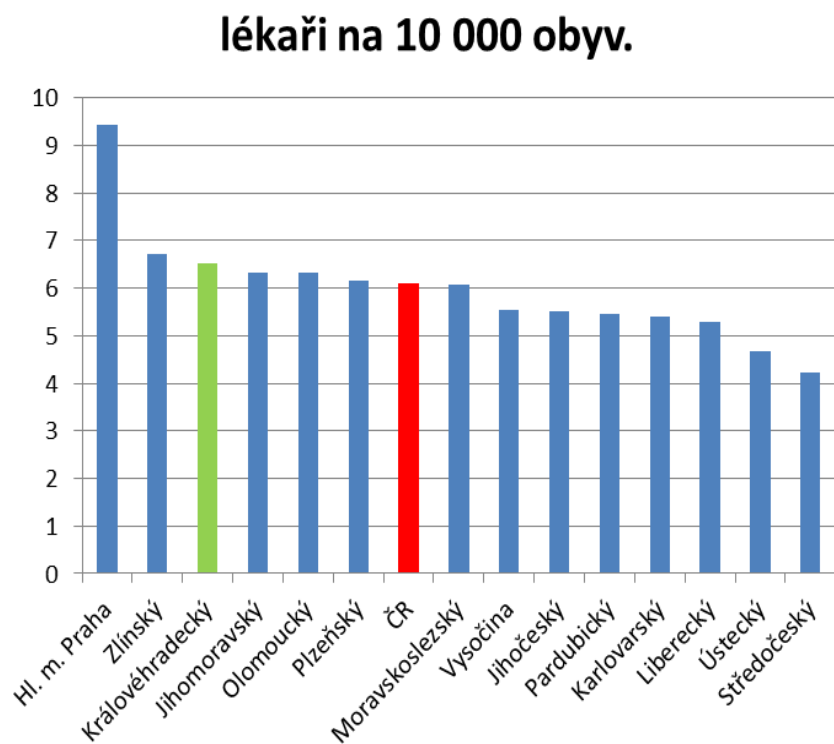
Dostupné online: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/cinzdrz2013.pdf>

Území, kraj	Lékaři	ZPBD	Počet ošetření-vyšetření			Počet léčených pacientů (UOP)			
	průměrné přepočtené počty na 10 000 obyv.		celkem	na 10 000 obyvatel	z toho preventivní	na 1 lékaře	celkem	na 10 000 obyvatel	na 1 lékaře
Hl. m. Praha	9,42	7,98	2 471 581	19 856	39,0%	2 107	1 084 257	8 711	924
Středočeský	4,22	3,72	1 602 746	12 355	47,0%	2 927	711 553	5 485	1 299
Jihočeský	5,50	5,17	1 067 969	16 780	45,8%	3 050	469 578	7 378	1 341
Plzeňský	6,17	4,92	919 102	16 043	47,6%	2 602	391 374	6 832	1 108
Karlovarský	5,39	4,55	462 628	15 370	45,0%	2 850	203 383	6 757	1 253
Ústecký	4,67	4,76	1 320 832	15 994	45,2%	3 423	546 018	6 612	1 415
Liberecký	5,29	4,66	722 016	16 467	47,9%	3 112	308 424	7 034	1 329
Královéhradecký	6,51	4,95	1 014 522	18 377	45,4%	2 822	460 527	8 342	1 281
Pardubický	5,45	4,71	876 345	16 991	47,5%	3 117	377 099	7 311	1 341
Vysočina	5,55	6,06	939 604	18 405	45,0%	3 317	386 450	7 570	1 364
Jihomoravský	6,33	4,79	1 989 452	17 025	40,9%	2 688	820 024	7 017	1 108
Olomoucký	6,33	4,96	1 166 897	18 328	46,6%	2 893	468 702	7 362	1 162
Zlínský	6,72	5,63	1 067 481	18 198	44,9%	2 708	428 832	7 311	1 088
Moravskoslezský	6,08	3,29	2 117 845	17 304	45,6%	2 845	888 581	7 260	1 194
<b>ČR</b>	<b>6,10</b>	<b>5,00</b>	<b>17 739 020</b>	<b>16 877</b>	<b>44,5%</b>	<b>2 767</b>	<b>7 544 802</b>	<b>7 178</b>	<b>1 177</b>

### Obr. 5.39b Vybrané údaje o zubních lékařích podle krajů, r. 2013

Zdroj: Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech zdravotní péče 2013. kapitola 5 Činnost praktických zubních lékařů. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2015, str. 53–55. ISBN 978-80-7472-134-2.

Dostupné online: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/cinzdrz2013.pdf>



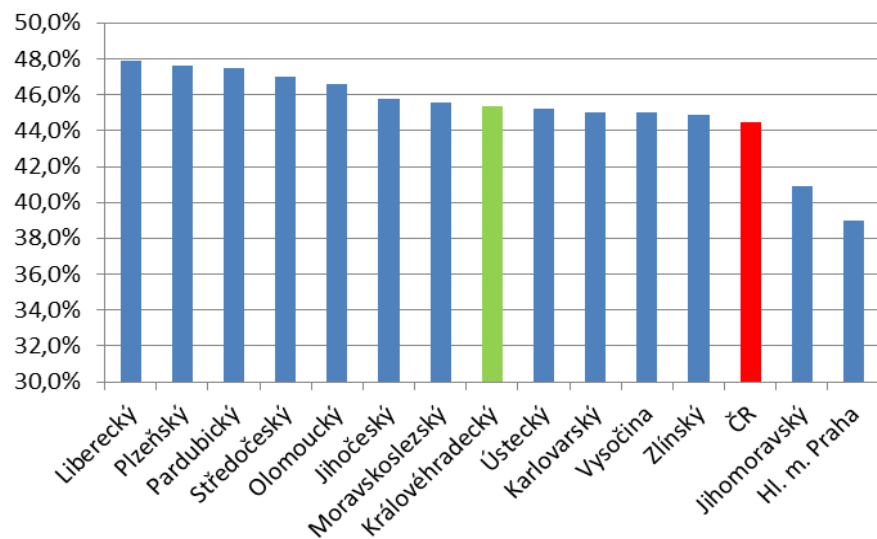


### Obr. 5.39c Vybrané údaje o zubních lékařích podle krajů, r. 2013

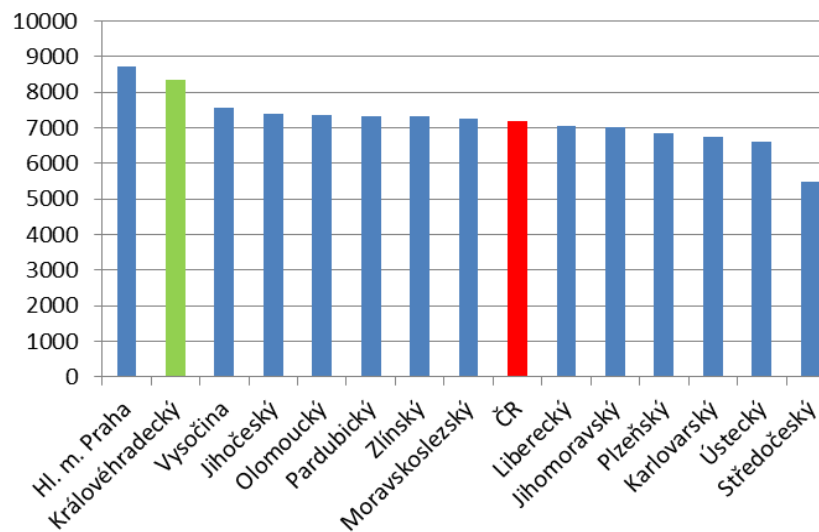
Zdroj: Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech zdravotní péče 2013. kapitola 5 Činnost praktických zubních lékařů. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2015, str. 53–55. ISBN 978-80-7472-134-2.

Dostupné online: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/cinzdrz2013.pdf>

#### preventivní ošetření na 10 000 obyvatel

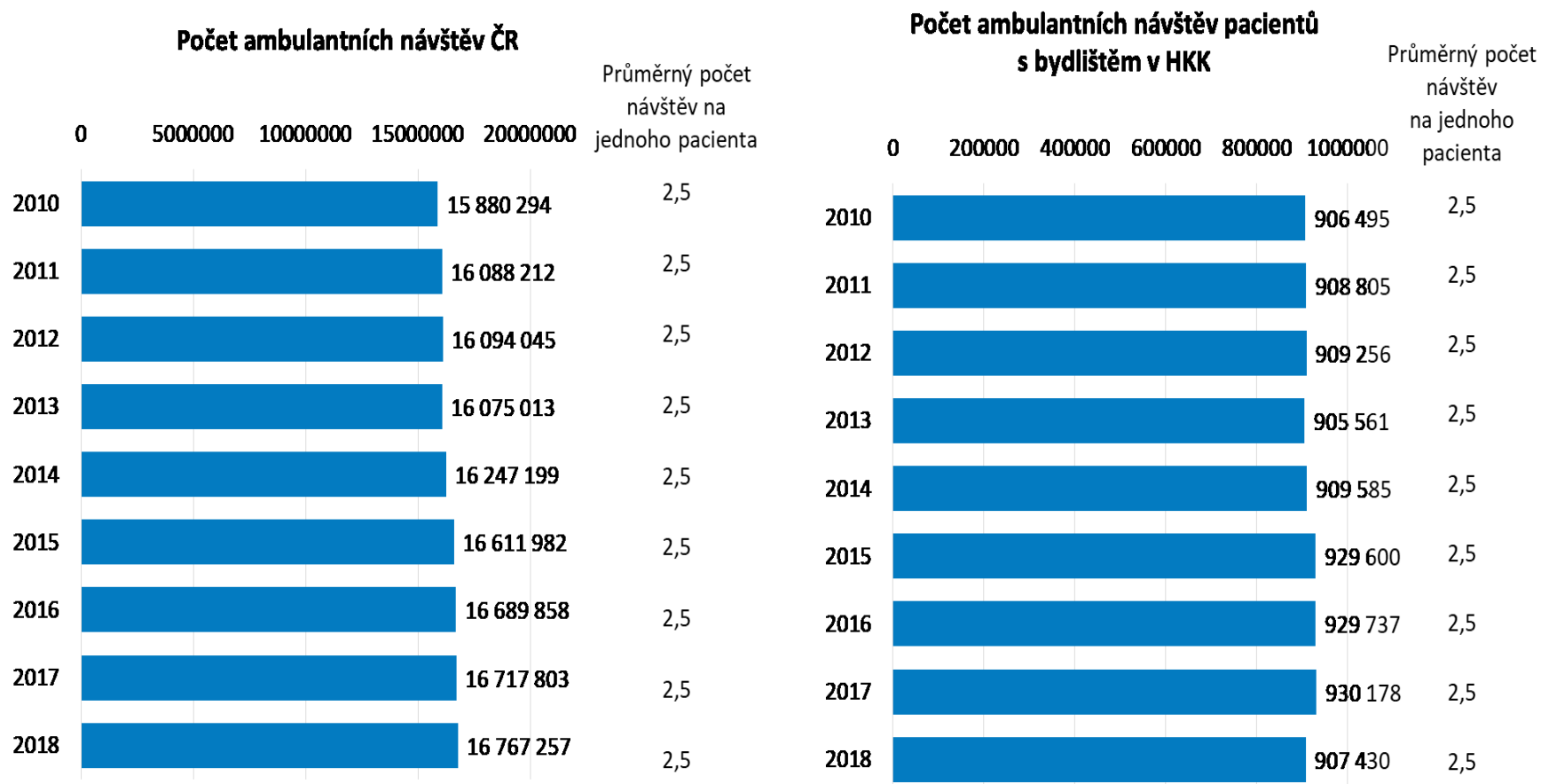


#### léčených pacientů na 10 000 obyvatel



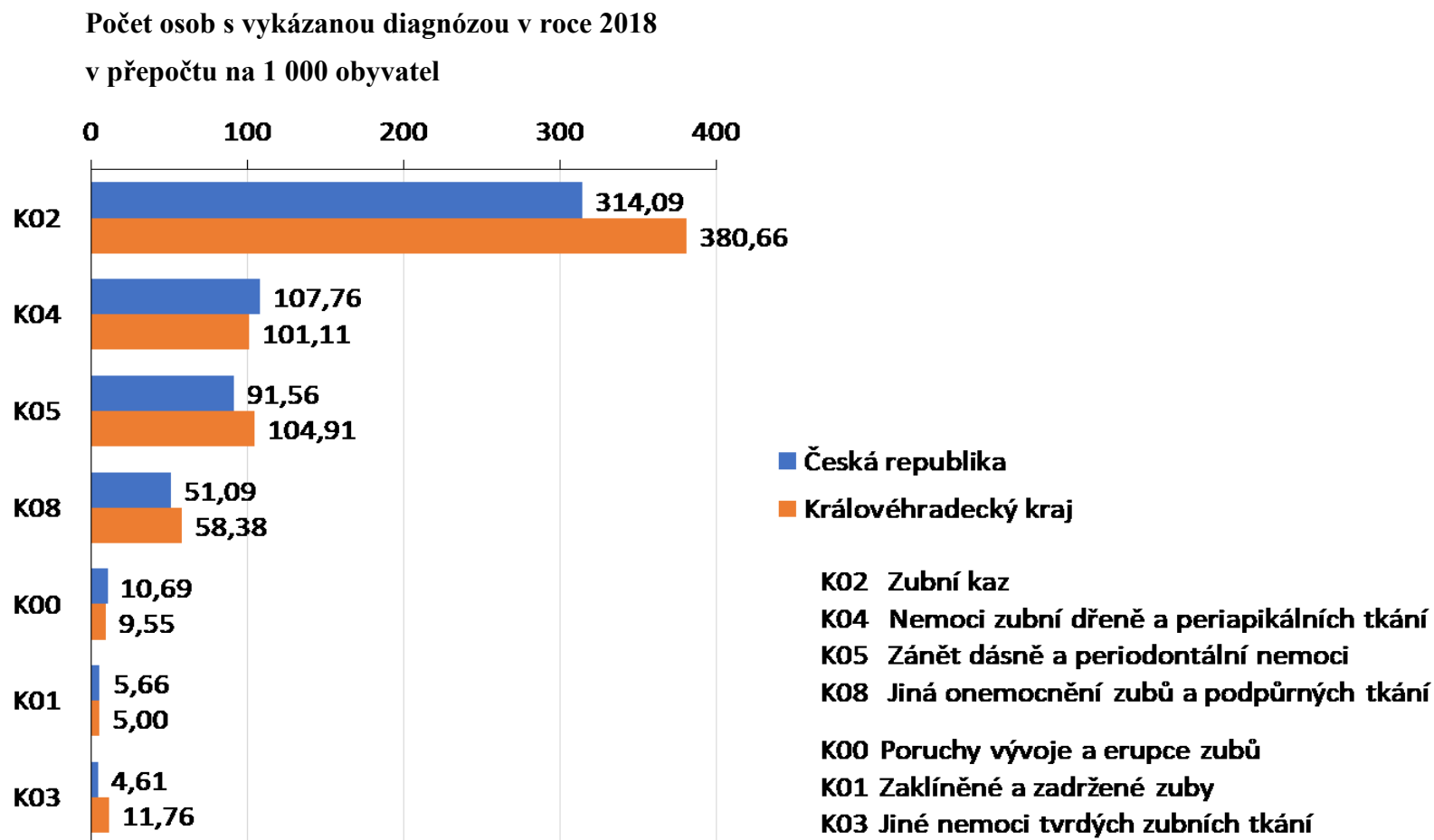
## Obr. 5.40 Počty ambulantních návštěv u stomatologů, ČR a stav v HKK

Zdroj: NRHZS, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro HKK provedena v rámci přípravy strategického rámce *Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 02B-60. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



## Obr. 5.41 Onemocnění chrupu, r. 2018

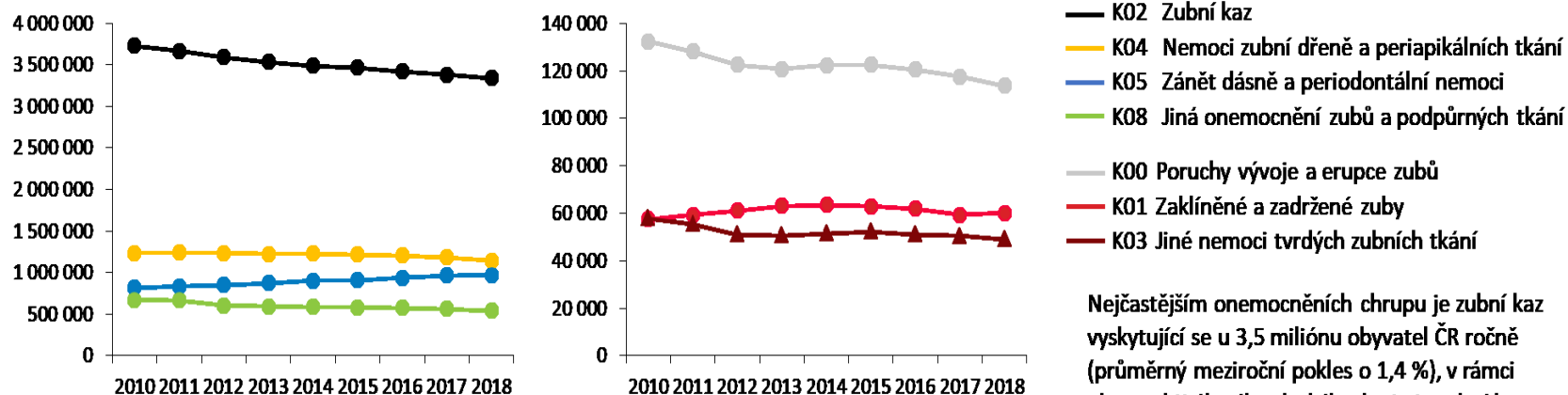
Zdroj: NRHZS 2018, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 02A-137. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



## Obr. 5.42 Onemocnění chrupu v ČR a v KHK, r. 2010-2018

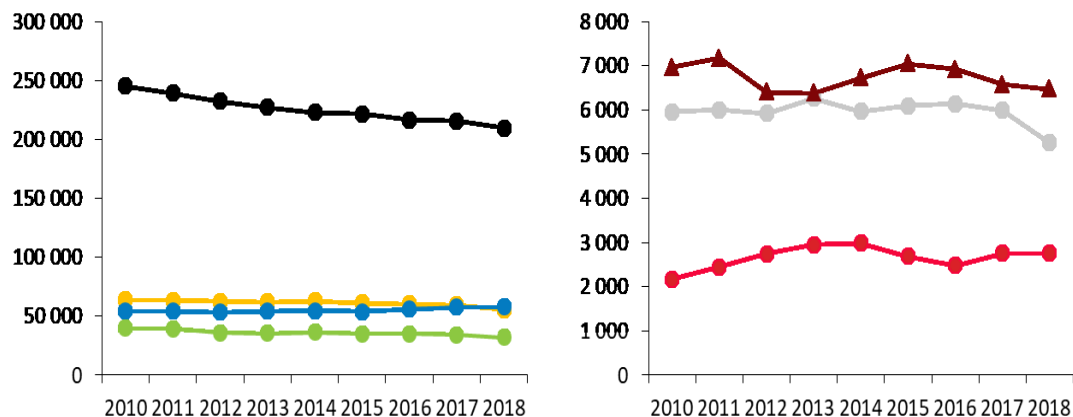
Zdroj: NRHZS 2018, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 02A-136. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)

### Počet osob s vykázanou diagnózou v daném roce v ČR:



Nejčastějším onemocněním chrupu je zubní kaz vyskytující se u 3,5 miliónu obyvatel ČR ročně (průměrný meziroční pokles o 1,4 %), v rámci obyvatel Královéhradeckého kraje je zubní kaz ročně zachycen u cca 210 tisíc obyvatel. Počet osob s evidovaným zubním kazem se napříč regiony výrazně liší, nicméně existuje silná pozitivní korelace mezi počtem osob docházejících na preventivní zubní prohlídku a počtem osob se zubním kazem v daném kraji/okrese, tj. čím více zubních prohlídek, tím více odhalených zubních kazů.

### Počet osob s vykázanou diagnózou v daném roce s bydlištěm v Královéhradeckém kraji:



Více než 50 tisíc případů ročně v Královéhradeckém kraji dosahují také diagnózy jako onemocnění zubní dřene, zánět dásně a periodontitida.

