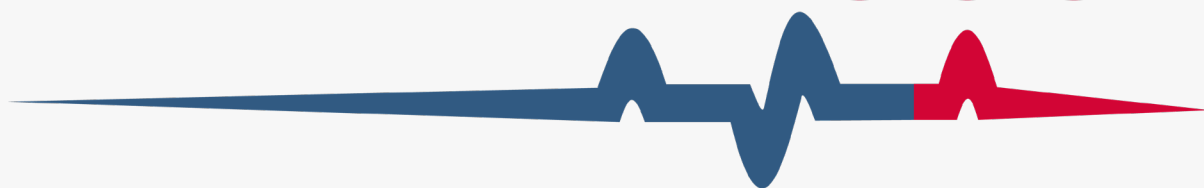


STRATEGICKÝ RÁMEC ROZVOJE PÉČE O ZDRAVÍ V ČESKÉ REPUBLICE DO ROKU 2030



ZDRAVÍ2030



ZDRAVÍ 2030 – analytická studie



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY





MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

„ZDRAVÍ 2030“ analytická studie



Významné zdroje dat pro analytickou studii



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

Národní zdravotnický informační systém (NZIS) – I.

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

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

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

Národní zdravotnický informační systém (NZIS) – II.

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

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

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

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

Další zdroje demografických dat a ukazatelů zdravotního stavu populace

Zdroje demografických populačních dat

- Jako součást monitoringu vývoje české populace zpracovává Český statistický úřad (ČSÚ) data o demografické struktuře obyvatelstva ČR, které jsou k dispozici na webových stránkách ČSÚ. Tato data postihují hlavní demografické charakteristiky české populace, zejména celkový počet obyvatel, detailní věkovou strukturu, charakteristiky očekávané délky života i např. projekci vývoje věkové struktury obyvatelstva ČR až do roku 2050.

Data o dostupnosti sociálních a zdravotně sociálních služeb

- Roční výkaz o sociálních službách - *Soc (MPSV) V 1-01: poskytovatelé sociálních služeb*, kteří jsou definováni v § 6 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Kapacita sociálních služeb, složení uživatelů sociálních služeb a jejich zdravotní stav, personální zabezpečení služby, ekonomické ukazatele sociální služby včetně průměrného evidenčního počtu zaměstnanců, využití krizových lůžek a činnost intervenčního centra.

Evropská výběrová šetření o zdraví v ČR

☐ Šetření EHIS (European Health Interview Survey)

- Evropské výběrové šetření o zdraví (EHIS) je důležitou součástí zdravotnické statistiky v mezinárodním měřítku. Realizace tohoto šetření je pro země EU povinná, a to dle nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 1338/2008 o statistice Společenství v oblasti veřejného zdraví a bezpečnosti a ochrany zdraví při práci. 1. vlna šetření EHIS byla realizována dle jednotné metodiky na dobrovolné bázi v letech 2006–2009 a 2. vlna šetření EHIS v rozmezí let 2013–2015 ve všech zemích EU28. Metodicky je realizace výběrových šetření koordinována v rámci Technické skupiny TG HIS při Eurostatu, složené ze zástupců členských zemí, poslední jednání TG HIS proběhlo 21.3.2019 v Lucemburku.

☐ Šetření EHES (European Health Examination Survey)

- Výběrové šetření zdravotního stavu evropské populace s lékařským vyšetřením je zaměřeno především na srdečně-cévní onemocnění, sledování vybraných ukazatelů patří mezi indikátory navržené WHO pro splnění cíle snížit předčasnou intenzitu úmrtnosti na chronická onemocnění vhodnými preventivními aktivitami. Úkolem EHES je tak monitorovat situaci v populaci a poskytovat informace potřebné pro zlepšení zdravotního stavu, snížení nákladů na léčbu onemocnění a jejich komplikací a zvýšení produktivity populace v ekonomicky aktivním věku.
- Hlavním metodikem v provedení lékařských vyšetření s odběrem žilní krve je v rámci Evropy koordinační centrum pro realizaci EHES, Institut pro zdraví a sociální péči (THL) v Helsinkách. Pomáhá budovat síť EHES ve státech EU a usiluje o zajištění standardizovaného a vysoce kvalitního sběru dat prostřednictvím národních šetření s lékařským vyšetřením. Je realizováno v cca 15 zemích Evropy.

Zdroje makroekonomických dat a dat o výdajích zdravotních pojišťoven

Monitor státní pokladny - datový katalog Monitor dle principů Open data poskytuje přístup ke zdrojovým datům a to jak kmenovým, tak transakčním. Tato data jsou vhodná pro uživatele, kteří je potřebují pro další zpracování ve svých systémech. Kmenová data jsou k dispozici v podobě webových služeb, transakční data jsou k dispozici v podobě souborů CSV a také webových služeb.

(Zdroj: <http://monitor.statnipokladna.cz/2016/kraje/>)

Český statistický úřad – data z Veřejné databáze ČSU - Příjmy a výdaje krajů, obcí a dobrovolných svazků obcí (souhrn rozpočtů krajů, obcí a svazků obcí)

Výroční zprávy zdravotních pojišťoven - schválený zdravotně pojistný plán, nebo do schválení zdravotně pojistného plánu provizorium, výroční zprávu a účetní závěrku pojišťovna zveřejňuje na svých internetových stránkách.

ÚZIS - E (MZ) 6-02 - Pololetní výkaz o ekonomice poskytovatele zdravotních služeb - lůžkové zařízení - statistická zjišťování Ministerstva zdravotnictví jsou součástí Programu statistických zjišťování v České republice za každý kalendářní rok. Výkaz vyplňují poskytovatelé lůžkové péče bez ohledu na jejich zřizovatele.

Významné mezinárodní zdroje dat a informací

- European Core Health Indicators (ECHI), ECHI Data Tool, https://ec.europa.eu/health/indicators_data/indicators_en, 1.4.2019
- Evropské výběrové šetření o zdraví EHIS (European Health Interview Survey), <http://www.uzis.cz/ehis/setreni-ehis-2014>, 1.4.2019
- Eurostat, Life expectancy by age and sex (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_mlexpec&lang=en), 1.4.2019
- Eurostat, Healthy life years (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_hlye&lang=en)
- Eurostat Health Database (2019)
- Eurostat, https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_co_dischls (Hospital discharges and length of stay for inpatient and curative care) <http://ec.europa.eu/health/dyna/echi/datatool/index.cfm>
- OECD (2018), OECD Economic Surveys: Czech Republic 2018. OECD Publishing, Paris
- OECD (2019) Health status
- OECD (2018) Health Statistics
- OECD (2017) Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris
- OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris
- OECD/Eurostat/WHO-Europe Joint Data Collection on Non-Monetary Health Care Statistics
- EUROPERISTAT
- IDF Diabetes Atlas 2017 (8. vydání)
- Herman WH et al. Ann Intern Med 2005;142:323–332.
- Sørensen et al. European Journal of Public Health 2015; 25(6): 1053–1058.
- Cancer Screening in the European Union, Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. 2017.
- De Angelis et al. Lancet Oncology 2014; 15: 23–34.
- Allemani et al. The Lancet 2018; 391: 1023–1075.

Významné on-line dostupné zdroje dat o síti poskytovatelů zdravotních služeb a o dostupnosti zdravotní péče

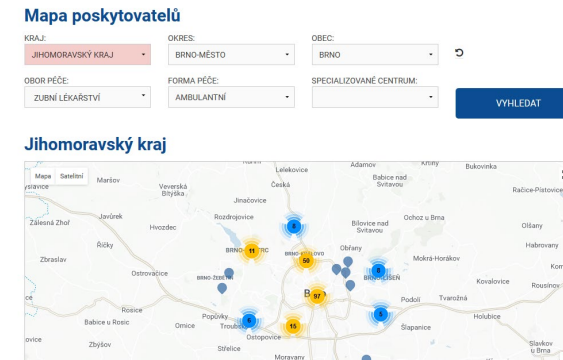
<http://nrpzs.uzis.cz/>



Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS) poskytuje kompletní přehled o všech poskytovatelích zdravotní péče v České republice, bez ohledu na jejich zřizovatele. Poskytuje údaje o profilu a rozsahu péče poskytované jednotlivými zdravotnickými zařízeními, obsahuje kontaktní údaje na daná zdravotnická zařízení a další podrobnější informace.

Pro veřejnost Pro správní orgán Pro poskytovatele zdravotních služeb

Interaktivní mapové vyhledávání



Mapa poskytovatelů

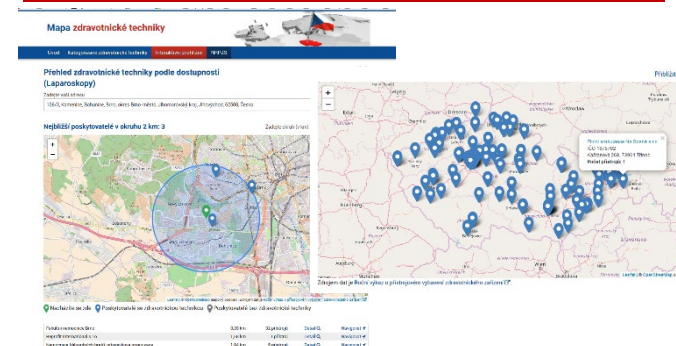
KRAJ: JIHOMORAVSKÝ KRAJ OKRES: BRNO-MĚSTO OBEC: BRNO

OBOR PÉČE: ZUBNÍ LÉKAŘSTVÍ FORMA PÉČE: AMBULANTNÍ SPECIALIZOVANÉ CENTRUM:

VYHLEDAT

Jihomoravský kraj

Portál zdravotnické techniky



Mapa zdravotnické techniky

Přehled zdravotnické techniky podle dostupnosti (Laparoskopy)

Název zdravotnické techniky: Laparoskopie

Místo poskytnutí: Brno

Kategorie: Chirurgie

Stav: Dostupná

Datum aktualizace: 2023-10-27

Od roku 2017 uvádí resort zdravotnictví postupně jednotlivé centrální zdroje dat do podoby umožňující on-line zpřístupnění a provoz on-line služeb. Nejvýznamnějším je z tohoto pohledu Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb, který je vybaven vlastním portálem pracujícím v režimu otevřených dat (dle zmocnění v z. 372/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů). Nad tímto portálem jsou dále vyvíjeny nové aplikace interaktivně prezentující dostupnost různých typů péče, přístrojové techniky poskytovatelů. apod.



„ZDRAVÍ 2030“ analytická studie



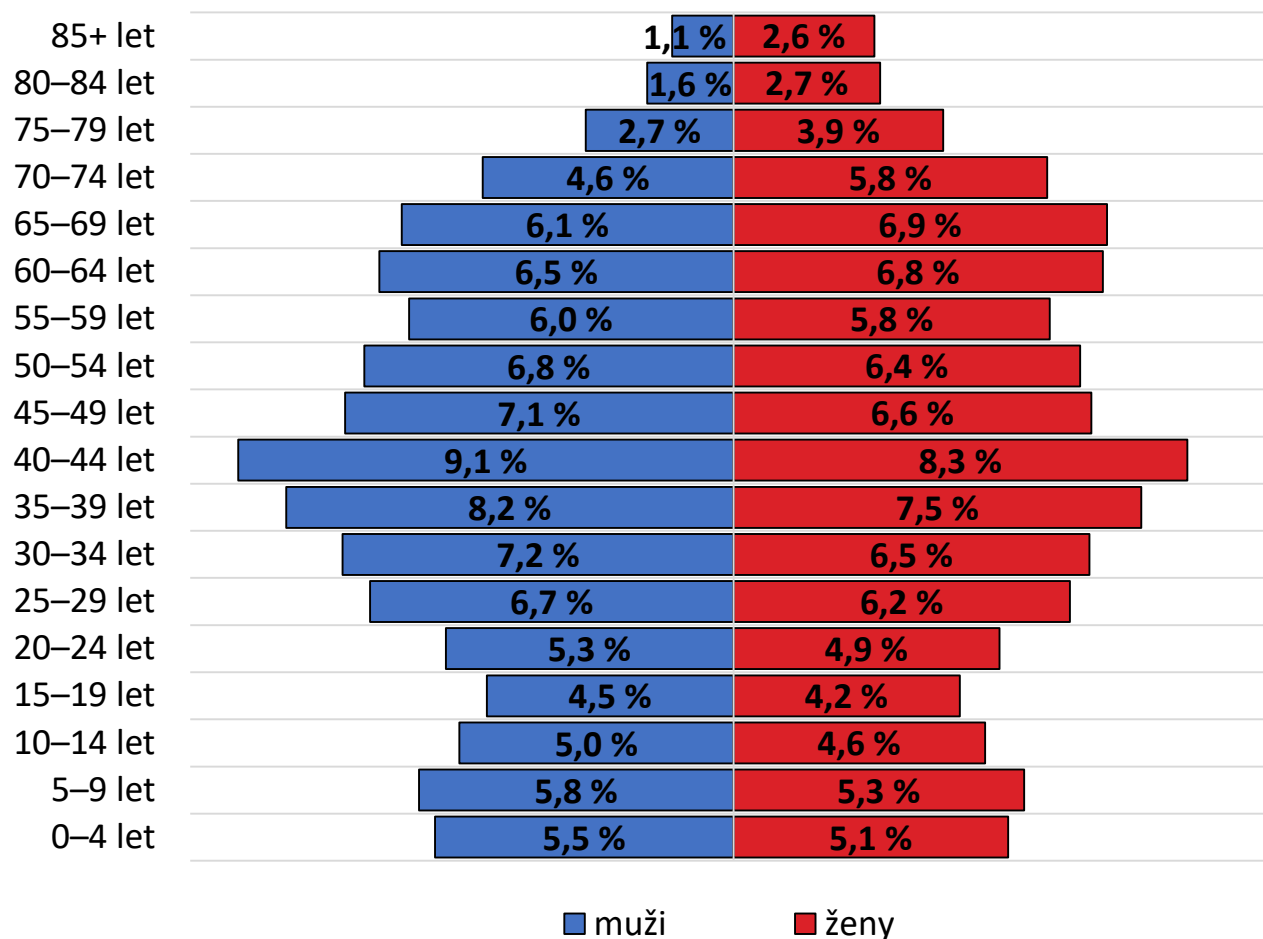
**Demografické a socioekonomické faktory
determinující vývoj potřeb zdravotní péče**