## Obr. 5.43 Počty kontaktů ambulantních pacientů v KHK podle odbornosti – 1. část

Zdroj: citováno dle Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-22, 23, 24. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)

Odbornost	Počet kontaktů v ambulancích nemocnic KHK	Počet kontaktů v ambulantních zařízeních KHK	Podíl ambulancí nemocnic HKK	Odbornost	Počet kontaktů v KHK celkem	Podíl ambulancí nemocnic HKK
001 všeobecné praktické lékařství	11 861	1 008 468	1,20%	003 lékařská pohotovostní služba	50 650	100,00%
002 PL pro děti a dorost	0	263 337	0,00%	222 transfúzní lékařství	48 189	100,00%
003 lékařská pohotovostní služba	50 650	0	100,00%	813 lab. alergologická a imunologická	38 327	100,00%
004 zvláštní ambulantní péče	0	126	0,00%	807 patologická anatomie	33 634	100,00%
006 klinická farmacie	123	0	100,00%	503 úrazová chirurgie (traumatologie)	32 065	100,00%
007 koroner	0	10 355	0,00%	815 laboratoř nukleární medicíny	21 480	100,00%
014 klinická stomatologie	26 896	841 679	3,10%	820 lab. screeningu (ca děložního hrdla)	19 015	100,00%
015 ortodontie	2 848	40 485	6,60%	506 neurochirurgie	9 036	100,00%
019 stomatologická LSP	9 520	62	99,40%	407 nukleární medicína	8 748	100,00%
101 vnitřní lékařství - interna	111 926	122 485	47,70%	607 ortopedická protetika	7 681	100,00%
102 angiologie	8 212	1 158	87,60%	703 audiologie	5 298	100,00%
103 diabetologie	21 760	98 864	18,00%	405 dětská dermatologie	4 648	100,00%
104 endokrinologie	23 259	26 669	46,60%	308 návykové nemoci	3 078	100,00%
105 gastroenterologie	35 285	20 548	63,20%	505 kardiochirurgie	2 938	100,00%
106 geriatric	1 373	0	100,00%	881 ambulance klinické biochemie	1 983	100,00%
107 kardiologie	30 867	69 346	30,80%	206 klinická farmakologie	1 835	100,00%
108 nefrologie	11 287	1 605	87,60%	707 dětská urologie	1 748	100,00%
109 revmatologie	12 336	35 907	25,60%	304 neonatologie	1 728	100,00%
110 klinická osteologie	266	0	100,00%	401 pracovní lékařství	1 597	100,00%
128 hemodialýza	5 091	766	86,90%	917 ergoterapeut	1 452	100,00%
201 rehabilitační a fyzikální medicína	21 522	72 609	22,90%	106 geriatric	1 373	100,00%
202 hematologie	77 636	1 874	97,60%	507 hrudní chirurgie	796	100,00%
203 infekční lékařství	16 887	1 033	94,20%	808 soudní lékařství	794	100,00%
204 tělovýchovné lékařství	332	0	100,00%	916 nutriční terapeut	758	100,00%
205 pneumologie a ftizeologie	39 471	24 556	61,60%	204 tělovýchovné lékařství	332	100,00%
206 klinická farmakologie	1 835	0	100,00%	110 klinická osteologie	266	100,00%
207 alergologie a klinická imunologie	15 901	101 817	13,50%	006 klinická farmacie	123	100,00%
208 lékařská genetika	4 940	208	96,00%	817 laboratoř klinické cytologie	77	100,00%

## Obr. 5.43 Počty kontaktů ambulantních pacientů v KHK podle odbornosti – 2. část

Zdroj: citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-22, 23, 24. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)

209 neurologie	61 937	81 582	43,20%	019 stomatologická LSPP	9 582	99,40%
222 transfúzní lékařství	48 189	0	100,00%	502 dětská chirurgie	18 452	98,60%
301 pediatrie	28 926	3 740	88,60%	202 hematologie	79 510	97,60%
302 dětská kardiologie	2 077	2 635	44,10%	403 radiační onkologie	46 251	96,80%
304 neonatologie	1 728	0	100,00%	208 lékařská genetika	5 148	96,00%
305 psychiatrie	17 689	100 566	15,00%	816 laboratoř lékařské genetiky	3 029	94,40%
306 dětská a dorostová psychiatrie	2 648	6 375	29,30%	203 infekční lékařství	17 920	94,20%
308 návykové nemoci	3 078	0	100,00%	601 plastická chirurgie	27 542	92,10%
309 sexuologie	0	3 701	0,00%	801 klinická biochemie	819 564	91,50%
401 pracovní lékařství	1 597	0	100,00%	818 laboratoř hematologická	291 661	91,00%
402 klinická onkologie	56 691	7 915	87,70%	301 pediatrie	32 666	88,60%
403 radiační onkologie	44 781	1 470	96,80%	402 klinická onkologie	64 606	87,70%
404 dermatovenerologie	33 807	118 915	22,10%	108 nefrologie	12 892	87,60%
405 dětská dermatologie	4 648	0	100,00%	102 angiologie	9 370	87,60%
407 nukleární medicína	8 748	0	100,00%	128 hemodialýza	5 857	86,90%
409 dětská neurologie	3 690	6 484	36,30%	604 dětská gynekologie	189	83,10%
501 chirurgie	129 844	138 147	48,50%	613 asistovaná reprodukce	800	82,50%
502 dětská chirurgie	18 200	252	98,60%	802 lékařská mikrobiologie	299 334	77,90%
503 úrazová chirurgie (traumatologie)	32 065	0	100,00%	708 anesteziol. a intenzivní medicína	15 846	67,60%
504 cévní chirurgie	3 792	14 050	21,30%	704 dětská otorinolaryngologie	2 430	65,00%
505 kardiochirurgie	2 938	0	100,00%	105 gastroenterologie	55 833	63,20%
506 neurochirurgie	9 036	0	100,00%	810 magnetická rezonance a CT	12 329	62,40%
507 hrudní chirurgie	796	0	100,00%	205 pneumologie a ftizeologie	64 027	61,60%
5J1 jednodenní péče na lůžku chirurgie	0	101	0,00%	809 radiologie a zobrazovací metody	443 862	55,60%
601 plastická chirurgie	25 358	2 184	92,10%	706 urologie	111 396	51,40%
603 gynekologie a porodnictví	82 001	359 828	18,60%	501 chirurgie	267 991	48,50%
604 dětská gynekologie	157	32	83,10%	101 vnitřní lékařství - interna	234 411	47,70%
606 ortopedie	67 981	105 160	39,30%	104 endokrinologie	49 928	46,60%
607 ortopedická protetika	7 681	0	100,00%	302 dětská kardiologie	4 712	44,10%
613 asistovaná reprodukce	660	140	82,50%	209 neurologie	143 519	43,20%
6J6 JP ortopedie	39	367	9,60%	701 otorinolaryngologie	112 269	41,30%
701 otorinolaryngologie	46 404	65 865	41,30%	806 mamografický screening	40 808	40,80%
702 foniatrie	3 023	7 076	29,90%	606 ortopedie	173 141	39,30%
703 audiologie	5 298	0	100,00%	409 dětská neurologie	10 174	36,30%

## Obr. 5.43 Počty kontaktů ambulantních pacientů v KHK podle odbornosti – 3. část

Zdroj: citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-22, 23, 24. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)

704 dětská otorinolaryngologie	1 579	851	65,00%	107 kardiologie	100 213	30,80%
705 oftalmologie	42 065	248 282	14,50%	702 foniatrie	10 099	29,90%
706 urologie	57 237	54 159	51,40%	306 dětská a dorostová psychiatrie	9 023	29,30%
707 dětská urologie	1 748	0	100,00%	902 fyzioterapeut	232 758	28,50%
708 anesteziol. a intenzivní medicína	10 712	5 134	67,60%	109 revmatologie	48 243	25,60%
710 algeziologie - léčba bolesti	0	4 887	0,00%	201 rehabilitační a fyzikální medicína	94 131	22,90%
780 hyperbarická a letecká medicína	0	734	0,00%	404 dermatovenerologie	152 722	22,10%
801 klinická biochemie	749 993	69 571	91,50%	504 cévní chirurgie	17 842	21,30%
802 lékařská mikrobiologie	233 226	66 108	77,90%	603 gynekologie a porodnictví	441 829	18,60%
806 mamografický screening	16 644	24 164	40,80%	103 diabetologie	120 624	18,00%
807 patologická anatomie	33 634	0	100,00%	901 klinická psychologie	13 083	17,00%
808 soudní lékařství	794	0	100,00%	305 psychiatrie	118 255	15,00%
809 radiologie a zobrazovací metody	246 635	197 227	55,60%	705 oftalmologie	290 347	14,50%
810 magnetická rezonance a CT	7 699	4 630	62,40%	207 alergologie a klinická imunologie	117 718	13,50%
813 lab. alergologická a imunologická	38 327	0	100,00%	903 klinická logopedie	46 399	12,20%
815 laboratoř nukleární medicíny	21 480	0	100,00%	6J6 JP ortopedie	406	9,60%
816 laboratoř lékařské genetiky	2 858	171	94,40%	015 ortodontie	43 333	6,60%
817 laboratoř klinické cytologie	77	0	100,00%	014 klinická stomatologie	868 575	3,10%
818 laboratoř hematologická	265 512	26 149	91,00%	001 všeobecné praktické lékařství	1 020 329	1,20%
820 lab. screeningu (ca děložního hrdla)	19 015	0	100,00%	913 všeob. sestra v sociálních službách	33 485	0,10%
881 ambulance klinické biochemie	1 983	0	100,00%	002 PL pro děti a dorost	263 337	0,00%
901 klinická psychologie	2 219	10 864	17,00%	925 sestra domácí zdravotní péče	56 144	0,00%
902 fyzioterapeut	66 278	166 480	28,50%	007 koroner	10 355	0,00%
903 klinická logopedie	5 644	40 755	12,20%	710 algeziologie - léčba bolesti	4 887	0,00%
913 všeob. sestra v sociálních službách	18	33 467	0,10%	309 sexuologie	3 701	0,00%
916 nutriční terapeut	758	0	100,00%	927 ortoptista	3 178	0,00%
917 ergoterapeut	1 452	0	100,00%	780 hyperbarická a letecká medicína	734	0,00%
919 adiktologie	0	477	0,00%	919 adiktologie	477	0,00%
921 porodní asistentka	0	297	0,00%	921 porodní asistentka	297	0,00%
925 sestra domácí zdravotní péče	0	56 144	0,00%	926 domácí paliativní péče	129	0,00%
926 domácí paliativní péče	0	129	0,00%	004 zvláštní ambulantní péče	126	0,00%
927 ortoptista	0	3 178	0,00%	5J1 jednodenní péče na lůžku chirurgie	101	0,00%
<b>celkem</b>	<b>3 125 178</b>	<b>4 784 400</b>	<b>39,51%</b>			

## Obr. 5.44 Počty kontaktů ambulantních pacientů v KHK, vybrané odbornosti I.

Zdroj: citováno dle Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-22, 23, 24. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

Primární péče	Počet kontaktů v ambulantních nemocnic KHK	Počet kontaktů v ambulantních zařízeních KHK	Počet kontaktů v KHK celkem	Podíl ambulantní nemocnic HKK
001 všeobecné praktické lékařství	11 861	1 008 468	1 020 329	1,20%
002 PL pro děti a dorost	0	263 337	263 337	0,00%
014 klinická stomatologie	26 896	841 679	868 575	3,10%
603 gynekologie a porodnictví	82 001	359 828	441 829	18,60%
<b>skupina výkonů celkem</b>	<b>120 758</b>	<b>2 473 312</b>	<b>2 594 070</b>	<b>4,66%</b>
<b>Pohotovostní služby</b>				
003 lékařská pohotovostní služba	50 650	0	50 650	100,00%
019 stomatologická LSPP	9 520	62	9 582	99,40%
<b>skupina výkonů celkem</b>	<b>60 170</b>	<b>62</b>	<b>60 232</b>	<b>99,90%</b>
<b>Komplement</b>				
806 mamografický screening	16 644	24 164	40 808	40,80%
807 patologická anatomie	33 634	0	33 634	100,00%
808 soudní lékařství	794	0	794	100,00%
809 radiologie a zobrazovací metody	246 635	197 227	443 862	55,60%
810 magnetická rezonance a CT	7 699	4 630	12 329	62,40%
813 lab. alergologická a imunologická	38 327	0	38 327	100,00%
815 laboratoř nukleární medicíny	21 480	0	21 480	100,00%
816 laboratoř lékařské genetiky	2 858	171	3 029	94,40%
817 laboratoř klinické cytologie	77	0	77	100,00%
818 laboratoř hematologická	265 512	26 149	291 661	91,00%
801 klinická biochemie	749 993	69 571	819 564	91,50%
802 lékařská mikrobiologie	233 226	66 108	299 334	77,90%
820 lab. screeningu (ca děložního hrdla)	19 015	0	19 015	100,00%
<b>skupina výkonů celkem</b>	<b>1 635 894</b>	<b>388 020</b>	<b>2 023 914</b>	<b>80,83%</b>
<b>Nelékařské profese</b>				
006 klinická farmacie	123	0	123	100,00%
901 klinická psychologie	2 219	10 864	13 083	17,00%
902 fyzioterapeut	66 278	166 480	232 758	28,50%
903 klinická logopedie	5 644	40 755	46 399	12,20%
913 všeob. sestra v sociálních službách	18	33 467	33 485	0,10%
916 nutriční terapeut	758	0	758	100,00%
917 ergoterapeut	1 452	0	1 452	100,00%
919 adiktologie	0	477	477	0,00%
921 porodní asistentka	0	297	297	0,00%
925 sestra domácí zdravotní péče	0	56 144	56 144	0,00%
926 domácí paliativní péče	0	129	129	0,00%
927 ortoptista	0	3 178	3 178	0,00%
<b>skupina výkonů celkem</b>	<b>76 492</b>	<b>311 791</b>	<b>388 283</b>	<b>19,70%</b>



## Obr. 5.45 Počty kontaktů ambulantních pacientů v KHK, vybrané odbornosti II. – 1. část

Zdroj: citováno dle Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-22, 23, 24. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)

Všechny lékařské specializované odbornosti bez bez PLD, PLDD, prakt.stomatologie, prakt. gynekologie, pohotovost.služeb, nelék.profesí a komplementu	Počet kontaktů v ambulancích nemocnic KHK	Počet kontaktů v ambulantních zařízeních KHK	Počet kontaktů v KHK celkem	Podíl ambulancí nemocnic HKK
004 zvláštní ambulantní péče	0	126	126	0,00%
007 koroner	0	10 355	10 355	0,00%
015 ortodontie	2 848	40 485	43 333	6,60%
101 vnitřní lékařství - interna	111 926	122 485	234 411	47,70%
102 angiologie	8 212	1 158	9 370	87,60%
103 diabetologie	21 760	98 864	120 624	18,00%
104 endokrinologie	23 259	26 669	49 928	46,60%
105 gastroenterologie	35 285	20 548	55 833	63,20%
106 geriatric	1 373	0	1 373	100,00%
107 kardiologie	30 867	69 346	100 213	30,80%
108 nefrologie	11 287	1 605	12 892	87,60%
109 revmatologie	12 336	35 907	48 243	25,60%
110 klinická osteologie	266	0	266	100,00%
128 hemodialýza	5 091	766	5 857	86,90%
201 rehabilitační a fyzikální medicína	21 522	72 609	94 131	22,90%
202 hematologie	77 636	1 874	79 510	97,60%
203 infekční lékařství	16 887	1 033	17 920	94,20%
204 tělovýchovné lékařství	332	0	332	100,00%
205 pneumologie a ftizeologie	39 471	24 556	64 027	61,60%
206 klinická farmakologie	1 835	0	1 835	100,00%
207 alergologie a klinická imunologie	15 901	101 817	117 718	13,50%
208 lékařská genetika	4 940	208	5 148	96,00%
209 neurologie	61 937	81 582	143 519	43,20%
222 transfúzní lékařství	48 189	0	48 189	100,00%
301 pediatrie	28 926	3 740	32 666	88,60%
302 dětská kardiologie	2 077	2 635	4 712	44,10%
304 neonatologie	1 728	0	1 728	100,00%
305 psychiatrie	17 689	100 566	118 255	15,00%
306 dětská a dorostová psychiatrie	2 648	6 375	9 023	29,30%
308 návykové nemoci	3 078	0	3 078	100,00%

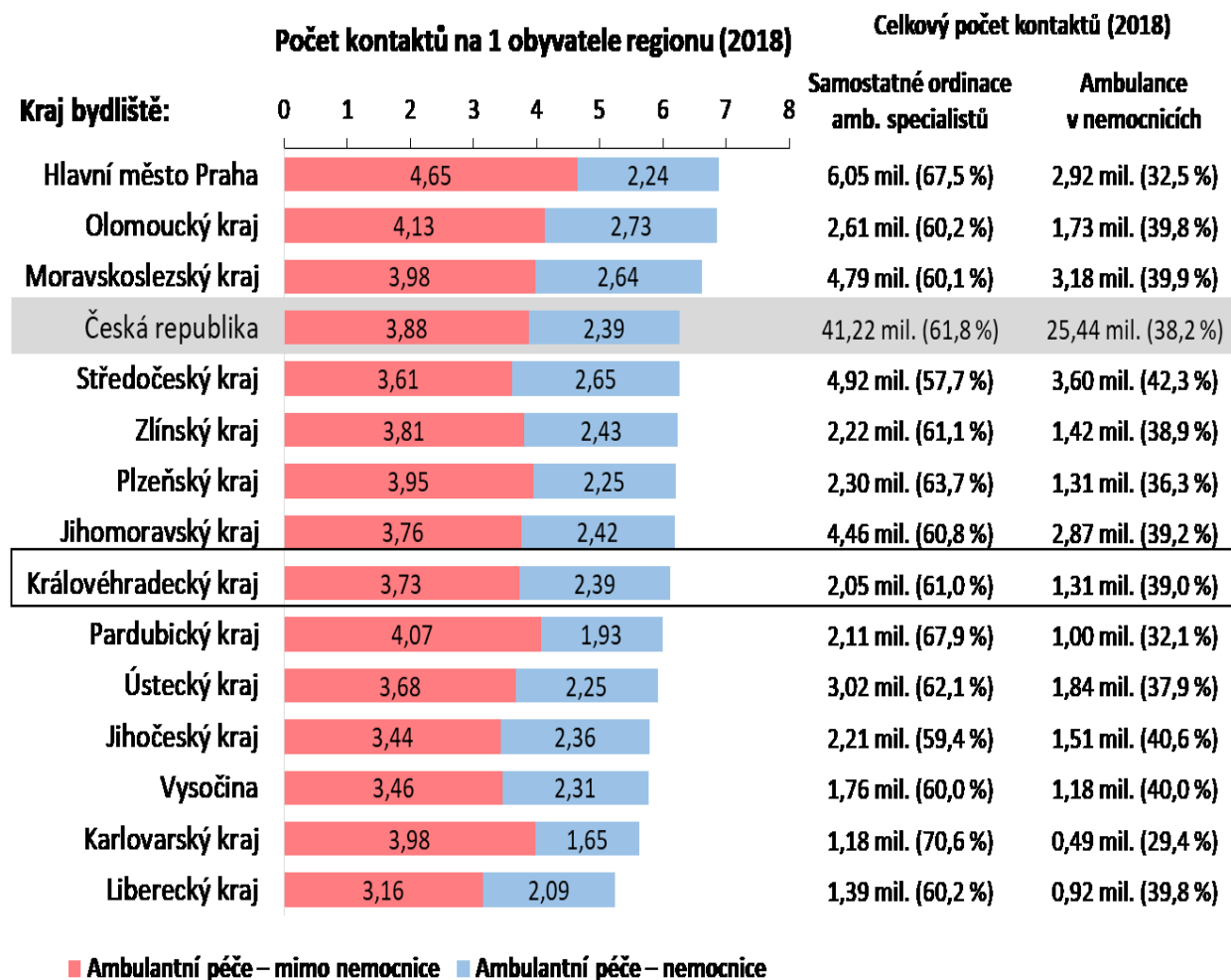
## Obr. 5.45 Počty kontaktů ambulantních pacientů v KHK, vybrané odbornosti II. – 2. část

Zdroj: citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-22, 23, 24. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)

309 sexuologie	0	3 701	3 701	0,00%
401 pracovní lékařství	1 597	0	1 597	100,00%
402 klinická onkologie	56 691	7 915	64 606	87,70%
403 radiační onkologie	44 781	1 470	46 251	96,80%
404 dermatovenerologie	33 807	118 915	152 722	22,10%
405 dětská dermatologie	4 648	0	4 648	100,00%
407 nukleární medicína	8 748	0	8 748	100,00%
409 dětská neurologie	3 690	6 484	10 174	36,30%
501 chirurgie	129 844	138 147	267 991	48,50%
502 dětská chirurgie	18 200	252	18 452	98,60%
503 úrazová chirurgie (traumatologie)	32 065	0	32 065	100,00%
504 cévní chirurgie	3 792	14 050	17 842	21,30%
505 kardiochirurgie	2 938	0	2 938	100,00%
506 neurochirurgie	9 036	0	9 036	100,00%
507 hrudní chirurgie	796	0	796	100,00%
5J1 jednodenní péče na lůžku chirurgie	0	101	101	0,00%
601 plastická chirurgie	25 358	2 184	27 542	92,10%
604 dětská gynekologie	157	32	189	83,10%
606 ortopedie	67 981	105 160	173 141	39,30%
607 ortopedická protetika	7 681	0	7 681	100,00%
613 asistovaná reprodukce	660	140	800	82,50%
6J6 JP ortopedie	39	367	406	9,60%
701 otorinolaryngologie	46 404	65 865	112 269	41,30%
702 foniatrie	3 023	7 076	10 099	29,90%
703 audiologie	5 298	0	5 298	100,00%
704 dětská otorinolaryngologie	1 579	851	2 430	65,00%
705 oftalmologie	42 065	248 282	290 347	14,50%
706 urologie	57 237	54 159	111 396	51,40%
707 dětská urologie	1 748	0	1 748	100,00%
708 anesteziol. a intenzivní medicína	10 712	5 134	15 846	67,60%
710 algeziologie - léčba bolesti	0	4 887	4 887	0,00%
780 hyperbarická a letecká medicína	0	734	734	0,00%
881 ambulance klinické biochemie	1 983	0	1 983	100,00%
<b>skupina výkonů celkem</b>	<b>1 231 864</b>	<b>1 611 215</b>	<b>2 843 079</b>	<b>43,33%</b>

## Obr. 5.46 Objem ambulantních služeb v krajích u specialistů v terénu (bez PL) a v nemocnicích

Zdroj: citováno dle Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 02B-56. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



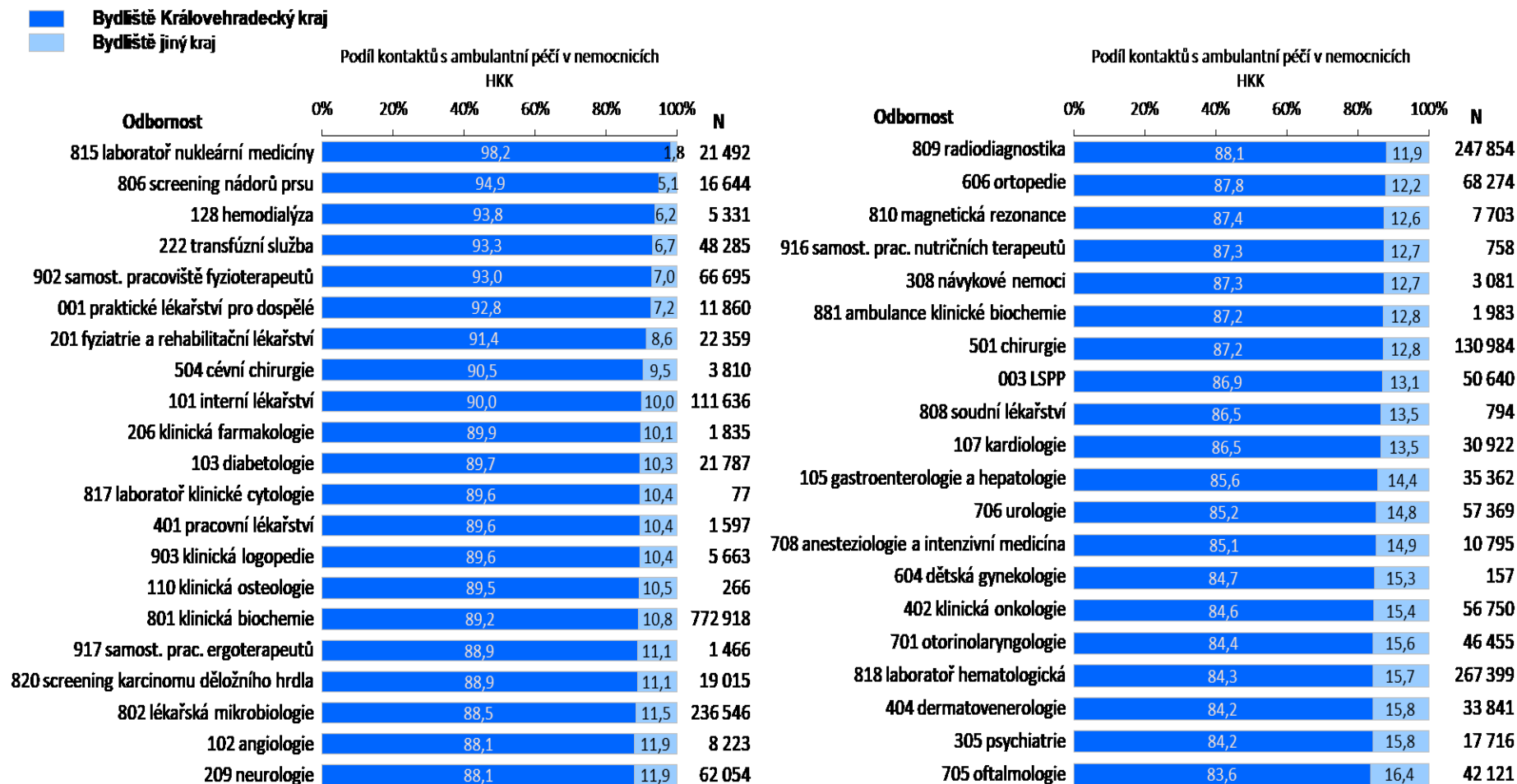
Na 1 obyvatele ČR v průměru připadá 6,3 kontaktů s ambulantním specialistou ročně; z toho 2,4 kontaktů probíhá v ambulancích, které jsou součástí nemocnic, 3,9 kontaktů probíhá v samostatných ordinacích ambulantních specialistů.

Za kontakt s ambulantním specialistou je považován každý doklad 01 (Vyúčtování výkonů v ambulantní péči) a doklad 06 (Poukaz na vyšetření / ošetření), který není součástí vyžádané péče za hospitalizačního pobytu a který byl zároveň vykázan některou z níže uvedených odborností ambulantních specialistů.

015 ortodontie, 101 vnitřní lékařství, 102 angologie, 103 diabetologie, 104 endokrinologie, 105 gastroenterologie, 106 geriatry, 107 kardiologie, 108 nefrologie, 109 revmatologie, 128 hemodialýza, 201 rehabilitační a fyzikální medicína, 202 hematologie, 203 infekční lékařství, 204 tělovýchovné lékařství, 205 pneumologie a ftizeologie, 206 klinická farmakologie, 207 alergologie a klinická imunologie, 208 lékařská genetika, 209 neurologie, 301 dětské lékařství, 302 dětská kardiologie, 304 neonatologie, 305 psychiatrie, 306 dětská a dorostová psychiatrie, 308 návykové nemoci, 309 sexuologie, 401 pracovní lékařství, 402 klinická onkologie, 403 radiační onkologie, 404 dermatovenerologie, 405 dětská dermatologie, 407 nukleární medicína, 409 dětská neurologie, 501 chirurgie, 502 dětská chirurgie, 503 úrazová chirurgie, 504 cévní chirurgie, 505 kardiokirurgie, 506 neurochirurgie, 507 hrudní chirurgie, 601 plastická chirurgie, 602 popáleninová medicína, 603 gynekologie a porodnictví, 604 dětská gynekologie, 605 orální a maxilofaciální chirurgie, 606 ortopedie, 607 ortopedická protetika, 613 asistovaná reprodukce, 701 otorinolaryngologie, 702 foniatrie, 704 dětská otorinolaryngologie, 705 oftalmologie, 706 urologie, 707 dětská urologie, 708 anesteziologie a intenzivní medicína, 710 algeziologie, 780 hyperbarická a letecká medicína, \_J\_ jednodenní péče, \_Z\_ zákrokové sálky

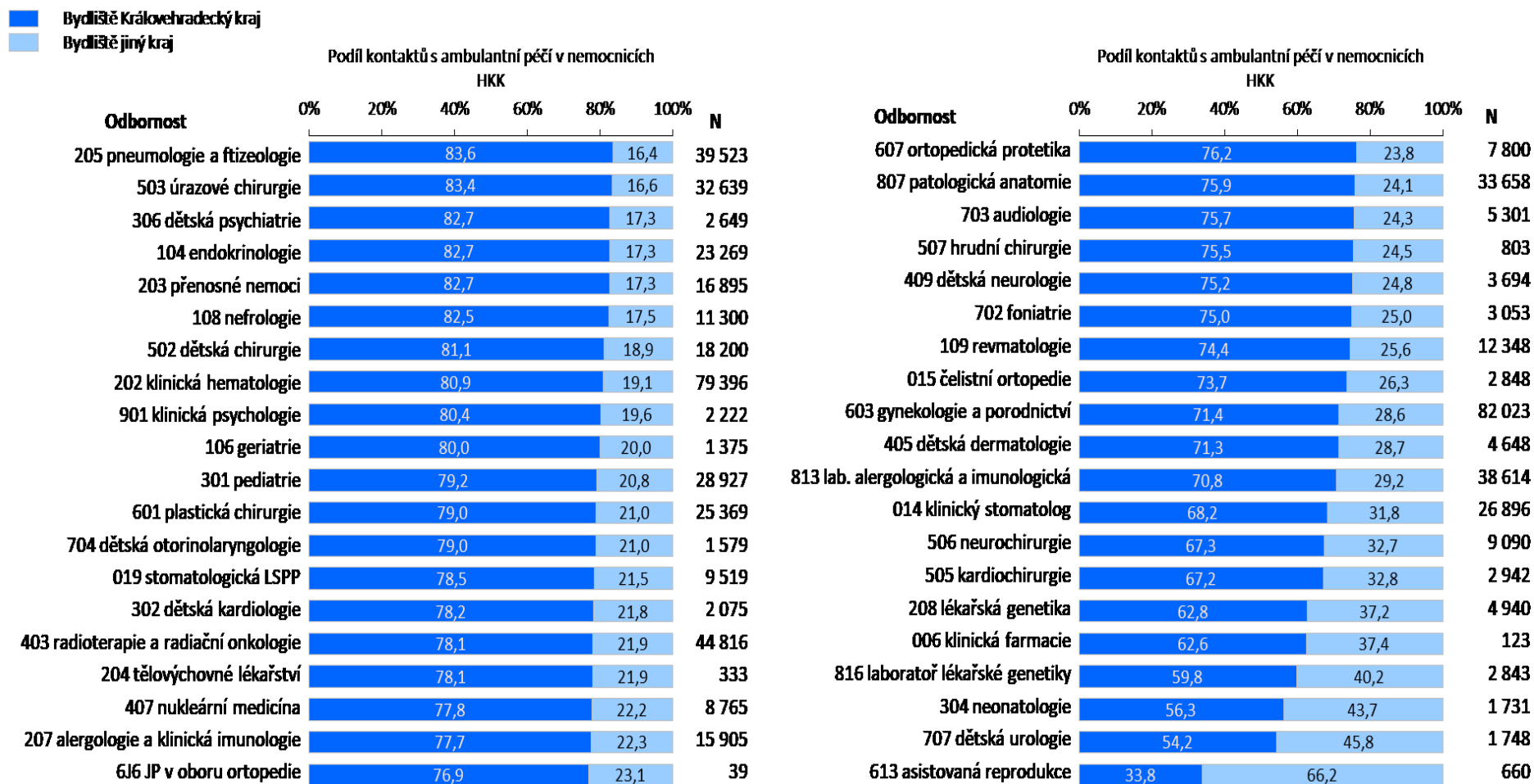
## Obr. 5.47 Migrace ambulantních pacientů za péči do KHK – 1. část

Zdroj: citováno dle Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 02C-37. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)



## Obr. 5.47 Migrace ambulantních pacientů za péči do KHK - 2. část

Zdroj: citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce *Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 02C-38. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)

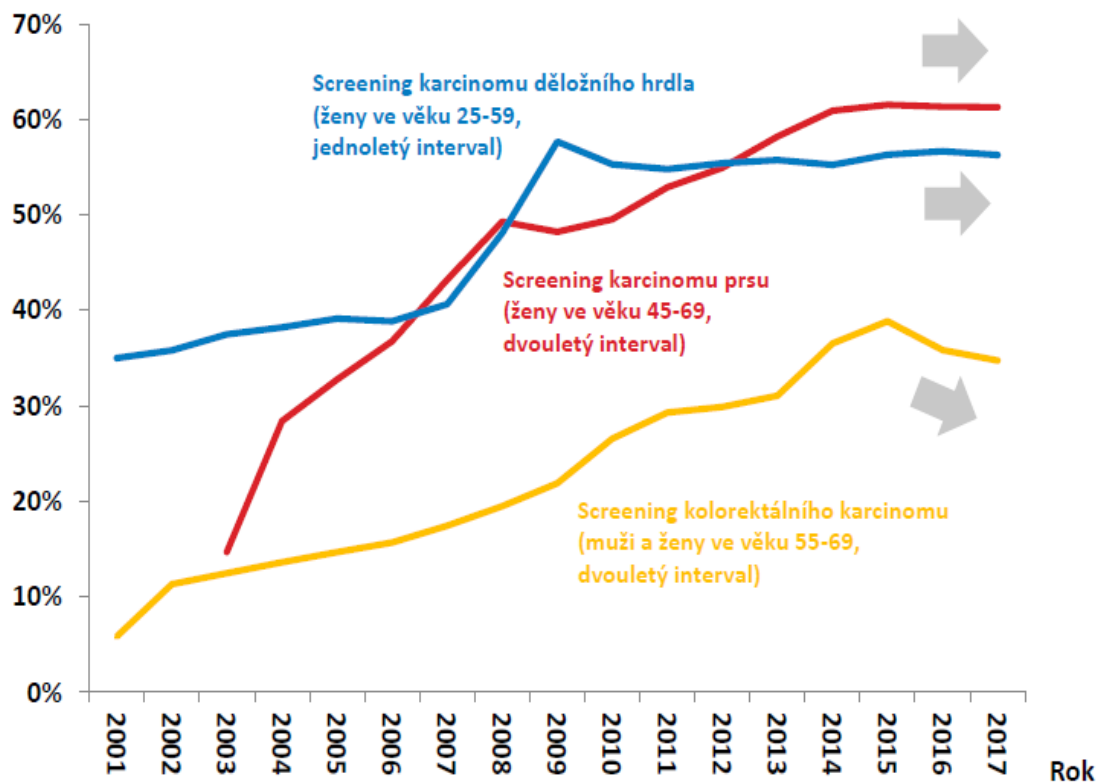


Obr. 5.48 (vypuštěn)

### Obr. 5.49 Přehled screeningových programů zhoubných nádorů v ČR

Zdroj: *Analytický podklad pro Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* - schválený dokument (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č. 817). Analytický podklad byl MZ ČR zveřejněn jako prezentace, datovaná 17.5.2019, s. 69. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17382/37700/Strategick%C3%BD%20r%C3%A1mec%20Zdrav%C3%AD%202030.pdf>

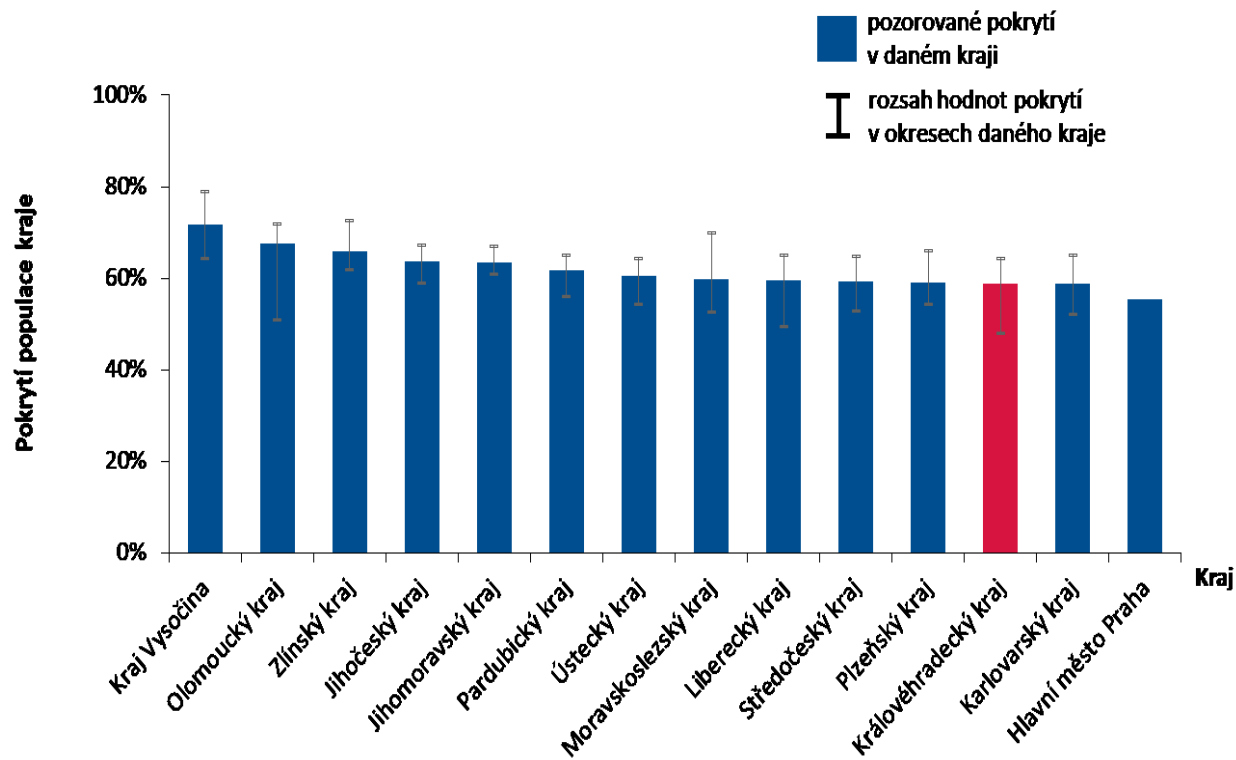
#### Pokrytí vyšetřením



V České republice jsou dlouhodobě ustaveny a plně funkční všechny tři onkologické screenings, 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.

## Obr. 5.50 Pokrytí cílové populace screeningem karcinomu prsu dle krajů

Zdroj: údaje zdravotních pojišťoven, ÚZIS ČR, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 04-26. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)

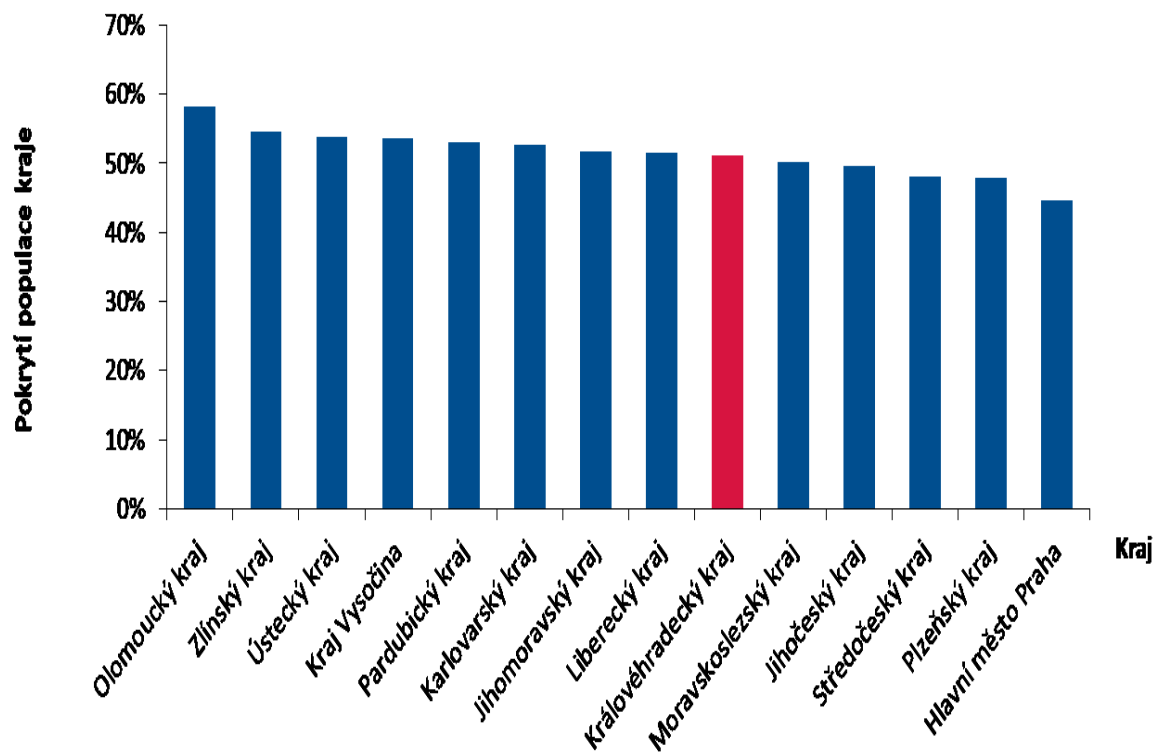


V roce 2017 dosahovalo pokrytí v ČR **61,3 %** (krajích lze sledovat rozmezí od 55,3 % do 71,8 %).

Ve srovnání krajů dosahuje Královéhradecký kraj nižší hodnoty pokrytí cílové populace (**58,9 %**).

## Obr. 5.51 Pokrytí cílové populace screeningem kolorektálního karcinomu dle krajů

Zdroj: údaje zdravotních pojišťoven, ÚZIS ČR, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 04-39. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



Při hodnocení pokrytí screeningem v tříletém intervalu a se zahrnutím souvisejících diagnostických vyšetření bylo celkové pokrytí cílové populace výrazně vyšší oproti standardně hodnocenému pokrytí screeningovým TOKS dle oficiálně definovaného screeningového intervalu.