Obyvatelstvo podle pohlaví a věku

Zdroj: Český statistický úřad

Věkové rozložení obyvatelstva v ČR v roce 2017



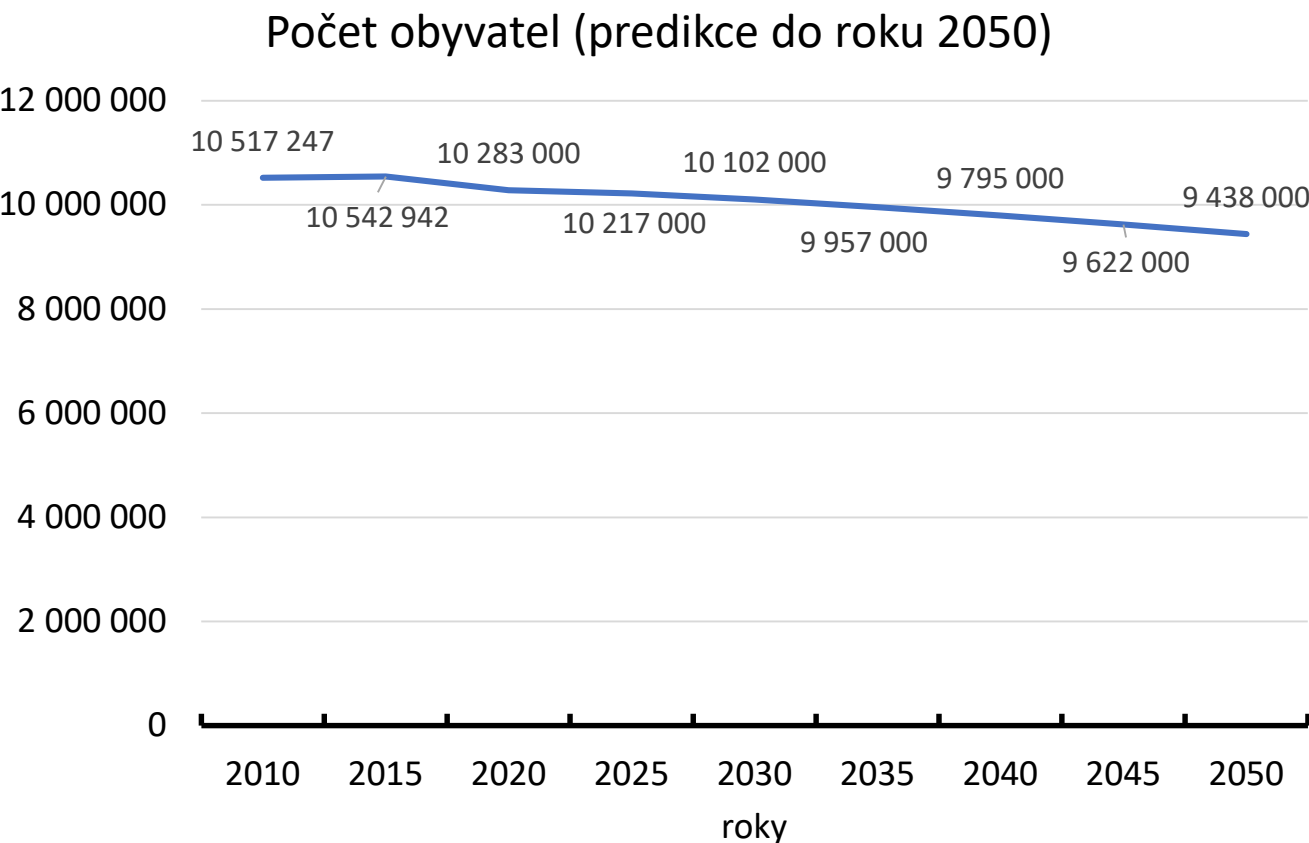
Struktura populace s vysokým podílem starších obyvatel jak u mužů, tak i u žen je významným faktorem určujícím budoucí vývoj českého zdravotnictví očekávatelné potřeby zdravotních a sociálních služeb. Průměrný věk populace českých mužů je 40,8 let, u žen 43,6 let. Podíl osob nad 60 let věku je přibližně 25%.

Demografické predikce ukazují, že v následujících 30 letech dojde k významnému nárůstu podílu obyvatel starších než 60 let a obyvatel starších než 65 let. S tímto vývojem bude nevyhnutelně spojena vyšší nemocnost typická pro populaci seniorů. Populační modely v souvislosti s tím ukazují na očekávatelný nárůst počtu pacientů se zhoubnými nádory, nemocemi oběhové soustavy a s diabetem.

Podstatný bude rovněž růst počtu nemocných seniorů s neurodegenerativními onemocněními (demence, Alzheimerova choroba, apod.). Tato podstatná část populace bude potřebovat dlouhodobou a téměř celodenní zdravotně-sociální péči. Budoucí demografický vývoj české populace tak bude výzvou i pro segment paliativní medicíny a obecně i pro segment zdravotně sociálních služeb v závěru života.