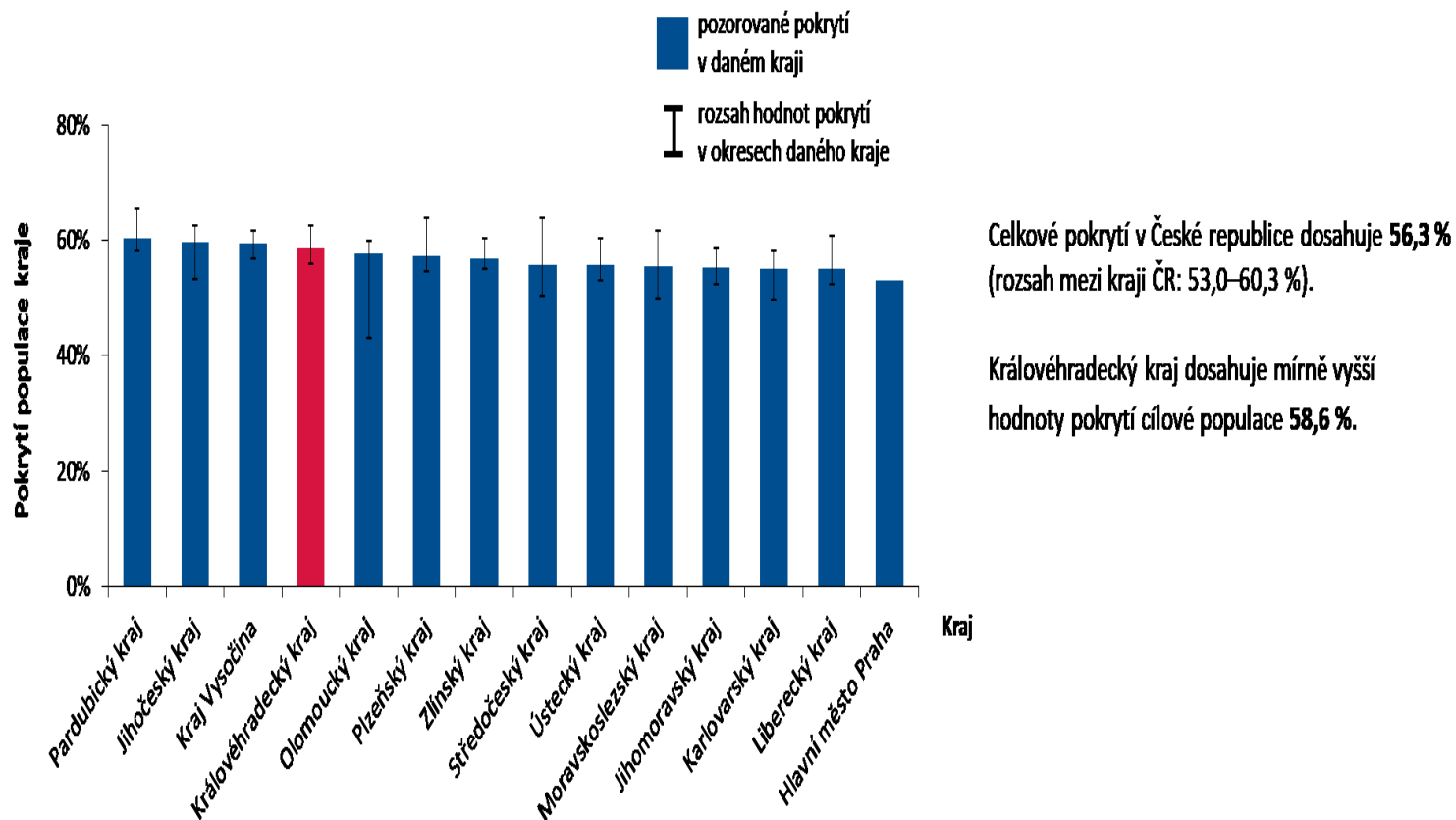
Celkové pokrytí cílové populace v ČR dosahovalo **50,9 %** v roce 2017. V krajích lze sledovat pokrytí v rozmezí od 44,6 % do 58,2 %.

Královéhradecký kraj dosahuje průměrného celkového pokrytí cílové populace **51,1 %**.



## Obr. 5.52 Pokrytí cílové populace screeningem karcinomu děložního hrdla dle krajů

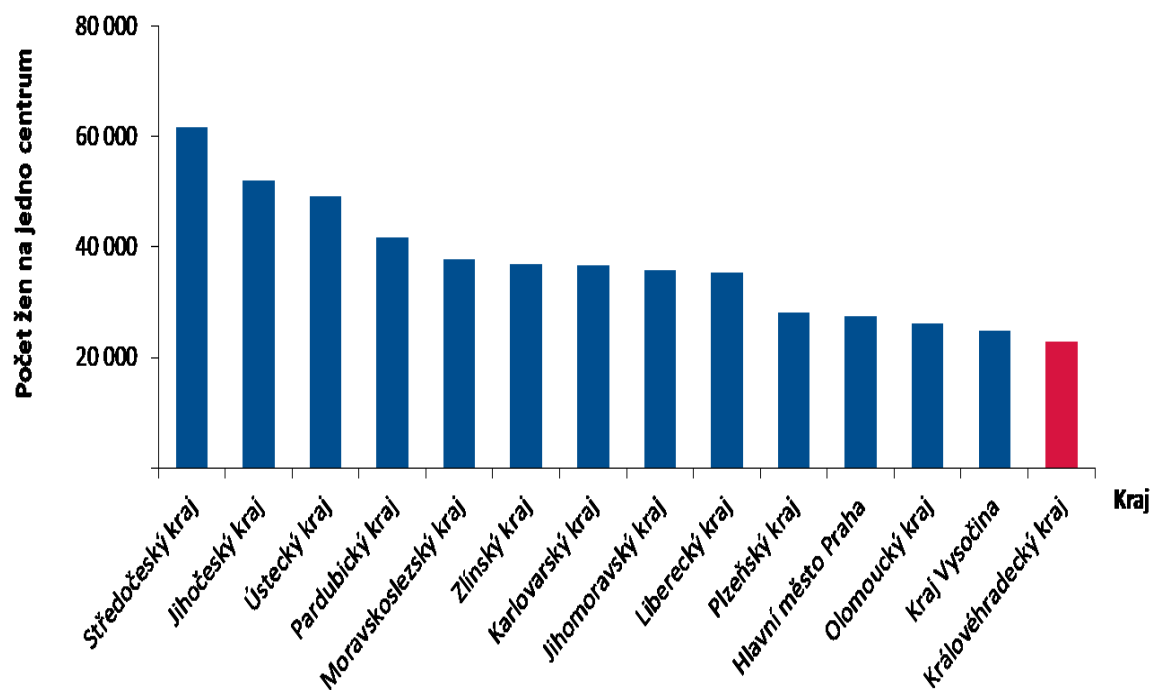
Zdroj: údaje zdravotních pojišťoven, ÚZIS ČR, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 04-48. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)





## Obr. 5.54 Počet žen z cílové populace screeningu karcinomu prsu na jedno centrum dle krajů

Zdroj: Český statistický úřad, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 04-24. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)



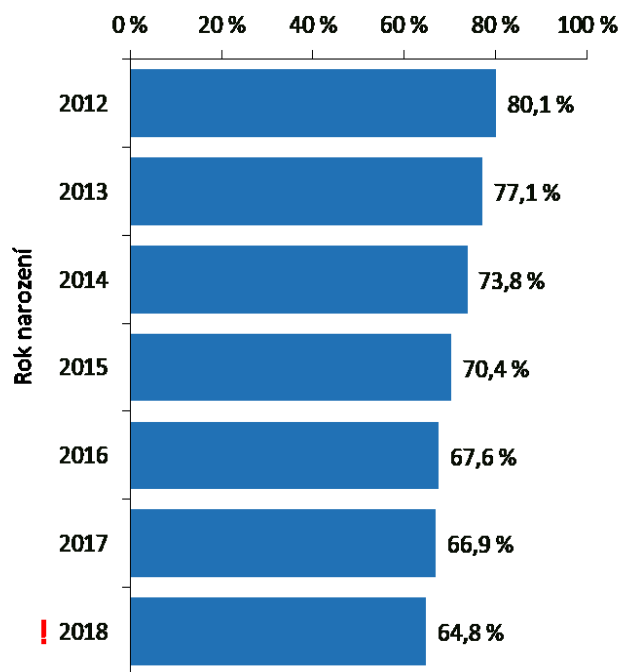
V rámci ČR připadá na jedno centrum 35 101 žen (rozsah mezi kraji 22 977–61 603).

Potenciální zátěž v Královéhradeckém kraji je v regionálním srovnání nejnižší a dosahuje 22 977 žen na centrum.

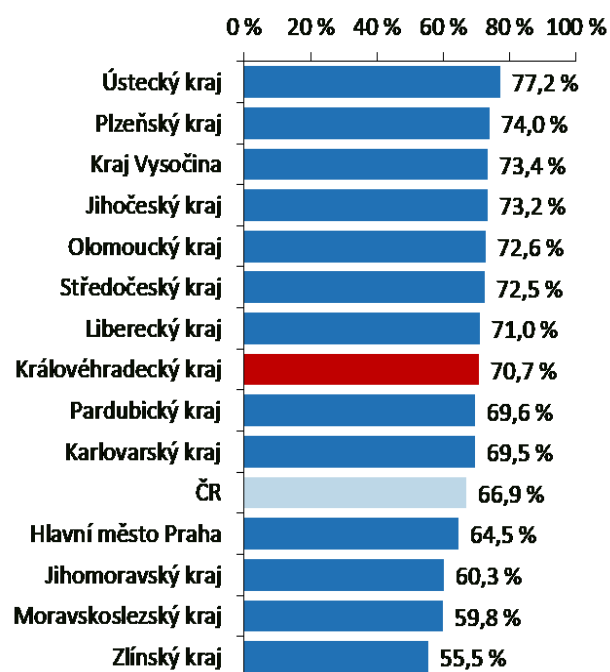
## Obr. 5.55 Sonda do pročkovánosti dětí (kojenci)

Zdroj: NRHZS, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce *Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 04-2. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

Podíl dětí narozených v daném roce očkováných alespoň jednou dávkou očkovací látky - ČR



Podíl dětí narozených v roce 2017 očkováných alespoň jednou dávkou očkovací látky

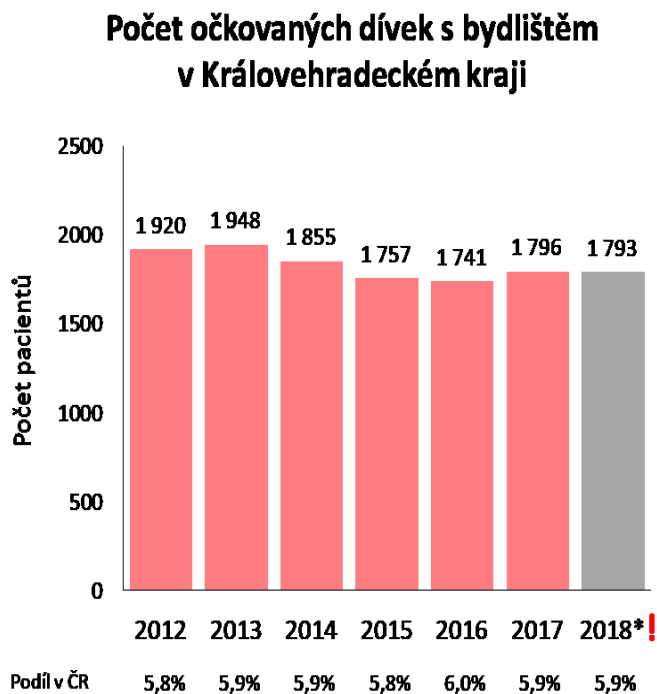


U dětí narozených v roce 2017 a je viditelná velká heterogenita v provedeném očkování alespoň jednou dávkou očkovací látky podle kraje bydliště. Nejvíce očkováných je v Ústeckém kraji, naopak nejméně ve Zlínském a v Moravskoslezském kraji. Královéhradecký kraj patří mezi regiony s mírně nadprůměrnou proočkováností. Pořadí krajů je za období posledních cca tří let víceméně neměnné.

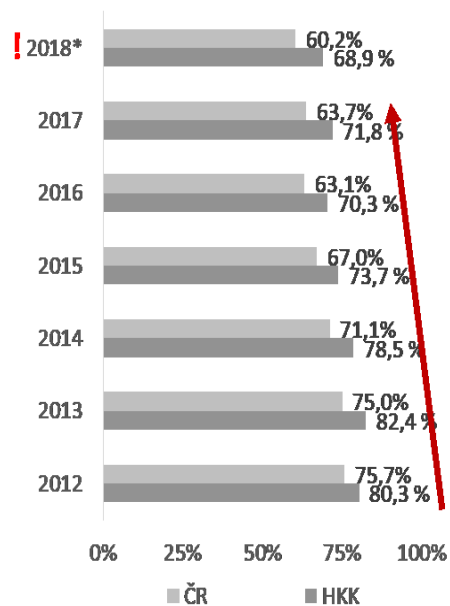
! Pozn.: Rok 2018 je domodelován, vzhledem k dostupnosti dat; hlášení za rok 2019 nejsou uzavřena, tj. děti narozené na konci roku 2018 v datech nelze sledovat po celých 7 měsících.

## Obr. 5.56 Sonda do pročkovanosti dětí (dívky proti HPV)

Zdroj: NRHZS, citováno dle Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 04-7. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



## Proočkovanost pro dívky s bydlištěm v HKK a v ČR



Pozn. Vztaheno k dívkám ve věku 13 let daného roku.

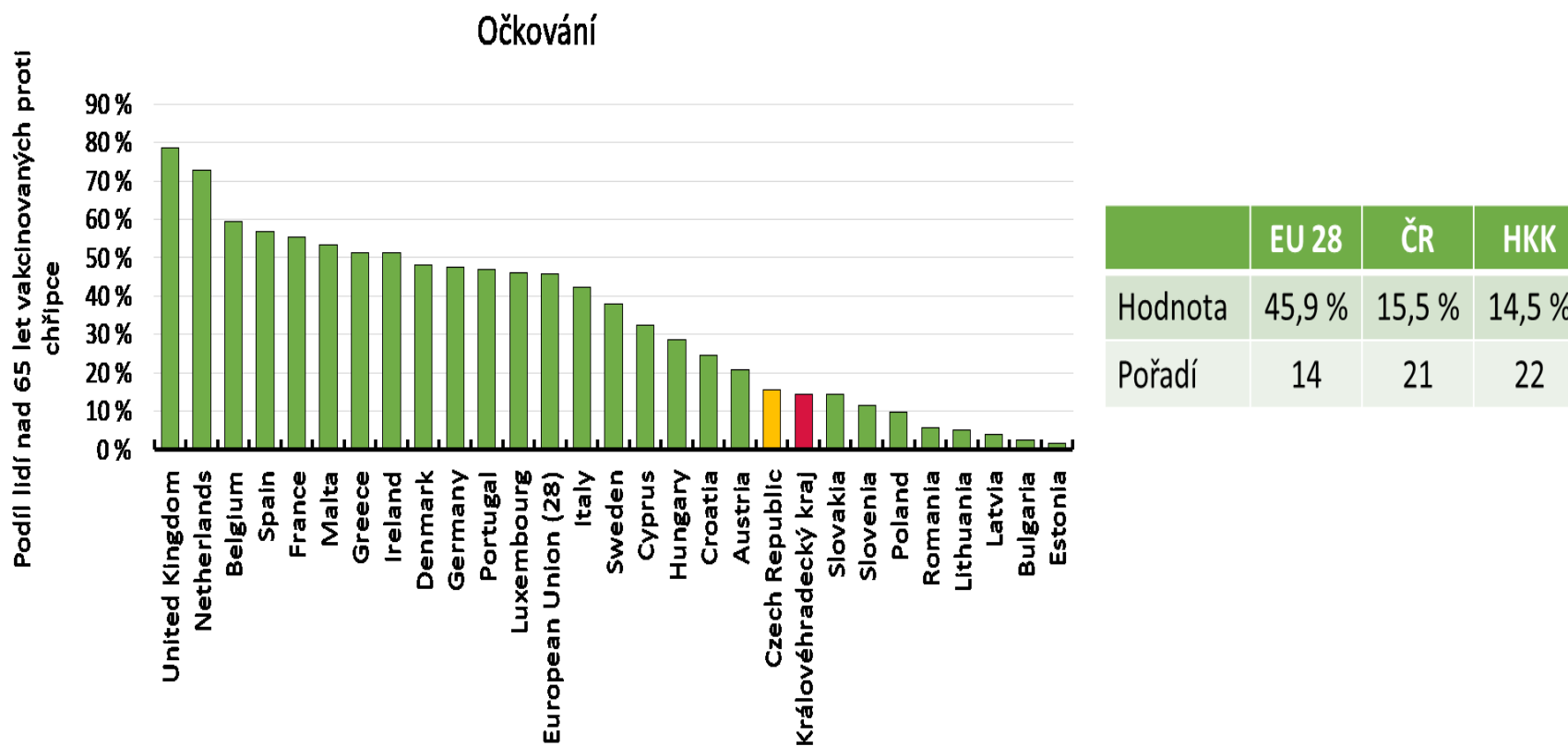
Hrazené očkování proti HPV je k dispozici pro dívky od třináctého roku věku do dovršení čtrnáctého roku. Proočkovanost proti papilomavirům od roku 2012 do roku 2017 významně klesá (z 76% na 64%). Klesající proočkovanost je významným zdravotním problémem a v oblasti očkování je v současnosti velký prostor pro zvyšování zdravotní gramotnosti obyvatelstva.

Proočkovanost proti papilomavirům v HKK od roku 2012 do roku 2017 významně klesá tempem odpovídajícím celé populaci ČR (z 80 % na 69 %).

\*Rok 2018 není uzavřen – dívky z dané kalendářní kohorty budou očkovány i v následujícím roce – jde o odhad pomocí konzervativní statistické predikce (po doplnění části dívek dané kohorty očkovaných v dalším kalendářním roce)

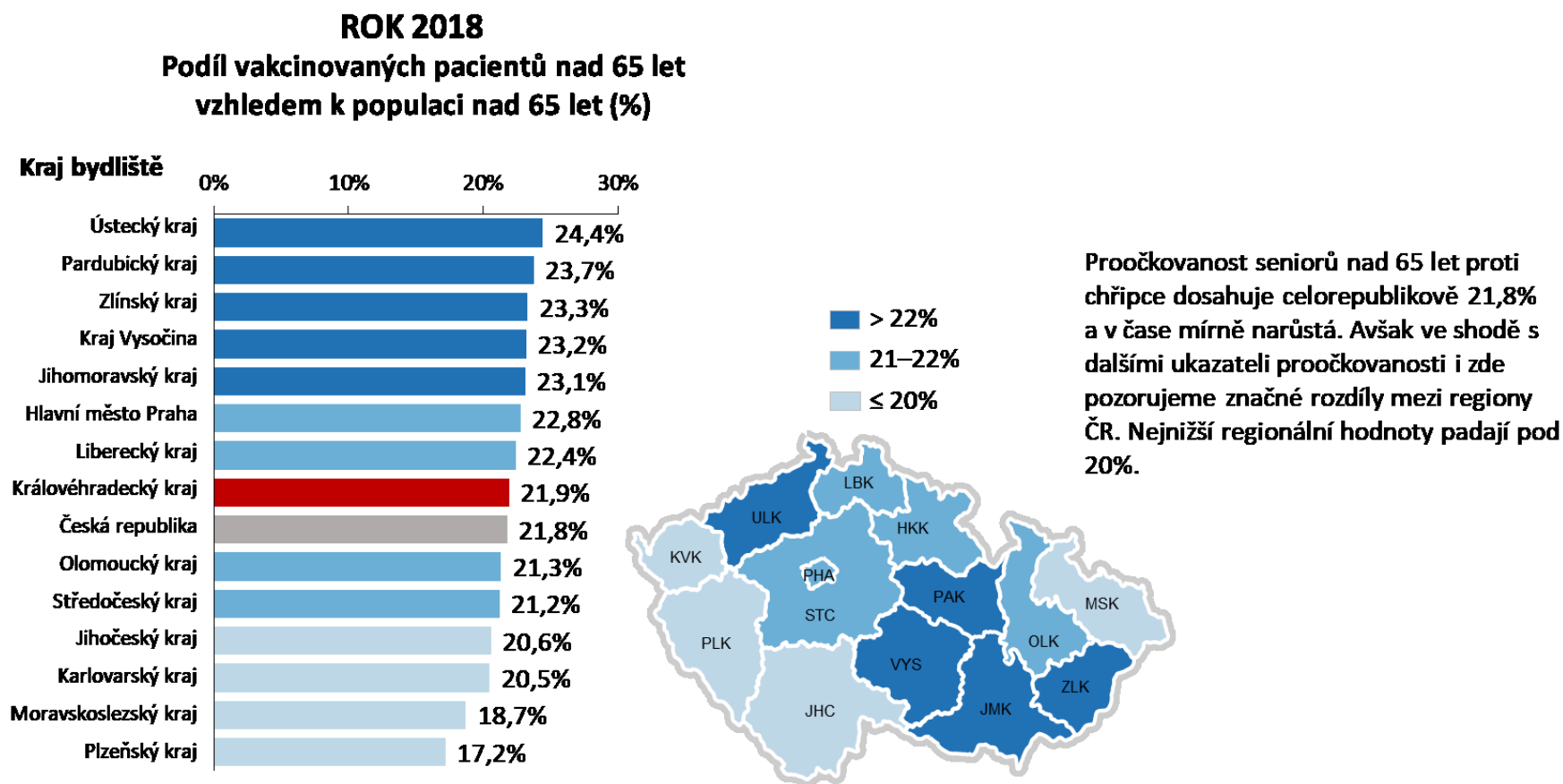
## Obr. 5.57 Očkování proti chřipce, mezinárodní srovnání (populace 65, r. 2014)

Zdroj: ECHI 2014, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce *Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 07-67. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)



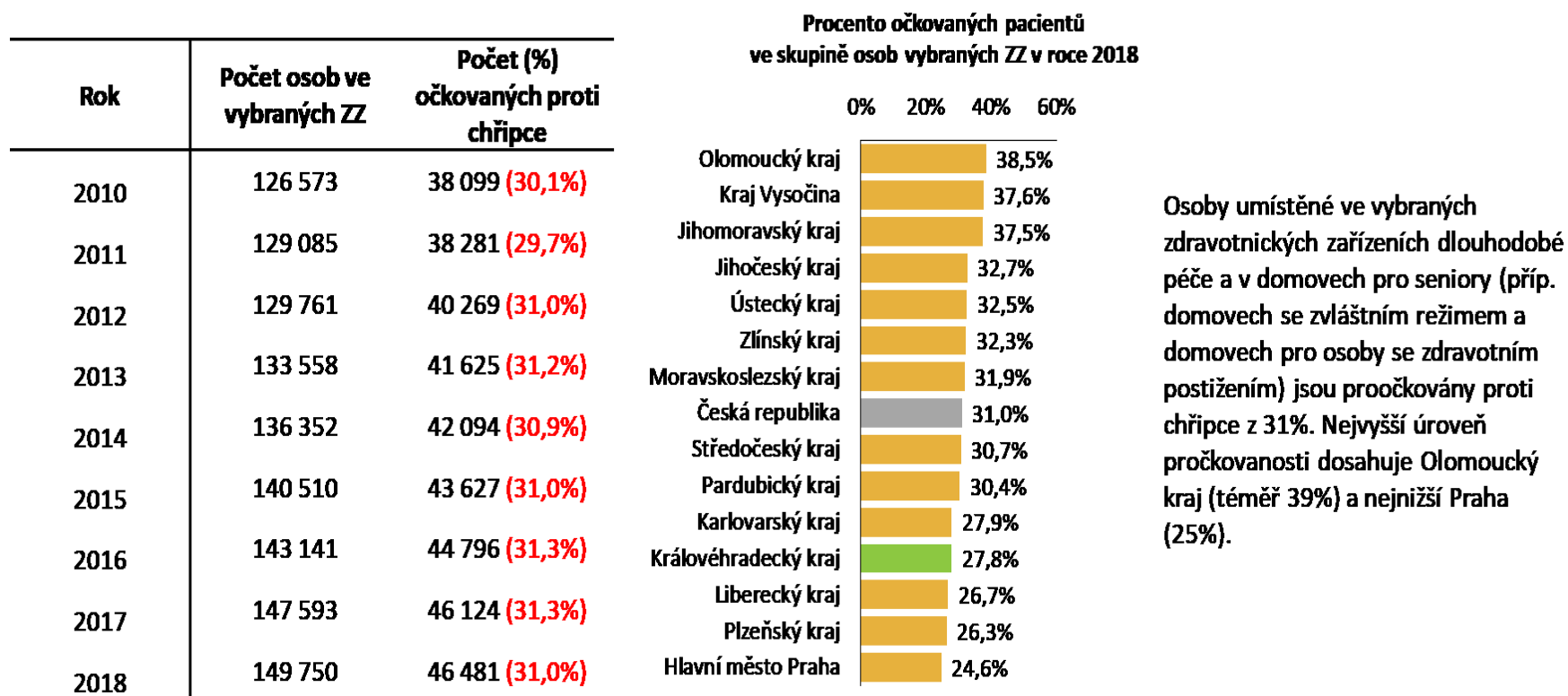
## Obr. 5.58 Očkování proti chřipce, stav v krajích, populace 65+

Zdroj: NRHZS, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce *Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 04-12. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)



## Obr. 5.59 Očkování proti chřipce, stav v krajích, starší populace ve zdravotnických a sociálních zařízeních dlouhodobé péče

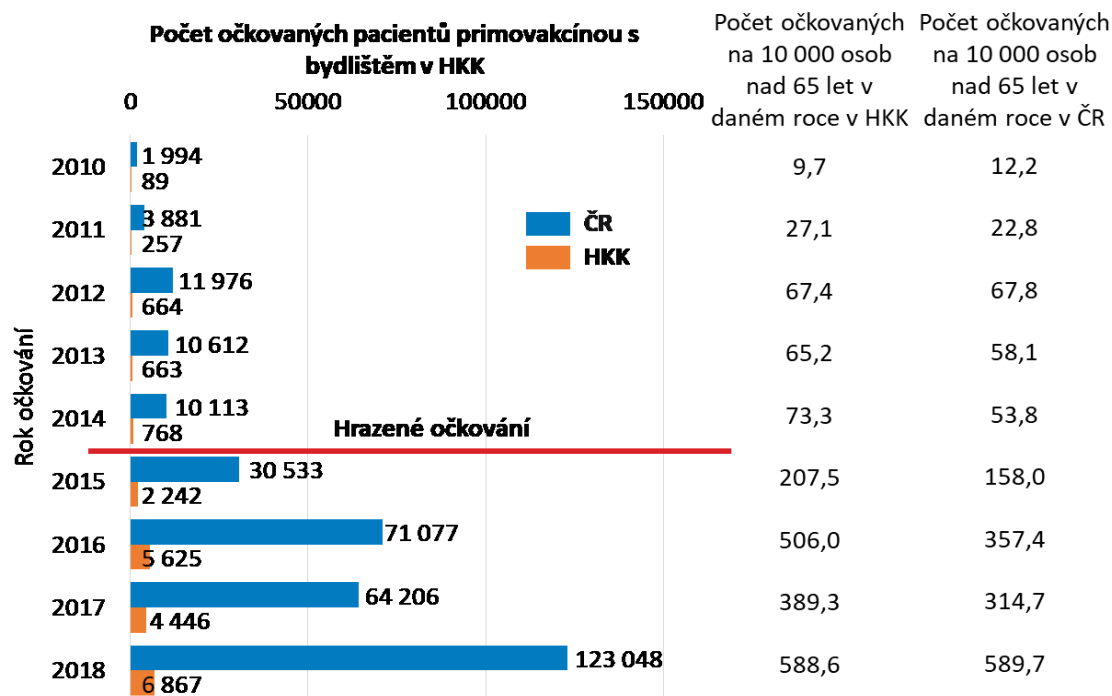
Zdroj: NRHZS, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce *Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 04-18. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)





## Obr. 5.60 Proočkovanosť populácie 65+ proti pneumokokovej infekcii

Zdroj: NRHZS, citováno dle Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 04-13. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)

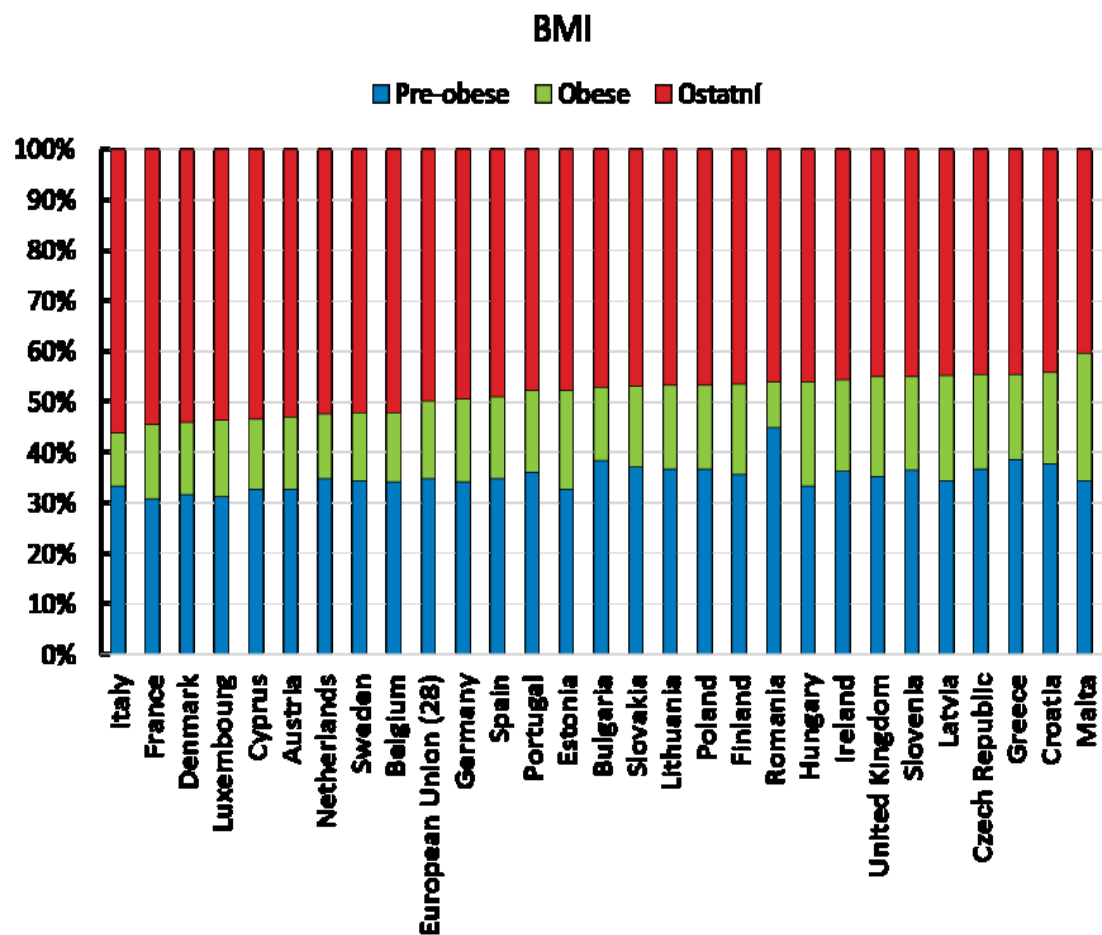


Od září roku 2015 platí novela zákona č. 48 o veřejném zdravotním pojištění, která ukládá pojišťovně povinnost hradit seniorům – pojištěncům nad 65 let věku očkování proti pneumokokovým infekcím, došlo k výraznému nárůstu očkovaných pacient po roce 2015.

Přestože má počet očkovaných stoupající tendenci, je zde stále velký prostor pro zvyšování zdravotní gramotnosti obyvatelstva a zvyšování proočkovanosťi.

## Obr. 5.61 Index tělesné hmotnosti v mezinárodním srovnání

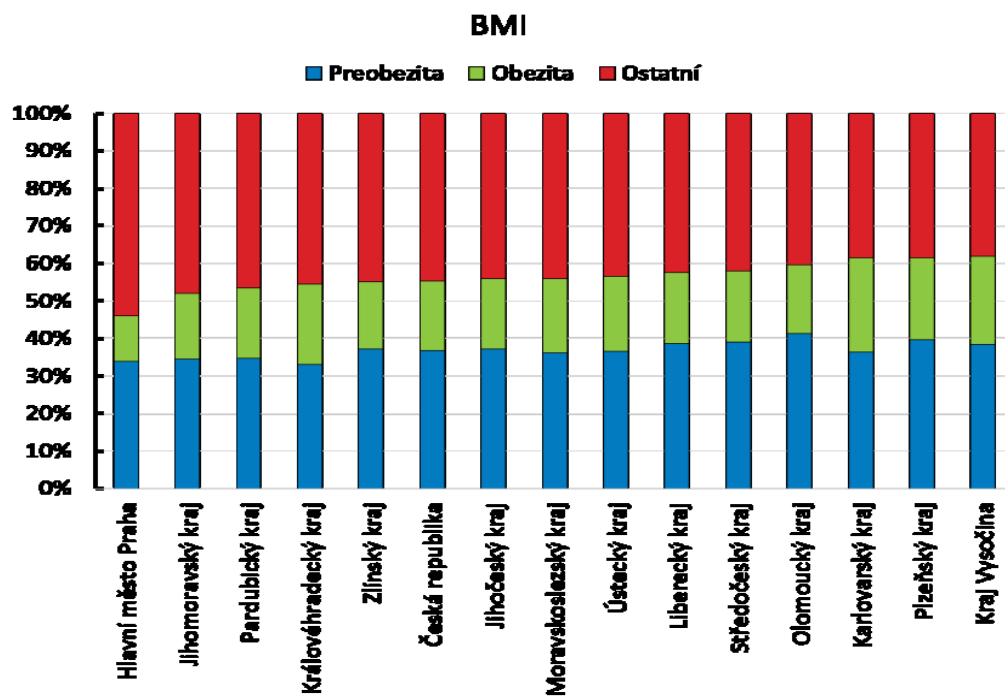
Zdroj: EHIS 2014, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 03-8. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)



Podíl preobézních až obézních lidí v České republice je v rámci celé Evropské Unie jedním z nejvyšších. Tato problematika má negativní dopad na řadu dalších ukazatelů zdraví, nemocnost a neposlední řadě i na náklady českého zdravotnictví.

## Obr. 5.62 Index tělesné hmotnosti podle krajů

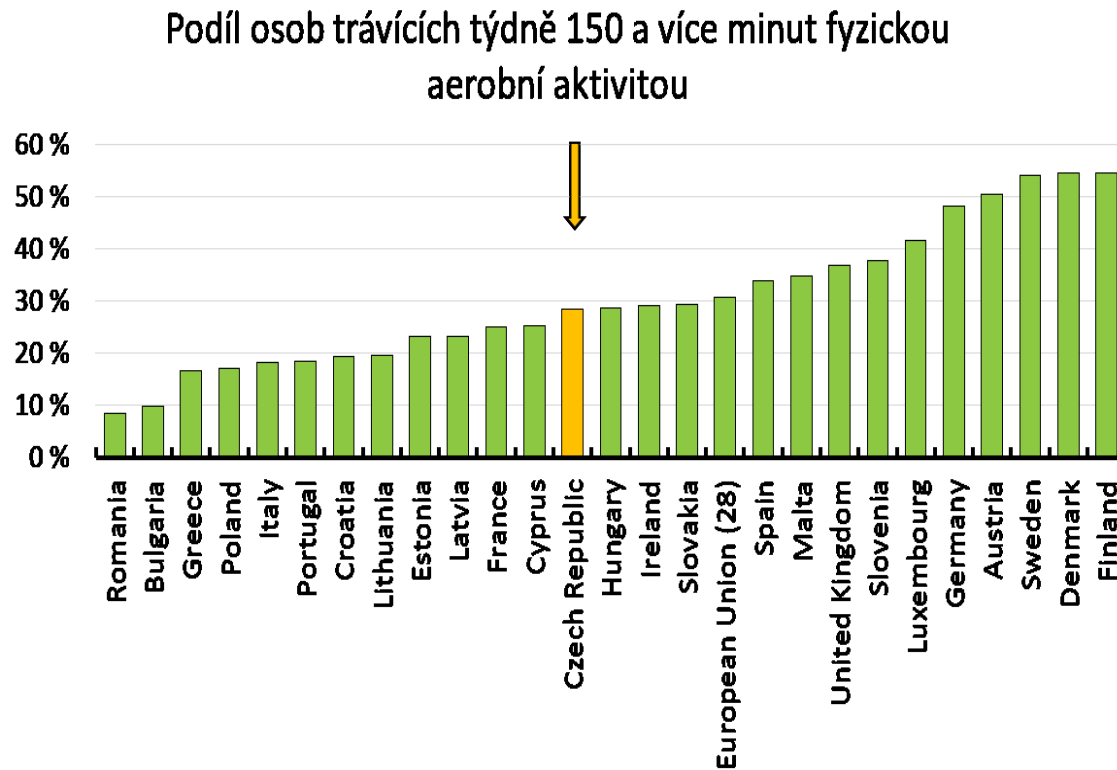
Zdroj: EHIS 2014, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce *Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 03-9. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



Podíl preobézních až obézních lidí v České republice je v rámci celé Evropské Unie jedním z nejvyšších. Tato problematika má negativní dopad na řadu dalších ukazatelů zdraví, nemocnost a neposlední řadě i na náklady českého zdravotnictví.

## Obr. 5.63 Fyzická aktivita celé populace v mezinárodním srovnání

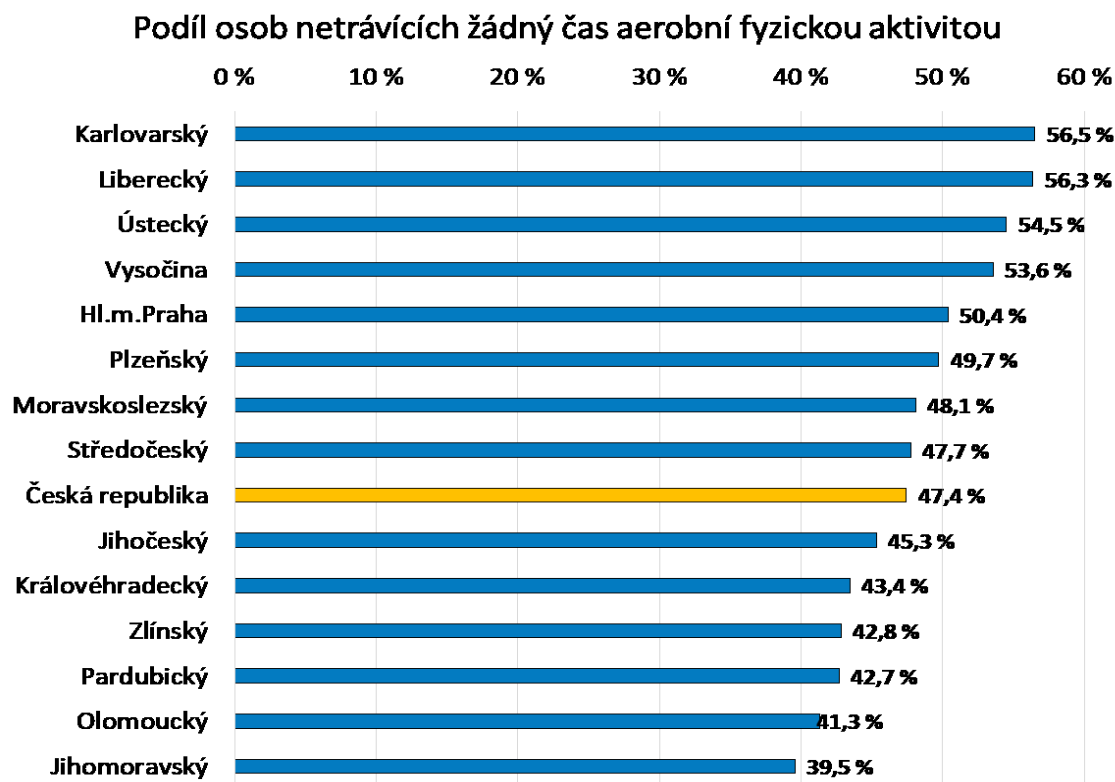
Zdroj: EHIS 2014, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce *Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 03-22. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)



Podíl osob, který týdně tráví fyzickou aerobní aktivitou 150 a více minut (doporučeno WHO jako vhodná míra aktivity, která podporuje zdraví) je v České republice podprůměrný.

## Obr. 5.64 Fyzická aktivita celé populace podle krajů

Zdroj: EHIS 2014, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce *Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 03-21. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)

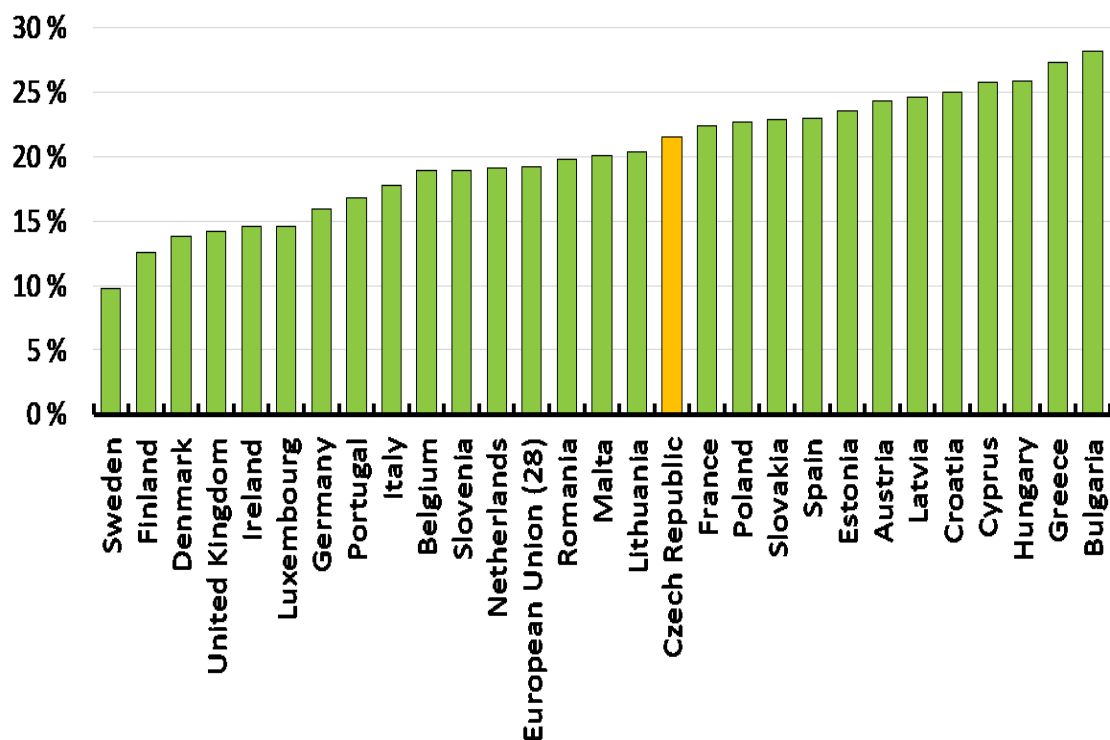


Vysoký podíl osob, které netráví žádný čas aerobní fyzickou aktivitou je problémem majícím vliv na zdravotní stav populace.