Počet obyvatel a jeho očekávaný vývoj

Zdroj: Český statistický úřad



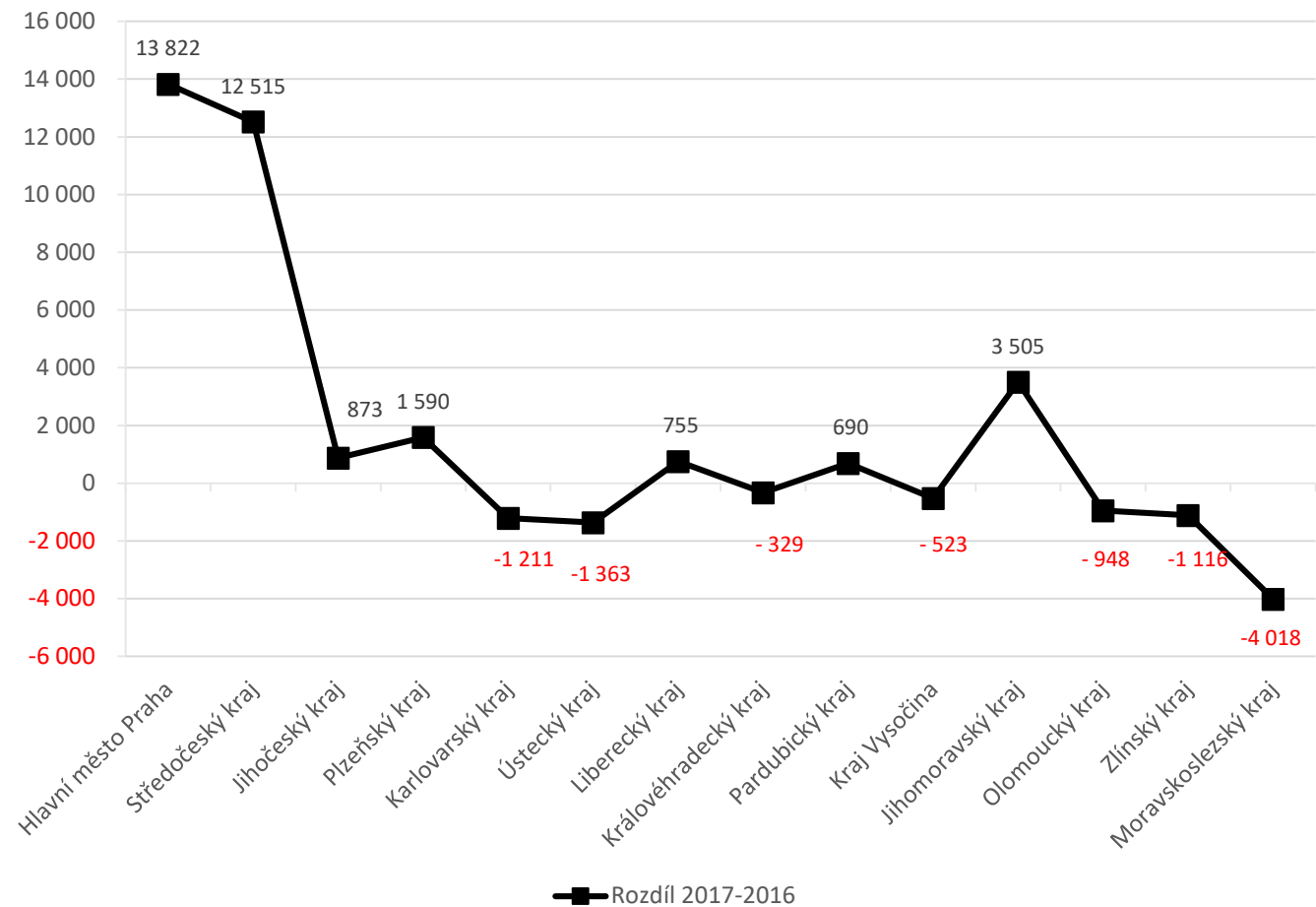
Hustota obyvatelstva dle krajů		
Kraj:	Hustota obyvatelstva na 1 km ²	Pořadí kraje
Středočeský kraj	123	7.
Hlavní město Praha	2 610	1.
Moravskoslezský kraj	222	2.
Jihomoravský kraj	164	3.
Ústecký kraj	154	4.
Jihočeský kraj	64	14.
Olomoucký kraj	120	8.
Zlínský kraj	147	5.
Plzeňský kraj	77	12.
Královéhradecký kraj	116	9.
Pardubický kraj	115	10.
Kraj Vysočina	75	13.
Liberecký kraj	140	6.
Karlovarský kraj	89	11.
Česká republika	135	

Počet obyvatel v ČR vykazuje dlouhodobě setrvalý pokles a prediktivní modely indikují další pokračování tohoto trendu. Hustota obyvatel je mezi jednotlivými kraji značně nevyrovnaná a mezi-regionální migrace směřuje dlouhodobě do měst. Pozitivní přírůstek obyvatelstva zaznamenává pouze kraj Jihomoravský, Středočeský a hlavní město Praha.