## Obr. 5.65 Kouření – podíl každodenních kuřáků, mezinárodní srovnání

Zdroj: EHIS 2014, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce *Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 03-30. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

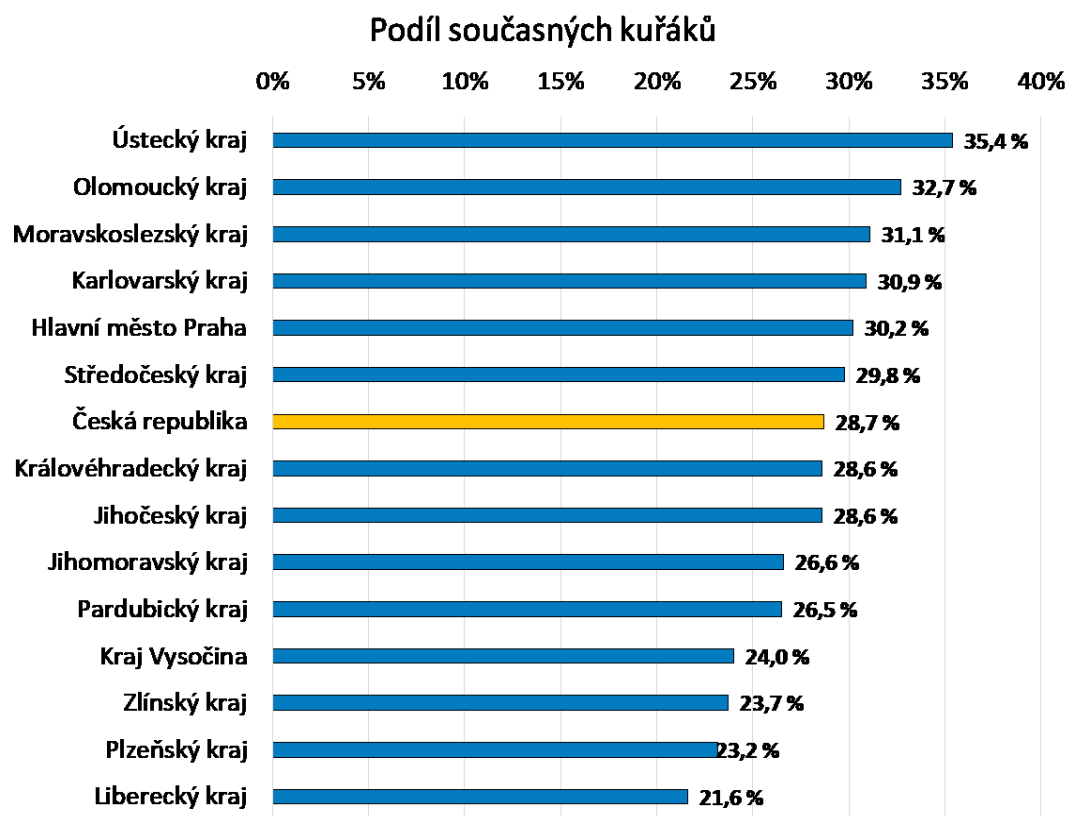
Podíl současných denních kuřáků



Česká populace vykazuje v mezinárodním srovnání nadprůměrný podíl denních kuřáků. Zvýšený podíl denních kuřáků je alarmující skutečností, která vyžaduje významné intervence ať již v posilování zdravotní gramotnosti nebo v oblasti programů odvykání kouření.

## Obr. 5.66 Kouření – podíl kuřáků podle krajů

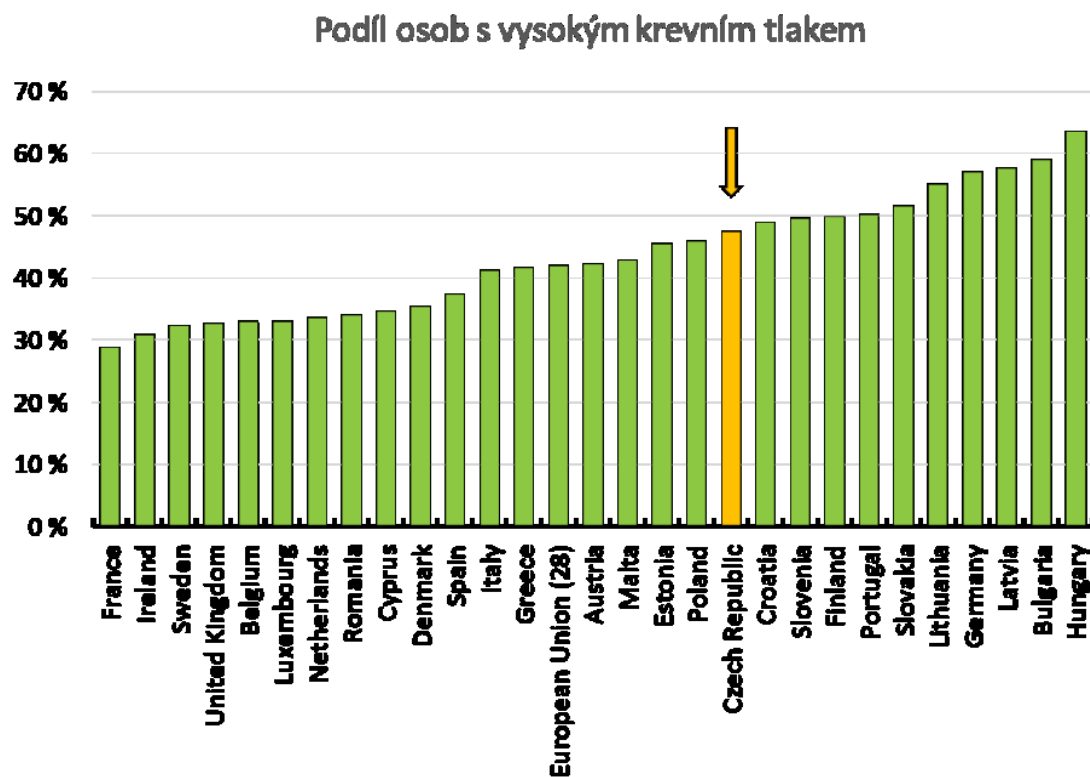
Zdroj: EHIS 2014, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 03-31. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)



Česká populace vykazuje v mezinárodním srovnání nadprůměrný podíl denních kuřáků. Zvýšený podíl denních kuřáků je alarmující skutečností, která vyžaduje významné intervence ať již v posilování zdravotní gramotnosti nebo v oblasti programů odvykání kouření.

## Obr. 5.67 Podíl osob s vysokým krevním tlakem v populaci, mezinárodní srovnání

Zdroj: EHIS 2014, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 03-26. Dostupné z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)

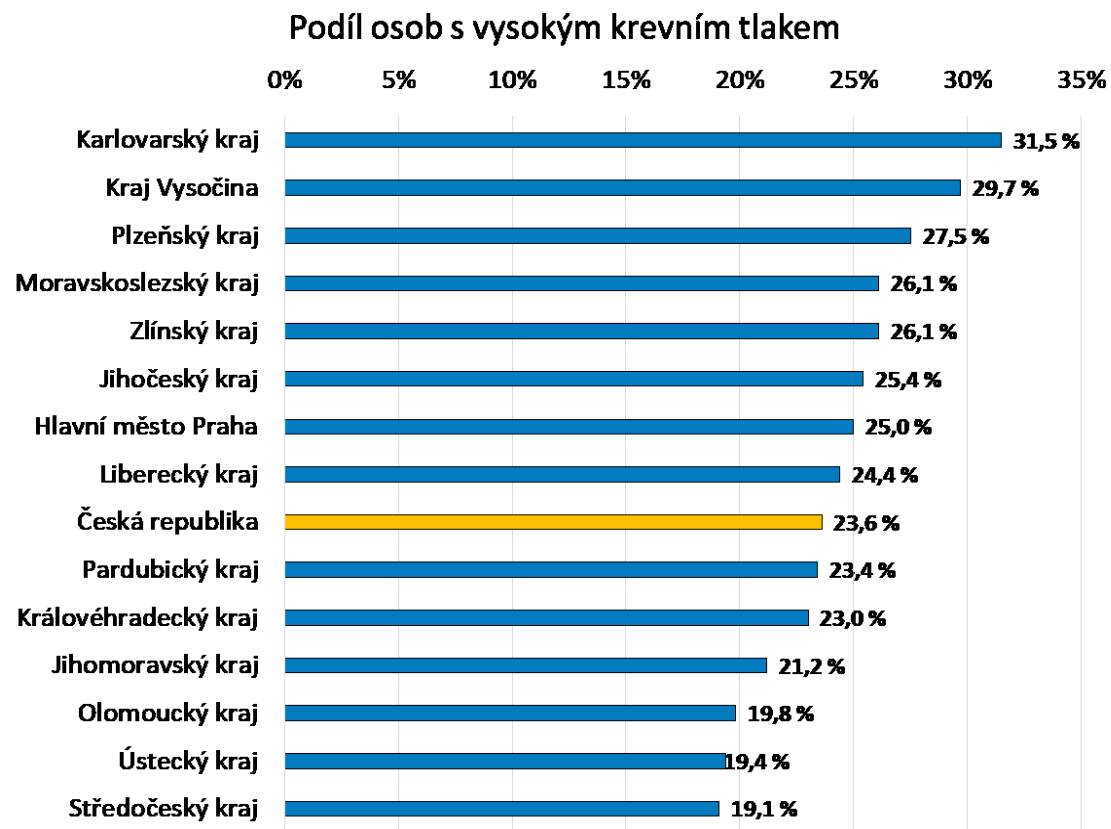


Česká populace se v mezinárodním srovnání nadprůměrně zatěžena počtem osob s vysokým krevním tlakem.



## Obr. 5.68 Podíl osob s vysokým krevním tlakem v populaci podle krajů

Zdroj: EHIS 2014, citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce *Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 03-27. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



Česká populace se v mezinárodním srovnání nadprůměrně zatížená počtem osob s vysokým krevním tlakem.

## Související obrazy a komentáře z dalších kapitol Analýzy

### *Obr. 2.68 Nemocnost v KHK (seřazeno dle skupin/typu chorob)*

Vybrané položky reprezentují skupiny diagnóz, které nejvíce zatěžují populaci (kardiovaskulární choroby, nádory, plicní onemocnění, úrazy, duševní onemocnění) a u některých skupin je zachycena i jejich podrobnější struktura, zejména u duševních onemocnění. Je to pro zdůraznění důležitosti sledování jak incidence, tak prevalence, z nichž každá se hodí pro jiný pohled na dané choroby, popřípadě se někdy vzájemně doplňují (viz. nádorová onemocnění). Choroby s vysokou incidencí (typicky akutní respirační onemocnění), které trvají krátce, mají prevalenci malou, takže ta se obvykle nesleduje a údaj o incidenci je dostatečně vypovídající. Naopak jiné choroby jako např. těžká mozková mrtvice nebo závažné polytrauma mohou trvat dlouho, pokud nevedly k rychlému úmrtí. Léčení může vyžadovat měsíce až roky anebo může být i celoživotní. Jejich prevalence je potom vysoká a některé mohou zařadit pacienta po vyléčení do skupin osob s dlouhodobým či celoživotním zdravotním postižením.

### *Obr. 2.69 Nemocnost v KHK (seřazeno dle četnosti výskytu v ČR)*

Ve druhé dvojici tabulek jsou sledované nemoci či další s tím spojené jevy seřazené podle četnosti výskytu (první číselný sloupec) v celé ČR. Údaje v tomto i v druhém číselném sloupci pro KHK jsou přepočtené na věkově standardizovanou populační skupinu a 100 000 obyvatel, takže je možno tyto dva sloupce porovnat a vidět, kde je výskyt vyšší – viz obr. 2.71. (Pozn. některé parametry nejsou přepočítávané na celou populaci, ale pouze na dotčené osoby – např. ve věku 65+). Je možno snadno posoudit, jaká část populace je nemocí či daným jevem zatížena. Hodně je např. pracovních neschopností či zubních kazů, pacientů léčených antibiotiky, nebo lidí, kteří onemocněli respiračními onemocněními, která vyžadovala kontakt s lékařem. Více než čtvrtina trpí onemocněním kardiovaskulární soustavy nebo je zařazena mezi osoby s dlouhodobým omezením. Více než infarktů myokardu je mozkových mrtvic a ještě více je těžších úrazů u dětí a mládeže, které vyžadují hospitalizaci. V položce zhoubné nádory je patrný velký rozdíl mezi incidencí a prevalencí (incidence odpovídá 556 diagnostikovaným případům ročně, zatímco prevalence je díky dlouhodobé léčbě a sledování pacientů podstatně vyšší – 3 982 pacientů na 100 000 obyvatel, což vypovídá o průměrném počtu pacientů v populaci, kteří jsou ve stádiu léčby nebo sledování průměrně v daném roce).

### *Obr. 2.70 Nemocnost v KHK (seřazeno dle nárůstu výskytu v ČR 2018/2010)*

Ve třetí dvojici tabulek je setřídění onemocnění nebo sledovaných jevů podle údaje ve sloupci „nárůst v ČR r. 2018/2010“ (výskyt onemocnění v r. 2010 není pro zjednodušení v tabulkách uveden). Hodnota nad 100 % odpovídá nárůstu oproti r. 2010, pod 100 % úbytku. Vývoj tohoto parametru v KHK (rovněž není v tabulkách uveden) je prakticky identický jako v celé ČR. Rozptyl hodnot je poměrně velký. U prevalence je patrný obecný nárůst nemocí v populaci a pouze jediná položka, plicní onemocnění CHOPN, se zlepšila. Naopak mohutné nárůsty jsou u Alzheimerovy nemoci a u roztroušené sklerózy. Nejvyšší nárůst incidence nastal u nádorových onemocnění, z části způsobený nárůstem počtu onemocnění, z části časnějším záchytem nádorů v raném stádiu. Paralelně s tím narůstá i prevalence nádorů, způsobená delším přežitím u řady nádorových onemocnění. Snížení incidence je patrné u pracovních úrazů a u dvou obávaných vaskulárních příhod infarktu myokardu a mozkové mrtvice. Snížení výskytu případů tuberkulózy je vzhledem k malému výskytu spíše chybou malých čísel a obecně lze pouze učinit závěr, že incidence je malá. (Tam, kde není parametr v posledním sloupci uveden chyběla data o výskytu v r. 2010.)

Ke skupině dlouhodobých omezení nejsou v této analýze k dispozici data o časovém vývoji, ale zvýšený výskyt konkrétních relevantních diagnóz, nárůst tohoto problému dokladuje (Alzheimerova nemoc, roztroušená skleróza, zhoubné nádory, Crohnova choroba, psychiatrická onemocnění, diabetes, postižení zraku). Přibývá ale i lehčích diagnóz jako akutních respiračních onemocnění a s nimi souvisejících pracovních neschopností. Stále roste počet kardiovaskulárních onemocnění, i když výskyt dramatických epizod jako infarkt myokardu a cévní mozková příhoda poklesl. Poklesl výskyt těžších úrazů, vyžadujících hospitalizaci a klesla i jejich mortalita (94 % - v tabulce nezobrazeno) a klesla i léčba antibiotiky, jejichž přílišné vyžadování je u nás často kritizováno.

### ***Obr. 2.71 Nemocnost v KHK (seřazeno dle poměru výskytu v KHK a v ČR)***

Čtvrtá dvojice tabulek ukazuje pořadí podle rozdílu výskytu chorob v KHK a v celé ČR. V KHK je zřetelně více pracovních neschopností, pracovních úrazů, ošetření zubního kazu, roztroušené sklerózy nebo těžkých postižení zraku. Méně je těžkých úrazů dětí a mládeže, infarktů myokardu, mozkových mrtvic, afektivních poruch, schizofrenie nebo alkoholiků, postižení sluchu a i CHOPN, jehož výskyt se celkově snižuje i v ČR. Nižší výskyt tuberkulózy nebo nižší výskyt sebevražd, ale vyšší výskyt nedokonaných sebevražd, jsou vzhledem k jejich nízkému výskytu spíše jen chyby malých čísel. Ne vždy jsou interpretace parametrů jednoznačné. Např. vyšší výskyt zubního kazu je někdy interpretován jako pozitivní, protože je vyšší záchyt malých kazů díky preventivním prohlídkám.

### ***Obr. 3.4 Praktikující lékaři na 1 000 obyvatel, r. 2000 a 2017***

### ***Obr. 3.5 Praktikující zdravotní sestry na 1 000 obyvatel, r. 2000 a 2017***

### ***Obr. 3.6 Shrnutí vývoje počtu lékařů a sester podle grafů OECD za období let 2000-2017***

Podle mezinárodních zdrojů<sup>16</sup> srovnání vývoje počtu lékařů a sester s jinými zeměmi ukazuje, že aktuálně (r. 2017) je počet lékařů na 1 000 obyvatel v ČR lehce nad průměrem OECD a u sester lehce pod průměrem. Neutěšenou situaci v ČR v této statistice spíše, než průměry lépe demonstrují dynamiky růstu počtů pracovníků. Na vývoji z let 2010-2017 je rychlost růstu u obou profesí více než dvaapůlkrát vyšší u průměru zemí OECD oproti ČR.

Obecné důvody pro vyšší potřebu personálu ve zdravotnictví souvisí s dvěma důvody, které jsou z části propojené. Díky bezpečnějšímu životu a pokrokům medicíny se prodlužuje průměrná délka života a přináší větší podíl seniorů v populaci, vyšší náklady zdravotnictví a pro zdravotníky více práce s vyššími věkovými skupinami. Druhým důvodem je výrazný technologický rozvoj medicíny, který přináší lepší výsledky péče, ale zároveň také potřebu vyššího počtu zdravotníků. Nové technologie a stále těžší pacienti se soustřeďují více do nemocnic, a tak růst počtu lékařů a sester je zde prioritní. Příklady personálně náročných činností, které to mohou dokladovat jsou např. pokroky v intenzivní medicíně, péče o nedonošené novorozence, náročná diagnostika typu magnetické rezonance nebo pozitronová emisní tomografie, robotické výkony, ortopedické náhrady kloubů a další. S náročnějšími technikami stoupá zároveň i potřeba ošetrovatelské péče, doléčování a rehabilitace pacientů.

Paralelně s bohatnutím společnosti a sociologickými změnami se objevují i další fenomény. Prohlubují se nároky mladších generací na volný čas a na sladování náročného profesního života s životem osobním a rodinným. Akceptování extrémních pracovních nároků se týká spíše jen mimořádných okolností a ve standardním zaměstnání je požadována práce

---

<sup>16</sup> *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paříž: OECD Publishing, 2019. ISBN 978-92-64-38208-4 (print). Dostupné online z: <https://www.oecd-ilibrary.org/docs/server/4dd50c09-en.pdf?expires=1599649482&id=id&accname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871>

s přiměřenou zátěží a dodržování pracovní doby. Ochota zapojovat se do trojsměnných provozů a do pohotovostních služeb výrazně klesla.

### ***Obr. 3.11 Neoptimální demografický vývoj českých lékařů***

Specifickým problémem u lékařů je jejich demografické stárnutí, které je nejvyšší u lékařů v ambulantním terénu, jak ukazuje graf, kde jsou lékaři rozděleni podle oborů i místa působení. Specializace, které mají zastoupení jak v nemocniční, tak ambulantní sféře, mohou lékaře v ambulancích nahrazovat z nemocničních zdrojů, protože o soukromý ambulantní sektor je dost velký zájem. U praktických lékařů je to však obtížnější, protože jediným zdrojem jsou aktuálně se připravující mladí lékaři ve specializačních programech v ambulancích zkušených PL, kteří fungují jako školitelé. Existuje i možnost pro lékaře základních a širších oborů se na praktické lékaře requalifikovat, ale v praxi to zejména pro starší lékaře úplně jednoduché není. Nejrizikovější v tomto ohledu je obsazování uvolňujících se ambulancí všeobecných praktických lékařů a zejména praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD), jejichž průměrný věk se blíží 60 roků. Jejich úbytek je již nyní kritický.

### ***Obr. 3.20 Úvazky lékařů dle poskytovatelů zdravotní péče v ČR a v KHK***

Schéματα ukazují jednoduché členění počtu lékařů (bez zubních lékařů) v ČR a v KHK podle tří segmentů – akutní lůžková péče, ostatní lůžková péče a nelůžková péče, a to důsledně podle počtu přepočtených úvazků. V segmentu nelůžkové péče jsou všechna samostatná zdravotnická ambulantní zařízení a nezapočítávají se sem úvazky lékařů v nemocnicích, kteří pracují po část pracovní doby v nemocničních ambulancích. Technické detaily členění akutní a ostatní lůžkové péče budou upřesněny v kapitole VI. Lůžková péče včetně sociálních pobytových služeb a problematika paliativní medicíny a geriatricie v KHK. Celkový počet úvazků lékařů byl v KHK asi o 36 úvazků nižší, než by odpovídalo proporcí populace KHK (5,2 %) z celé ČR.

### ***Obr. 3.33 Průměrný věk lékařů v různých oborech***

Tabulka navazuje na diskusi o specializačním vzdělávání lékařů a je vytvořena z dat na obr. 3.11. Ukazuje za celou ČR výrazný věkový rozdíl mezi lékaři v akutních nemocnicích a lékaři, pracujícími v ambulantním terénu. Tento jev má dvě příčiny. První je dána tím, že s výjimkou oborů PLD a donedávna i PLDD musí lékař absolvent své specializační vzdělávání absolvovat v akreditované nemocnici, což jsou v naprosté většině nemocnice akutní péče. Specializační vzdělání sice není pro lékaře povinné, ale lékař bez něj nemůže vykonávat větší část výkonů samostatně bez dohledu, a to ani jako zaměstnanec nemocnice. Z tohoto důvodu u nás absolvují specializační vzdělání prakticky všichni lékaři a snižují tak průměrný věk na nemocničních odděleních.

Druhým důvodem je však atraktivita samostatné ambulantní práce mimo nemocnici. Od 90. let byl o ni vysoký zájem a tehdy, než zdravotní pojišťovny začaly počty lékařských praxí regulovat, vznikl velký počet ambulantních specialistů, který vysoce převyšuje počet všeobecných praktických lékařů. Lékař specialista v ambulanci si může regulovat svoji pracovní dobu a nemusí vykonávat lékařské pohotovostní služby, zatímco v nemocnicích jsou lékaři službami výrazně zatíženi a dle četných vyjádření České lékařské komory a Lékařského odborového klubu<sup>17</sup> je při tom navíc porušován zákoník práce, nemluvě o situaci z posledních let, kde stavy lékařů často nedosahují vyhláškou předepsaných hodnot. Dokonalé statistiky, které by porovnávaly objem práce v samostatných ambulancích a nemocnicích nejsou veřejně

---

<sup>17</sup> *Zdravotnictví volá o pomoc*, Tempus Medicorum – Časopis České lékařské komory 7–8/2017, ROČNÍK 26, s. 8-12. Dostupné online z: [https://www.lkcr.cz/doc/tempus\\_file/tm-07\\_08\\_17-130.pdf](https://www.lkcr.cz/doc/tempus_file/tm-07_08_17-130.pdf)

k dispozici, ale je známým faktem, že jakmile se nějaké ambulantní místo pro specialistu uvolní, řada lékařů v nemocnicích se ho snaží získat a je rychle obsazeno.

Uvedená fakta nemají za cíl aktivitu práce v nemocnicích a v terénních ambulancích hodnotit a jsou zde uváděna jen jako podpora názoru, že přesto že řada ambulancí specialistů je obsazena lékaři v důchodovém věku, není se potřeba obávat jejich výpadků, protože jakmile budou tato místa volná, budou na nich starší lékaři nahrazeni lékaři z nemocnic a problém, který nastane, se bude týkat zejména nemocnic. Je proto nutné zvyšovat počet rezidentů, kteří by místa v nemocnicích doplňovali výrazně rychleji, než je tomu dosud.

Uvedená analýza se jen částečně týká praktických lékařů, kteří podstatně větší část své specializační přípravy absolvují mimo nemocnice a účastní se tam výuky převážně jen ve formě časově omezených stáží. Doplnění jejich počtu na uvolněných místech praktických lékařů podléhá proto jiným mechanismům. Uvolněná místa PLD ve větších městech jsou obsazována poměrně snadno a pokud není na trhu práce dostatek nových absolventů této specializace, je v nemocnicích poměrně dost mladých lékařů různých oborů, kteří jsou ochotni se pro PLD requalifikovat ze svého oboru mateřského. Není to úplně snadné, ale principiálně to možné je, zejména u širokých oborů jako je vnitřní lékařství, chirurgie nebo anesteziologie a resuscitace. Výjimkou jsou samozřejmě neatraktivní lokality, kam PLD nechtějí, a též celý obor PLDD, který má v posledních letech málo vlastních rezidentů a pediatrů v nemocnicích je velmi málo na to, aby jejich requalifikací bylo možno obor PLDD výrazněji sanovat.

Odlíšná situace je i se sestrami, kde hlavní roli v jejich nedostatku v nemocnicích hraje málo atraktivní trojsměnný provoz, který zejména mladším lidem často nevyhovuje. I bez podrobnějších sociologických výzkumů lze spoléhat na fakt, že dlouhodobé epizody nedostatku sester za posledních 30 let se vždy týkaly lůžkových oddělení a týká se to i současné hluboké krize. Nejsou časté situace, kdy by se ambulantnímu lékaři nepodařilo sestru do ambulance sehnat.

Velmi negativní roli navíc u sester hraje i obecné povědomí o vysoké pracovní náročnosti oboru a jeho relativní mzdové podcenění. Vysoká odpovědnost povolání, vysoká náročnost odborného studia a mimořádnou pracovní zátěž v lůžkových zařízeních. způsobují, že desítky procent absolventek zdravotnických programů po dokončení vzdělání do zdravotnictví nenastoupí a své kvalitní vzdělání dokáží lépe zúročit v jiných oblastech. V této souvislosti je též nutno připomenout graf (viz obr. 3.19), kde byl za rok 2017 dokladován absolutně nejnižší počet absolventů v sesterském studiu na 100 tis. lidí v populaci v rámci zemí OECD.

Další konkrétní personální problémy jsou zmiňovány v oblasti praktické medicíny (kapitola VI. Lůžková péče včetně sociálních pobytových služeb a problematika paliativní medicíny a geriatry v KHK) a u některých dalších ohrožených oborů.

### ***Obr. 8.3 Vývoj proporce nákladů zdravotního pojištění na vybrané segmenty zdravotní péče***

### ***Obr. 8.4 Vývoj nákladů zdravotního pojištění ve vybraných segmentech zdravotní péče***

Grafy jednotlivých segmentů ukazují proporce segmentů a jejich časový vývoj. Zde je patrný výrazný nárůst v čase ve všech segmentech s výjimkou stagnujících nákladů na léky na recepty. Tato stagnace ale platí jen pro běžná léčiva, zatímco velmi rychle rostoucí náklady na léky podávané v centrech (nejvíce protinádorová léčba a biologické přípravky) jsou sice přímo hrazené ZP, ale jsou zahrnuté v nákladech ambulantního a lůžkového sektoru a nikoli v položce nákladů na léky na recepty. V r. 2018 narostly náklady na centrové léky již téměř na 1/2 nákladů za léky na recepty (viz obr. 8.10).

## Obr. 2.68 Nemocnost v KHK (seřazeno dle skupin/typu chorob)

Zdroj: uvedeno nad obr. 2.68

### Nemocnost v KHK - skupiny chorob

r. 2018, přepočteno na 100 000 obyvatel, věkově standardizovaná populace

1) na 100 000 osob nemocensky pojištěných

2) na 100 000 osob věku 65+

3) zhoubné nádory včetně lymfomu a leukemie; bez kožních nádorů s výjimkou melanomových; r. 2010-2017

#### a. Incidence - skupiny chorob

skupina	diagnóza, postižení, příčina, zdravotní výkon	ČR	KHK	KHK/ČR	nárůst v ČR r.2018/2010
pracovní	Práce neschopní všichni 1)	37 312	52 219	140%	115%
	PN respirační onem. 1)	14 889	20 731	139%	
	Pracovní úrazy 1)	980	1 280	131%	89%
plicní	Akut.resp.onemoc	27 690	27 800	100%	127%
	TBC dýchacího ústrojí	4	3	83%	50%
infekční	Léčba antibiotiky	31 360	32 820	105%	96%
	Ostatní inf.onemocnění	10 900	11 120	102%	108%
úrazy	Úrazy řeš.ambul. do 18 let	3 920	4 451	114%	119%
	Úrazy s hospital. do 18 let	284	263	93%	97%
	Úrazy lehké řešené ambul.	17 927	19 795	110%	110%
	Úrazy s hospitalizací	1 618	1 666	103%	99%
stomatologie	Léčba zub. kazu	31 409	38 066	121%	111%
	Léčba onem.dásní	9 156	10 491	115%	123%
zhoubné nádory	Zhoubné nádory 3)	556	635	114%	192%
	Selhání srdce	353	278	79%	109%
kardiovaskulární	Mozková mrtvice	265	238	90%	81%
	Infarkt myokardu	169	150	88%	84%
	Sebevražda neúsp. s hospit.	28	31	111%	89%
duševní onem.	Sebevražda dokonaná	13	12	96%	89%

#### b. Prevalence - skupiny chorob

skupina	diagnóza, postižení, příčina, zdravotní výkon	ČR	KHK	KHK/ČR	nárůst v ČR r.2018/2010
kardiovaskulární	Nemoci oběhové soustravy	27 230	27 175	100%	115%
	Hypertenze	17 490	17 420	100%	118%
duševní onem.	Diabetes mellitus	9 583	9 923	104%	118%
	Psych.pac. celkem	6 941	6 995	101%	120%
	Neurotické poruchy	3 258	3 368	103%	124%
	Afektivní poruchy	1 351	1 033	76%	109%
	Alzheimerova nemoc	609	649	107%	227%
	Schizofrenie apod.	601	522	87%	105%
	Alkoholismus a návyk.látky	472	436	92%	103%
	Duš.poruchy věk 0-18 let	208	200	96%	107%
plicní onem.	Astma	4 985	5 462	110%	120%
	CHOPN	3 039	2 598	85%	90%
zhoubné nádory	Zhoubné nádory 3)	3 982	4 192	105%	138%
	Crohnova choroba	267	266	100%	134%
zažívací ústrojí	Ulcerózní kolitida	271	252	93%	122%
	Roztroušená skleróza	167	186	111%	162%
zdrav. postižení	Dlouhodob.omez.věk 65+ 2)	47 800	50 200	105%	
	Dlouhodobá omezení vše	27 400	29 400	107%	
	Postižení zraku	9 000	10 000	111%	113%
	Postižení sluchu	2 800	2 300	82%	109%

diagnóza, postižení, příčina, zdravotnický výkon	odkaz
Diabetes mellitus	02A Dušek /043
Astma	02A Dušek /048
CHOPN	02A Dušek /049
Hypertenze	02A Dušek /050
Nemoci oběhové soustravy	02A Dušek /051
Infarkt myokardu	02A Dušek /053
Mozková mrtvice	02A Dušek /062
Selhání srdce	02A Dušek /067
Zhoubné nádory 3)	02A Dušek /071
Zhoubné nádory 3)	02A Dušek /073
Roztroušená skleróza	02A Dušek /086
Crohnova choroba	02A Dušek /088
Ulcerózní kolitida	02A Dušek /089
Psych.pac. celkem	02A Dušek /093
Neurotické poruchy	02A Dušek /094
Afektivní poruchy	02A Dušek /094
Schizofrenie apod.	02A Dušek /094
Alkoholismus a návyk.látky	02A Dušek /094
Duš.poruchy věk 0-18 let	02A Dušek /095
Sebevraždy dokonaná	02A Dušek /099
Sebevražda neúsp. s hospit.	02A Dušek /100
Alzheimerova nemoc	02A Dušek /104
Úrazy lehké	02A Dušek /110
Úrazy s hospitalizací	02A Dušek /110
Úrazy řeš.ambul. do 18 let	02A Dušek /111
Úrazy s hospital. do 18 let	02A Dušek /111
Pracovní úrazy 1)	02A Dušek /122
Akut.resp.onemoc	02A Dušek /129
Ostatní inf.onemocnění	02A Dušek /131
Léčba zub. kazu	02A Dušek /132
Léčba antibiotiky	02A Dušek /133
Léčba onem.dásní	02A Dušek /137
Dlouhodob. omez. věk 65+ 2)	02A Dušek /139
Dlouhodobá omezení vše	02A Dušek /139
Postižení zraku cca	02A Dušek /142
Postižení sluchu cca	02A Dušek /143
Práce neschopní všichni 1)	02A Dušek /154
PN respirační onem. 1)	02A Dušek /154
TBC dýchacího ústrojí	ÚZIS Ročenka 2018

## Obr. 2.69 Nemocnost v KHK (seřazeno dle četnosti výskytu v ČR)

Zdroj: uvedeno nad obr. 2.68

### Nemocnost v KHK - výskyt v ČR

r. 2018, přepočteno na 100 000 obyvatel, věkově standardizovaná populace

- 1) na 100 000 osob nemocensky pojištěných
- 2) na 100 000 osob věku 65+
- 3) zhoubné nádory včetně lymfomu a leukemie; bez kožních nádorů s výjimkou melanomových; r. 2010-2017

#### a) Incidence - výskyt v ČR

diagnóza, postižení, příčina, zdravotní výkon	ČR	KHK	KHK/ČR	nárůst v ČR r.2018/2010
Práce neschopní všichni 1)	37 312	52 219	140%	115%
Léčba zub. kazu	31 409	38 066	121%	111%
Léčba antibiotiky	31 360	32 820	105%	96%
Akut.resp.onemoc	27 690	27 800	100%	127%
Úrazy lehké řešené ambul.	17 927	19 795	110%	110%
PN respirační onem. 1)	14 889	20 731	139%	
Ostatní inf.onemocnění	10 900	11 120	102%	108%
Léčba onem.dásní	9 156	10 491	115%	123%
Úrazy řeš.ambul. do 18 let	3 920	4 451	114%	119%
Úrazy s hospitalizací	1 618	1 666	103%	99%
Pracovní úrazy 1)	980	1 280	131%	89%
Zhoubné nádory 3)	556	635	114%	192%
Selhání srdce	353	278	79%	109%
Úrazy s hospital. do 18 let	284	263	93%	97%
Mozková mrtvice	265	238	90%	81%
Infarkt myokardu	169	150	88%	84%
Sebevražda neúsp. s hospit.	28	31	111%	89%
Sebevražda dokonaná	13	12	96%	89%
TBC dýchacího ústrojí	4	3	83%	50%

#### b) Prevalence - výskyt v ČR

diagnóza, postižení, příčina, zdravotní výkon	ČR	KHK	KHK/ČR	nárůst v ČR r.2018/2010
Dlouhodob.omez.věk 65+ 2)	47 800	50 200	105%	
Dlouhodobá omezení vše	27 400	29 400	107%	
Nemoci oběhové soustravy	27 230	27 175	100%	115%
Hypertenze	17 490	17 420	100%	118%
Diabetes mellitus	9 583	9 923	104%	118%
Postižení zraku	9 000	10 000	111%	113%
Psych.pac. celkem	6 941	6 995	101%	120%
Astma	4 985	5 462	110%	120%
Zhoubné nádory 3)	3 982	4 192	105%	138%
Neurotické poruchy	3 258	3 368	103%	124%
CHOPN	3 039	2 598	85%	90%
Postižení sluchu	2 800	2 300	82%	109%
Afektivní poruchy	1 351	1 033	76%	109%
Alzheimerova nemoc	609	649	107%	227%
Schizofrenie apod.	601	522	87%	105%
Alkoholismus a návyk.látky	472	436	92%	103%
Ulcerózní kolitida	271	252	93%	122%
Crohnova choroba	267	266	100%	134%
Duš.poruchy věk 0-18 let	208	200	96%	107%
Roztroušená skleróza	167	186	111%	162%

## Obr. 2.70 Nemocnost v KHK (seřazeno dle nárůstu výskytu v ČR 2018/2010)

Zdroj: uvedeno nad obr. 2.68

### Nemocnost v KHK - nárůst v ČR 2018/2010

r. 2018, přepočteno na 100 000 obyvatel, věkově standardizovaná populace

1) na 100 000 osob nemocensky pojištěných

2) na 100 000 osob věku 65+

3) zhoubné nádory včetně lymfomu a leukemie; bez kožních nádorů s výjimkou melanomových; r. 2010-2017

#### a) Incidence - nárůst v ČR 2018/2010

diagnóza, postižení, příčina, zdravotní výkon	ČR	KHK	KHK/ČR	nárůst v ČR r.2018/2010
Zhoubné nádory 3)	556	635	114%	192%
Akut.resp.onemoc	27 690	27 800	100%	127%
Léčba onem.dásní	9 156	10 491	115%	123%
Úrazy řeš.ambul. do 18 let	3 920	4 451	114%	119%
Práce neschopní všichni 1)	37 312	52 219	140%	115%
Léčba zub. kazu	31 409	38 066	121%	111%
Úrazy lehké řešené ambul.	17 927	19 795	110%	110%
Selhání srdce	353	278	79%	109%
Ostatní inf.onemocnění	10 900	11 120	102%	108%
Úrazy s hospitalizací	1 618	1 666	103%	99%
Úrazy s hospital. do 18 let	284	263	93%	97%
Léčba antibiotiky	31 360	32 820	105%	96%
Pracovní úrazy 1)	980	1 280	131%	89%
Sebevražda neúsp. s hospit.	28	31	111%	89%
Sebevražda dokonaná	13	12	96%	89%
Infarkt myokardu	169	150	88%	84%
Mozková mrtvice	265	238	90%	81%
TBC dýchacího ústrojí	4	3	83%	50%
PN respirační onem. 1)	14 889	20 731	139%	

#### b) Prevalence - nárůst v ČR 2018/2010

diagnóza, postižení, příčina, zdravotní výkon	ČR	KHK	KHK/ČR	nárůst v ČR r.2018/2010
Alzheimerova nemoc	609	649	107%	227%
Roztroušená skleróza	167	186	111%	162%
Zhoubné nádory 3)	3 982	4 192	105%	138%
Crohnova choroba	267	266	100%	134%
Neurotické poruchy	3 258	3 368	103%	124%
Ulcerózní kolitida	271	252	93%	122%
Astma	4 985	5 462	110%	120%
Psych.pac. celkem	6 941	6 995	101%	120%
Hypertenze	17 490	17 420	100%	118%
Diabetes mellitus	9 583	9 923	104%	118%
Nemoci oběhové soustravy	27 230	27 175	100%	115%
Postižení zraku	9 000	10 000	111%	113%
Afektivní poruchy	1 351	1 033	76%	109%
Postižení sluchu	2 800	2 300	82%	109%
Duš.poruchy věk 0-18 let	208	200	96%	107%
Schizofrenie apod.	601	522	87%	105%
Alkoholismus a návyk.látky	472	436	92%	103%
CHOPN	3 039	2 598	85%	90%
Dlouhodobá omezení vše	27 400	29 400	107%	
Dlouhodob.omez.věk 65+ 2)	47 800	50 200	105%	



## Obr. 2.71 Nemocnost v KHK (seřazeno dle poměru výskytu v KHK a v ČR)

Zdroj: uvedeno nad obr. 2.68

### Nemocnost v KHK - porovnání KHK/ČR

r. 2018, přepočteno na 100 000 obyvatel, věkově standardizovaná populace

1) na 100 000 osob nemocensky pojištěných

2) na 100 000 osob věku 65+

3) zhoubné nádory včetně lymfomu a leukemie; bez kožních nádorů s výjimkou melanomových; r. 2010-2017

#### a) Incidence - výsky KHK/ČR

diagnóza, postižení, příčina, zdravotní výkon	ČR	KHK	KHK/ČR	nárůst v ČR r.2018/2010
Práce neschopní všichni 1)	37 312	52 219	140%	115%
PN respirační onem. 1)	14 889	20 731	139%	
Pracovní úrazy 1)	980	1 280	131%	89%
Léčba zub. kazu	31 409	38 066	121%	111%
Léčba onem.dásní	9 156	10 491	115%	123%
Zhoubné nádory 3)	556	635	114%	192%
Úrazy řeš.ambul. do 18 let	3 920	4 451	114%	119%
Sebevražda neúsp. s hospit.	28	31	111%	89%
Úrazy lehké řešené ambul.	17 927	19 795	110%	110%
Léčba antibiotiky	31 360	32 820	105%	96%
Úrazy s hospitalizací	1 618	1 666	103%	99%
Ostatní inf.onemocnění	10 900	11 120	102%	108%
Akut.resp.onemoc	27 690	27 800	100%	127%
Sebevražda dokonaná	13	12	96%	89%
Úrazy s hospital. do 18 let	284	263	93%	97%
Mozková mrtvice	265	238	90%	81%
Infarkt myokardu	169	150	88%	84%
TBC dýchacího ústrojí	4	3	83%	50%
Selhání srdce	353	278	79%	109%