Počet obyvatel a jeho vývoj v krajích ČR

Zdroj: Český statistický úřad

Rozdíl v počtu obyvatel v krajích ČR 2017-2016



Počet obyvatel v krajích ČR 2017-2016

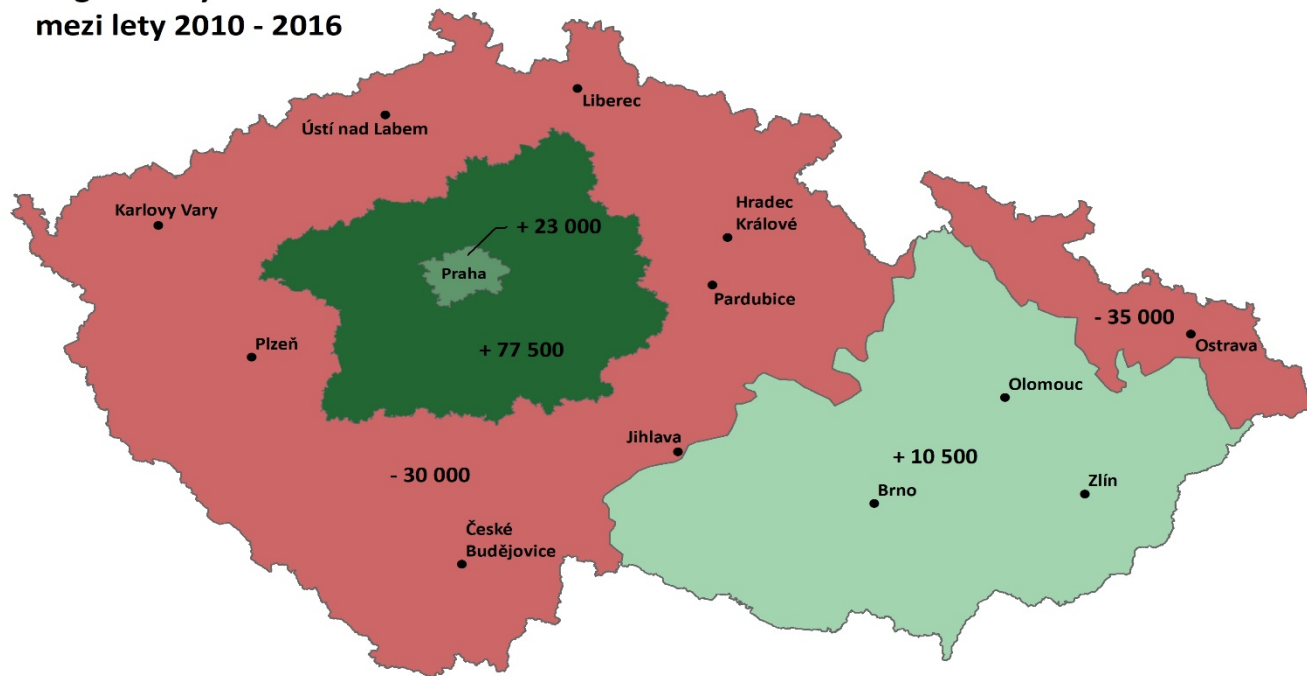
KRAJ	2017	2016
PHA	1 286 554	1 272 732
STC	1 345 764	1 333 249
JHC	639 180	638 307
PLK	579 228	577 638
KVK	296 106	297 317
ULK	820 937	822 300
LBK	440 934	440 179
HKK	550 848	551 177
PAK	517 243	516 553
VYS	508 664	509 187
JHM	1 180 477	1 176 972
OLK	633 133	634 081
ZLK	583 039	584 155
MSK	1 207 419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

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

Migrace obyvatel ČR dle území Čechy, Morava a Slezsko

Zdroj: Český statistický úřad

Migrace obyvatel
mezi lety 2010 - 2016



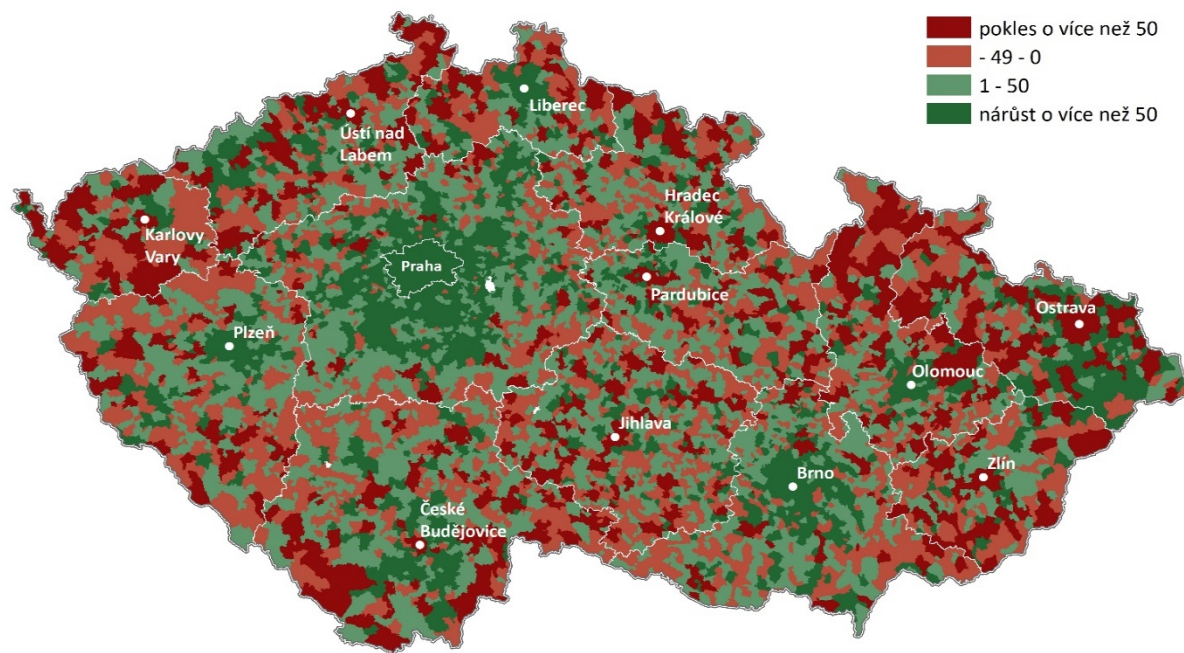
Z analýzy trendových změn 2010 – 2016 je zřejmý odlišný vývoj v počtu obyvatel v jednotlivých částech ČR. Oblast Slezska klesá v počtu obyvatel (v roce 2016 je velikost populace nižší než v roce 2010), stejný vývoj je zaznamenán i v krajích Čech, s výjimkou Středočeského kraje a Hlavního města Prahy.

Naopak oblast Moravy vykazuje růst v počtu obyvatel, zásadní je však růst obyvatel ve Středočeském kraji a v Hlavním městě Praha. Oblasti, kde dochází k pozitivnímu vývoji počtu obyvatel mají vyšší požadavky na poskytované zdravotní služby.

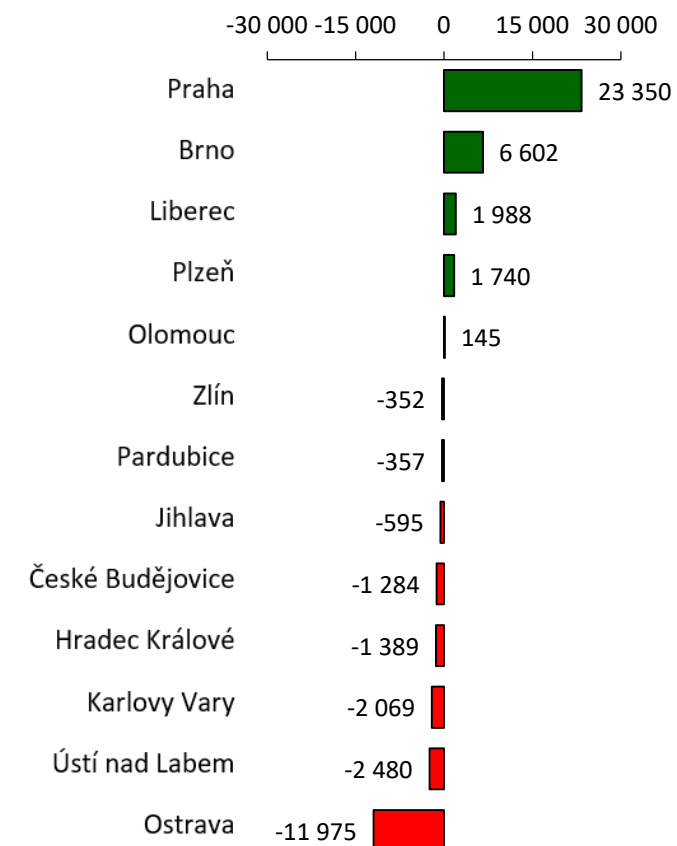
Migrace obyvatel ČR dle jednotlivých obcí

Zdroj: Český statistický úřad

Migrace obyvatel
mezi lety 2010 - 2016



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

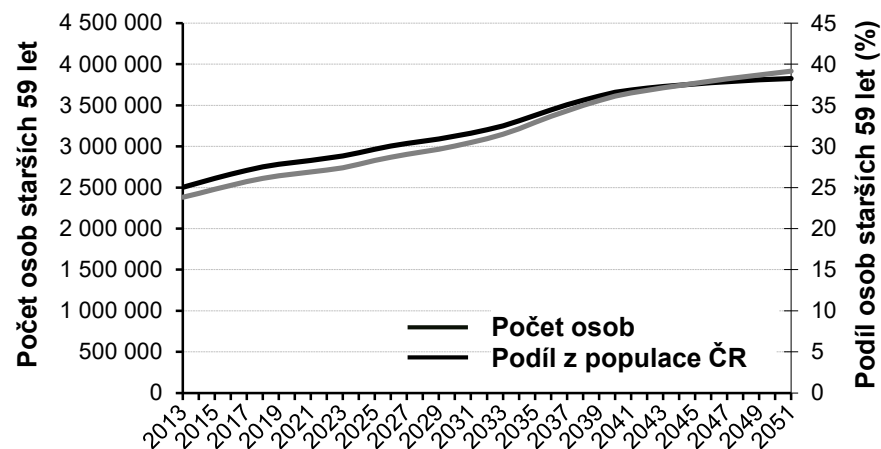


Migrace obyvatel v ČR mezi rokem 2016 a 2010 má kladné saldo především v okolí velkých měst, i když vývoj není ve všech krajích stejný. Při porovnání krajských měst je zaznamenán především nárůst v počtu obyvatel v Praze a jejím okolí, Brně, Liberci, Plzni a Olomouci. Záporné saldo v počtu obyvatel mají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

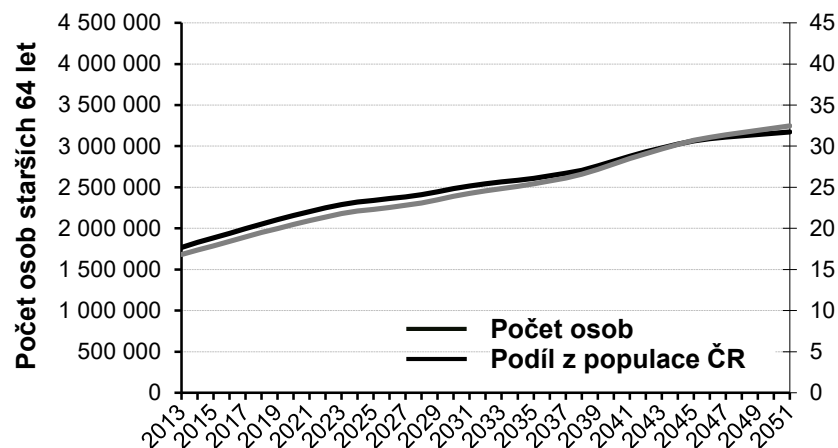
Trendy stárnutí české populace v projekci do roku 2050