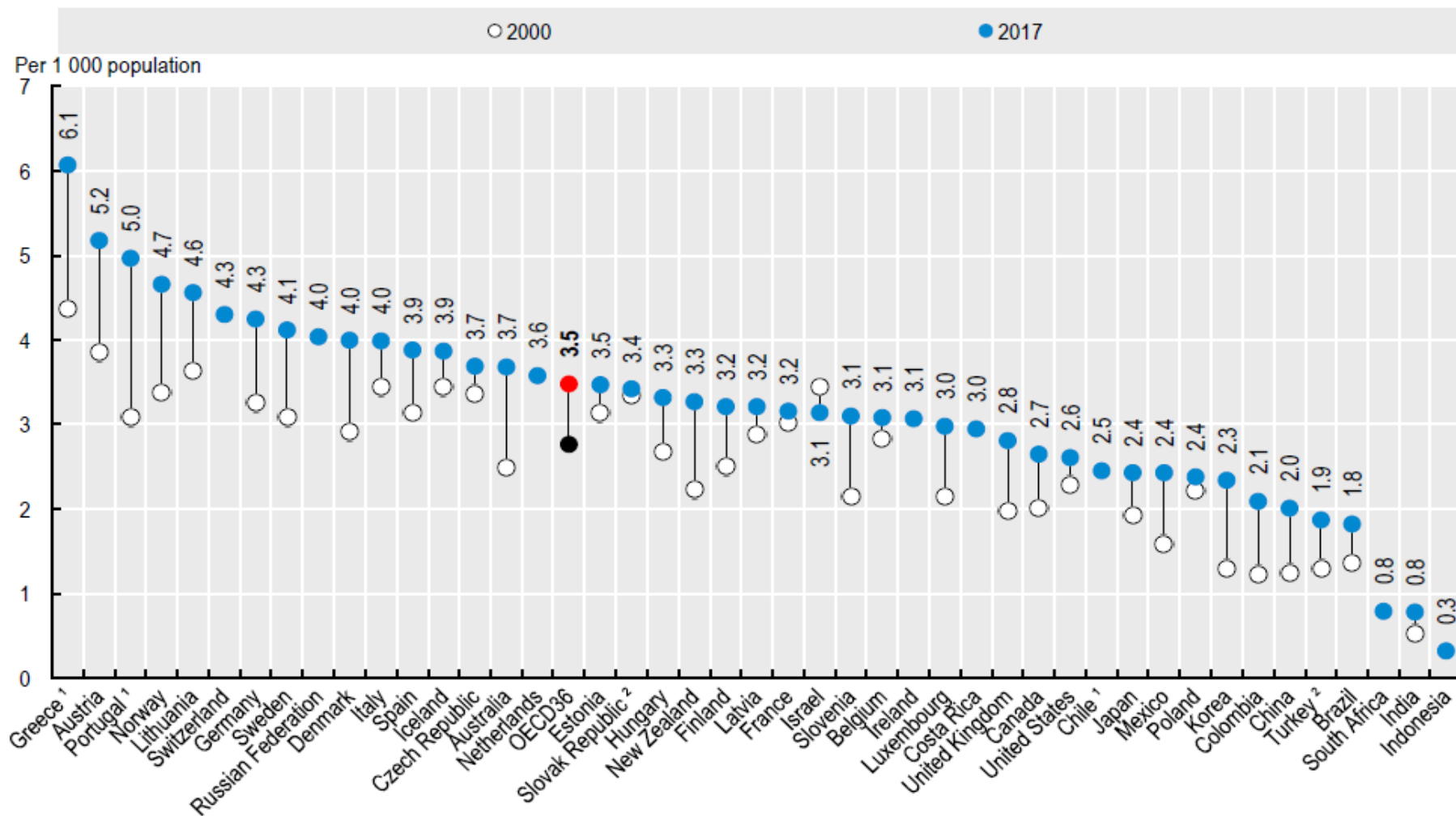
#### b) Prevalence - výskyt KHK/ČR

diagnóza, postižení, příčina, zdravotní výkon	ČR	KHK	KHK/ČR	nárůst v ČR r.2018/2010
Roztroušená skleróza	167	186	111%	162%
Postižení zraku	9 000	10 000	111%	113%
Astma	4 985	5 462	110%	120%
Dlouhodobá omezení vše	27 400	29 400	107%	
Alzheimerova nemoc	609	649	107%	227%
Zhoubné nádory 3)	3 982	4 192	105%	138%
Dlouhodob.omez.věk 65+ 2)	47 800	50 200	105%	
Diabetes mellitus	9 583	9 923	104%	118%
Neurotické poruchy	3 258	3 368	103%	124%
Psych.pac. celkem	6 941	6 995	101%	120%
Nemoci oběhové soustravy	27 230	27 175	100%	115%
Crohnova choroba	267	266	100%	134%
Hypertenze	17 490	17 420	100%	118%
Duš.poruchy věk 0-18 let	208	200	96%	107%
Ulcerózní kolitida	271	252	93%	122%
Alkoholismus a návyk.látky	472	436	92%	103%
Schizofrenie apod.	601	522	87%	105%
CHOPN	3 039	2 598	85%	90%
Postižení sluchu	2 800	2 300	82%	109%
Afektivní poruchy	1 351	1 033	76%	109%

### Obr. 3.4 Praktikující lékaři na 1 000 obyvatel, r. 2000 a 2017

Zdroj: *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paříž: OECD Publishing, 2019, str. 173, obr. 8.3. ISBN 978-92-64-38208-4 (print), str. 173, obr. 8.3. Dostupné online z: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1599649482&id=id&accname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871>

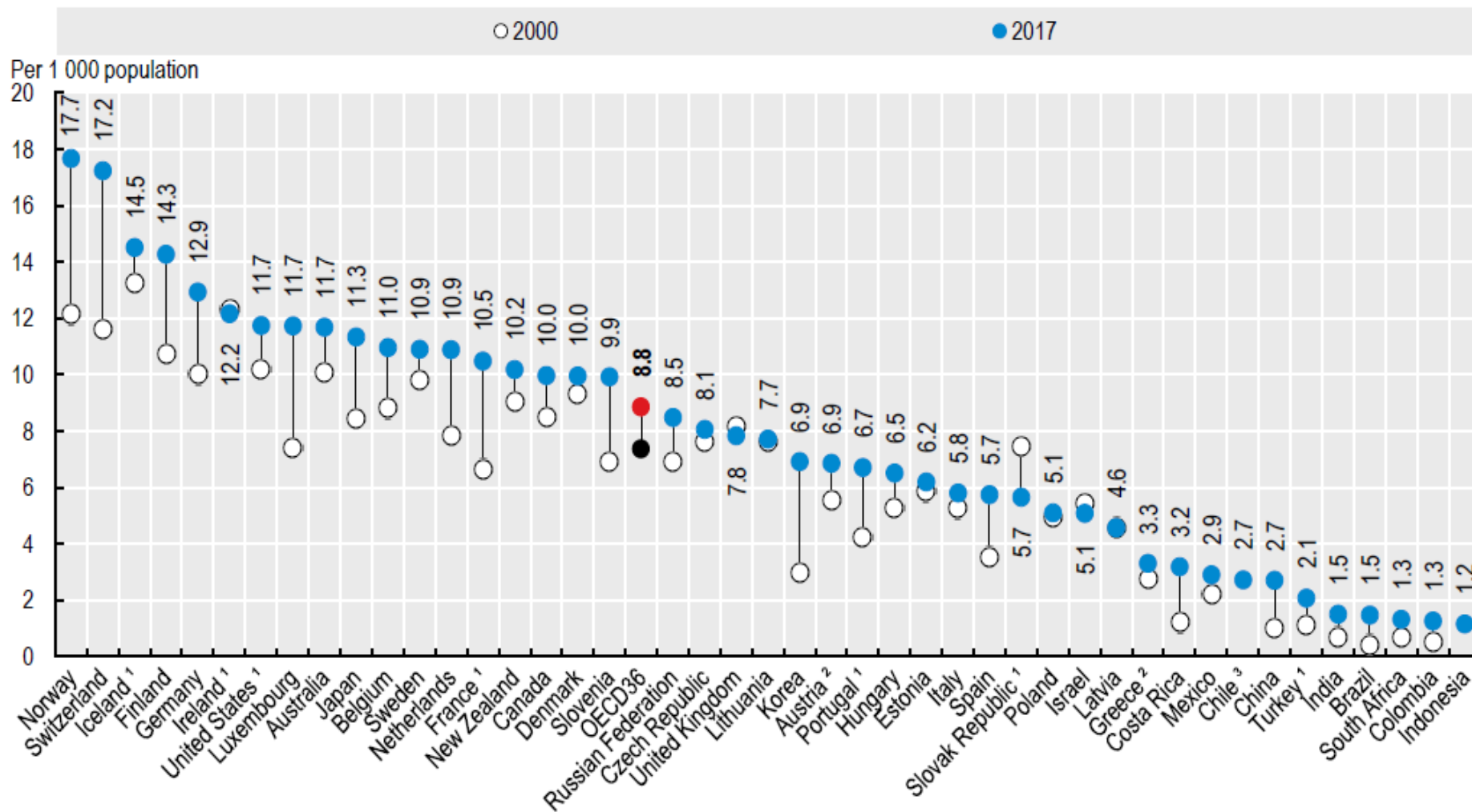
Practising doctors per 1 000 population, 2000 and 2017 (or nearest year)



### Obr. 3.5 Praktikující zdravotní sestry na 1 000 obyvatel, r. 2000 a 2017

Zdroj: *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paříž: OECD Publishing, 2019, str. 179, obr. 8.10. ISBN 978-92-64-38208-4 (print).  
 Dostupné online z: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1599649482&id=id&acname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871>

Practising nurses per 1 000 population, 2000 and 2017 (or nearest year)



### Obr. 3.6 Shrnutí vývoje počtů lékařů a sester podle grafů OECD za období let 2000-2017

Shrnutí předcházejících obr. 3.4 a 3.5

Zdroj: *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paříž: OECD Publishing, 2019. ISBN 978-92-64-38208-4 (print). Dostupné online z:

<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09->

[en.pdf?expires=1599649482&id=id&accname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1599649482&id=id&accname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871)

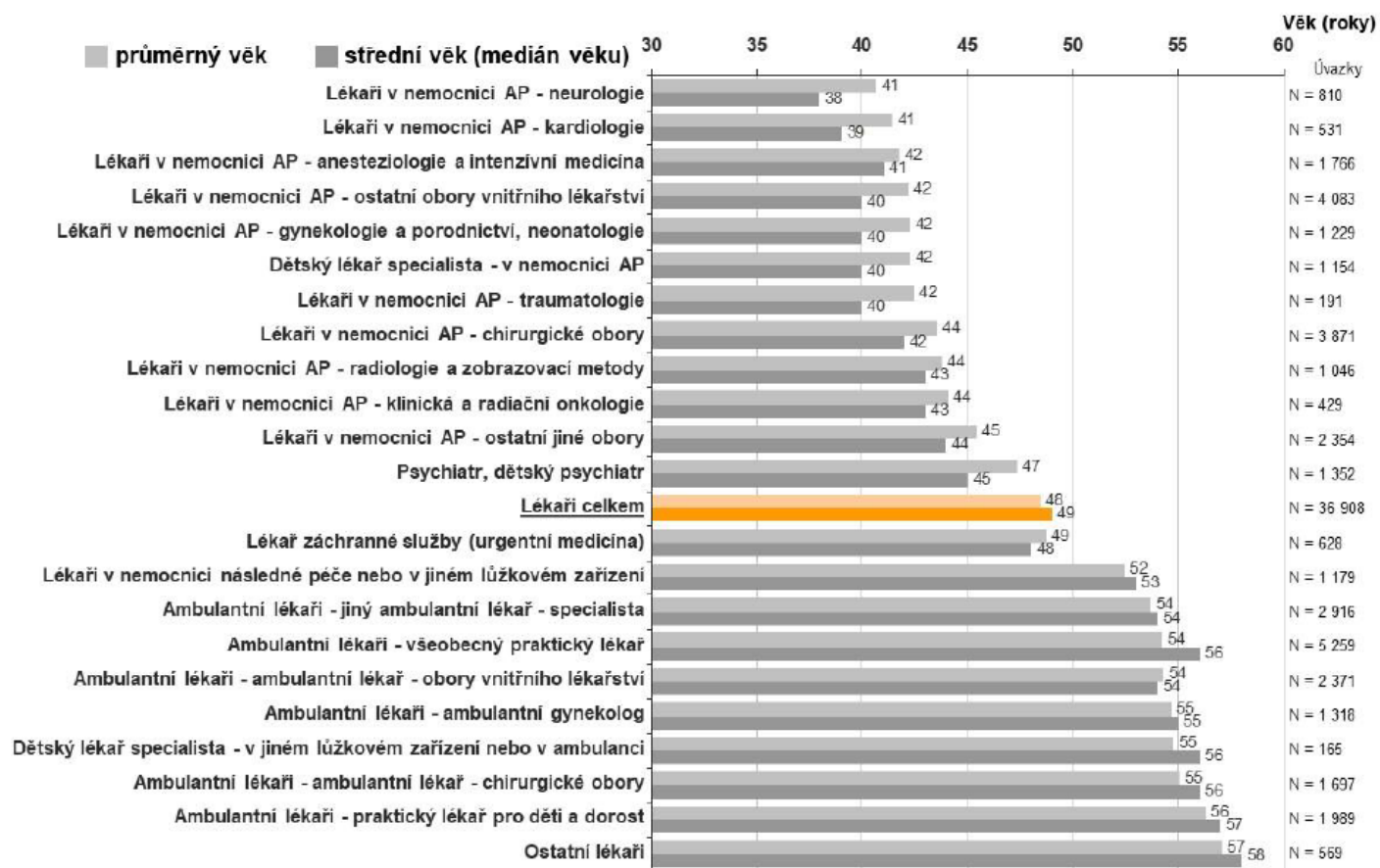
<b>počet na 1000 obyvatel</b>	<b>Rok 2000</b>	<b>Rok 2017</b>	<b>2017/2000 (nárůst v %)</b>
lékaři ČR	3,37	3,70	9,7 %
lékaři OECD	2,76	3,50	26,8 %
sestry ČR	7,60	8,10	6,6 %
sestry OECD	7,40	8,80	18,9 %

## Obr. 3.11 Neoptimální demografický vývoj českých lékařů

Zdroj: NR-ZP, citováno dle *Analytický podklad pro Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* - schválený dokument (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č. 817). Analytický podklad byl MZ ČR zveřejněn jako prezentace, datovaná 17.5.2019, s. 37. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17382/37700/Strategick%C3%BD%20r%C3%A1mec%20Zdrav%C3%AD%202030.pdf>

## Neoptimální demografický vývoj českých lékařů

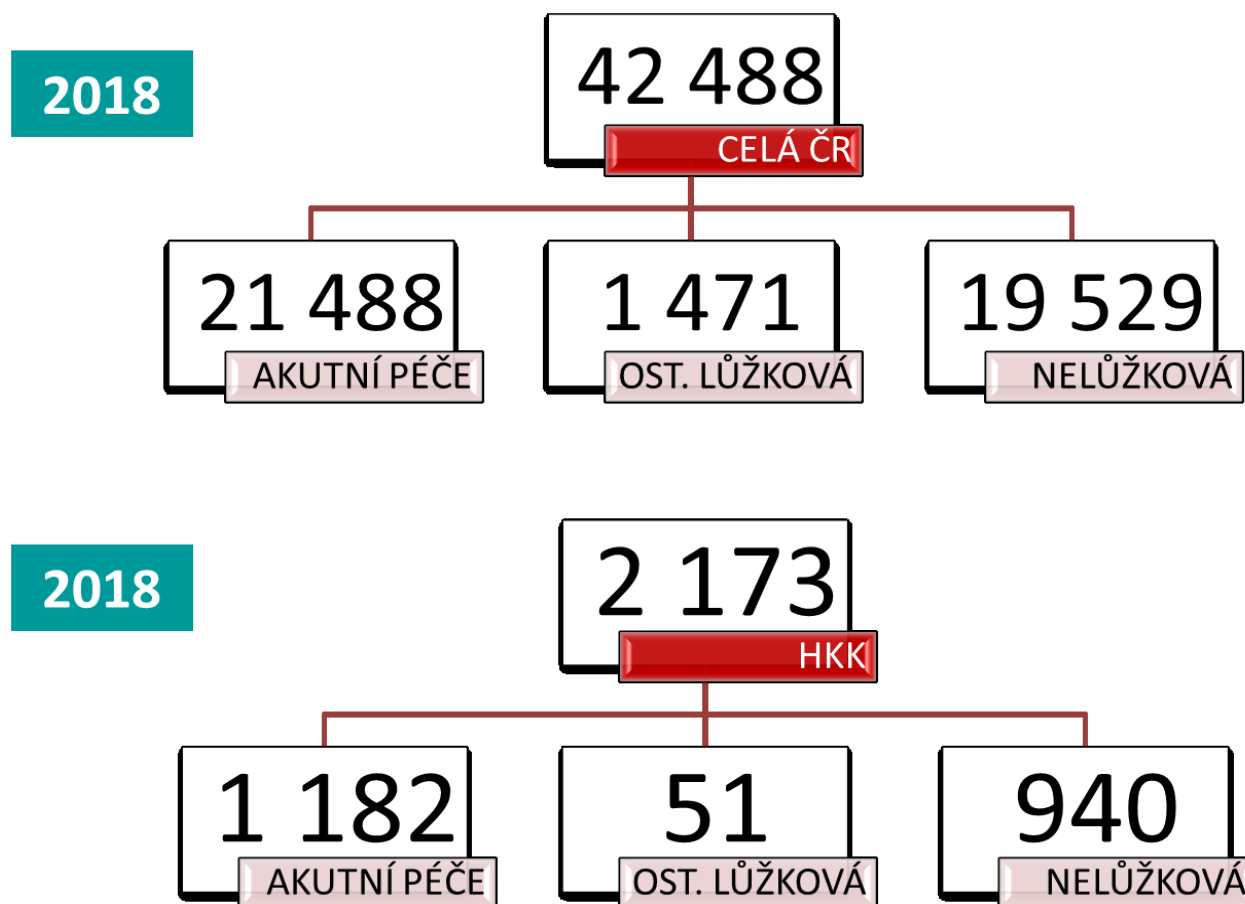
Zdroj: Národní registr zdravotnických pracovníků (NR-ZP)



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

### Obr. 3.20 Kapacity lékařů v počtu úvazků dle segmentů péče – v ČR a v KHK

Zdroj: Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-101, 102. Dostupné online z: [http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-\\_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/](http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/)



### Obr. 3.33 Průměrný věk lékařů v různých oborech

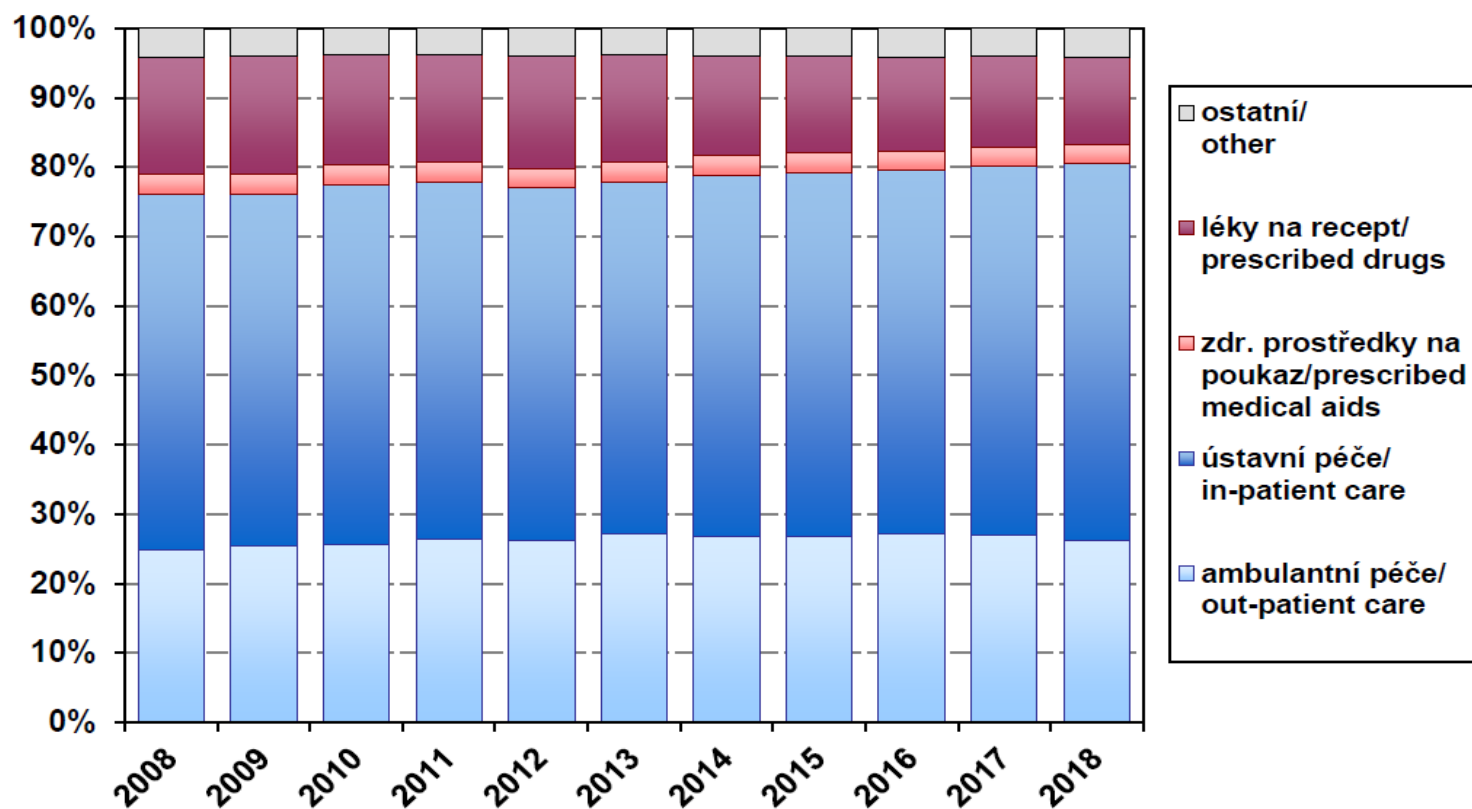
Zdroj: *Analytický podklad pro Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* - schválený dokument (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č. 817). Analytický podklad byl MZ ČR zveřejněn jako prezentace, datovaná 17.5.2019, s. 37. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17382/37700/Strategick%C3%BD%20r%C3%A1mec%20Zdrav%C3%AD%202030.pdf>

Obory	střední věk (medián, roky) r.2019	
	nemocnice akutní péče	ambulantní terén
obory interního lékařství	40	54
gynekologie a porodnictví	40	55
specializované obory dětského lékařství	40	56
chirurgické obory	42	56
PL pro dospělé		56
PL pro děti a dorost		57

### Obr. 8.3 Vývoj proporce nákladů zdravotního pojištění na vybrané segmenty zdravotní péče (r. 2018)

Zdroj: Zdravotnická ročenka České republiky 2018, Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky ČR, 2019, str.160 graf dole. ISSN 1210-9991. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>

**Podíl nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle segmentů**  
*Structure of costs of health insurance companies by segments of health care*





## Obr. 8.4 Vývoj nákladů zdravotního pojištění ve vybraných segmentech zdravotní péče

Zdroj: Zdravotnická ročenka České republiky 2018, Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky ČR, 2019, str.160, graf nahoře. ISSN 1210-9991. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>

### Index nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči dle segmentů (rok 2008 = 100)

*Index of costs of health insurance companies by segments of health care (year 2008 = 100)*