Zdroj: Český statistický úřad

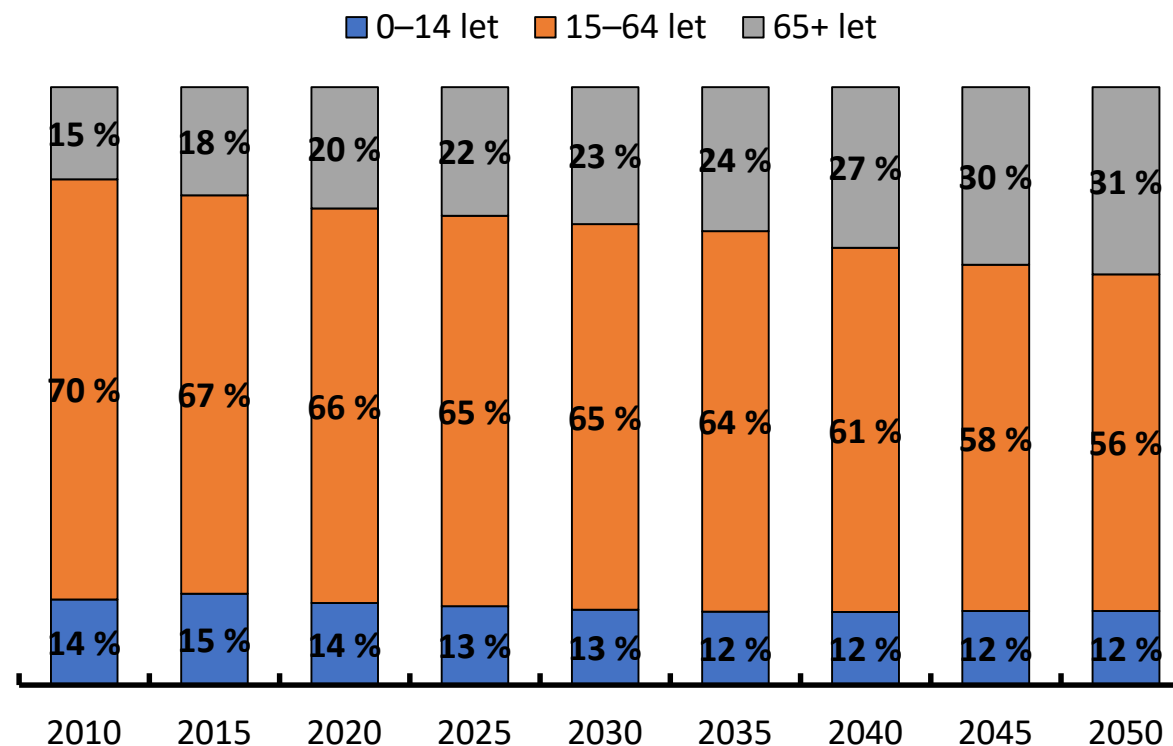
Počet a podíl osob věku 60+



Počet a podíl osob věku 65+



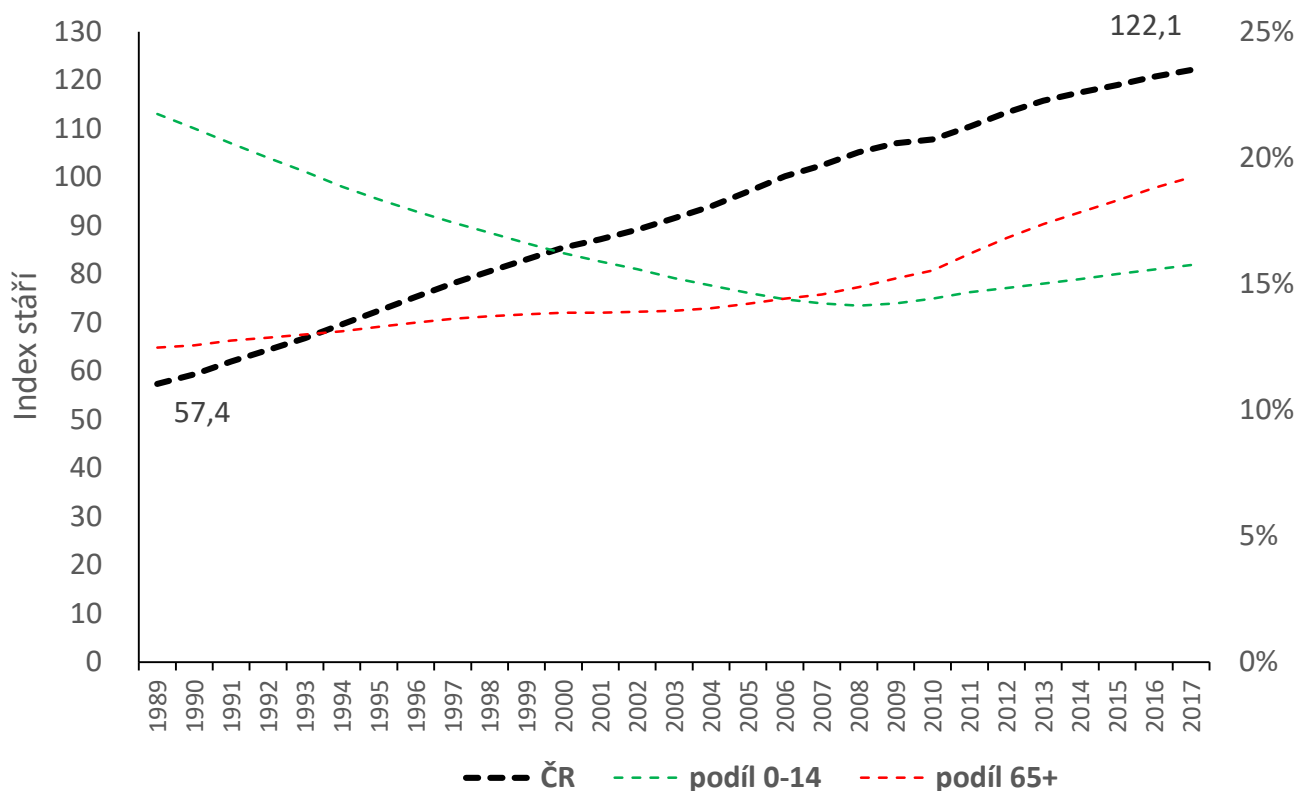
Podíl věkových skupin (predikce do roku 2050)



Vývoj indexu stáří a další trendy ukazující na stárnutí české populace

Zdroj dat: Český statistický úřad

Vývoj indexu stáří k 31. 12. v letech 1989 až 2017

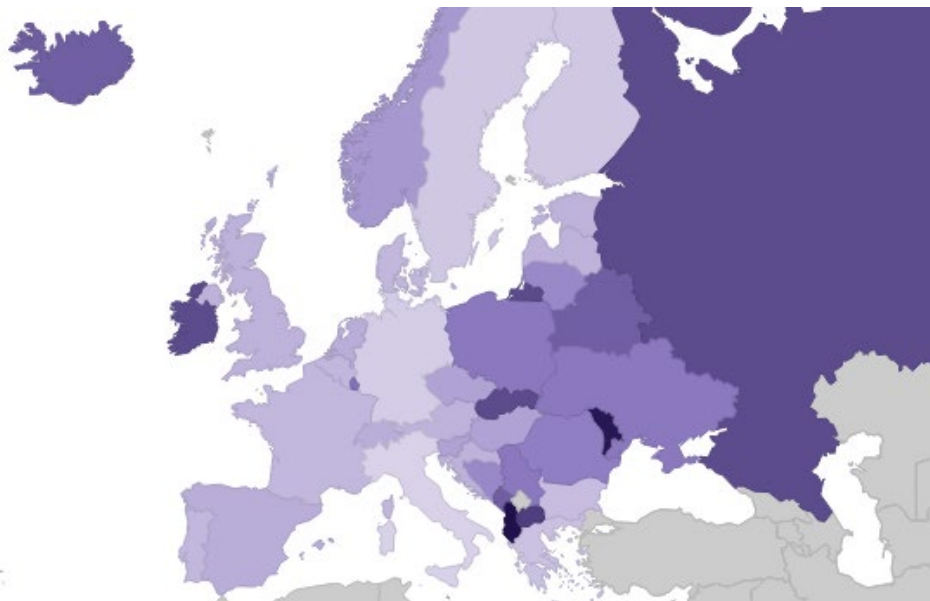


Index stáří vyjadřuje počet seniorů ve věku 65+ na 100 dětí ve věku 0–14 let. Ve stárnoucí české populaci hodnota indexu stáří dlouhodobě významně narůstá, a to i přes to, že o roce 2007 se mírně zvyšuje podíl osob ve věku 0 – 14 let. Nicméně podíl seniorů starších než 65 let roste konzistentně a významněji než podíl dětí. Rovněž dlouhodobé predikce dokládají další pokračování stárnutí populace ČR.

Stárnutí české populace dle indexu závislosti

Zdroj: Český statistický úřad, *The World Factbook CIA*

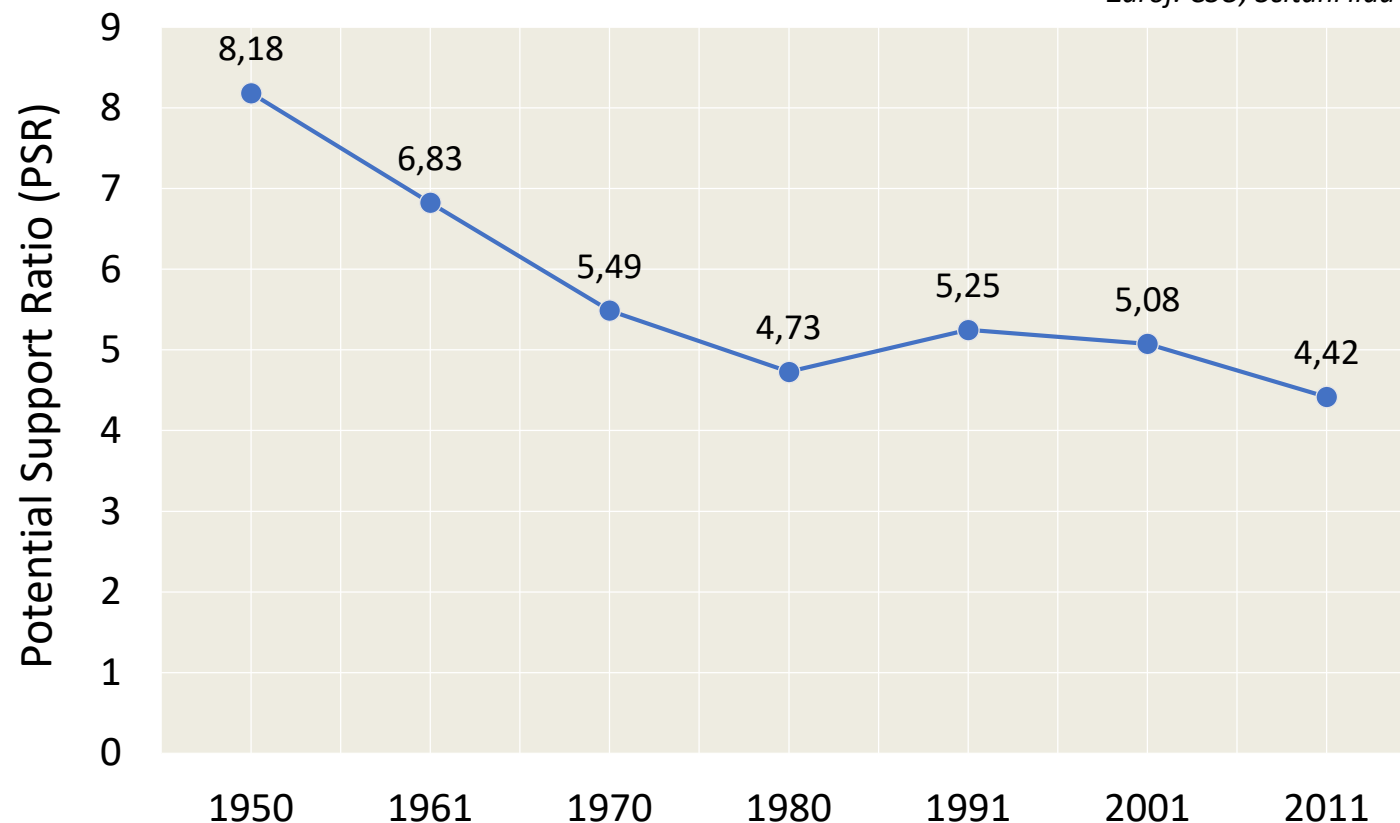
Mezinárodní srovnání



Pořadí	Stát	PSR
1.	Albánie	6.3
2.	Moldavsko	6.2
3.	Kypr	5.6
⋮		
20.	Česká republika	3.9
⋮		
38.	Švédsko	3.2
39.	Německo	3.1
40.	Itálie	3.0

Vývoj hodnot PSR pro českou populaci

Zdroj: ČSÚ, Sčítání lidu



Potential Support Ratio (PSR) je populační ukazatel tzv. závislosti. PSR je ukazuje kolik osob v produktivním věku (15-64 let) připadá na jednu osobu ve věku 65 let a více. S jistou mírou zjednodušení, lze říci, že PSR rozděluje Evropu na západ a východ, přičemž Česká republika leží uprostřed této hranice. V roce 2014 dosáhl PSR index celosvětové hodnoty 8.1. Evropa se pohybuje na hodnotě 3.9. Poměr ekonomicky aktivních ku seniorům (PSR) se v České republice od roku 1950 snížil na polovinu. Tento fakt odráží znatelnou změnu ve složení české populace. Stárnutí populace klade zvýšené nároky na sociální systém, ale i na zajištění zdravotní péče, paliativní péči nevymáhá.

Index závislosti - projekce

Zdroj: ČSÚ

Počet obyvatel ve věku:	k 1. 1. 2017	k 1. 1. 2020	k 1. 1. 2030	k 1. 1. 2040	k 1. 1. 2050
0-14 let	1 615 844	1 622 053	1 355 818	1 229 454	1 264 703
15 až 65 let	6 922 570	6 754 217	6 557 007	6 077 801	5 389 512
65 let a více	1 997 368	2 156 103	2 483 876	2 819 163	3 158 657
Podíl obyvatel ve věku:	k 1. 1. 2017	k 1. 1. 2020	k 1. 1. 2030	k 1. 1. 2040	k 1. 1. 2050
0-14 let	15,3 %	15,4 %	13,0 %	12,1 %	12,9 %
15 až 64 let	65,7 %	64,1 %	63,1 %	60,0 %	54,9 %
65 let a více	19,0 %	20,5 %	23,9 %	27,8 %	32,2 %
Index závislosti	3,5	3,1	2,6	2,2	1,7

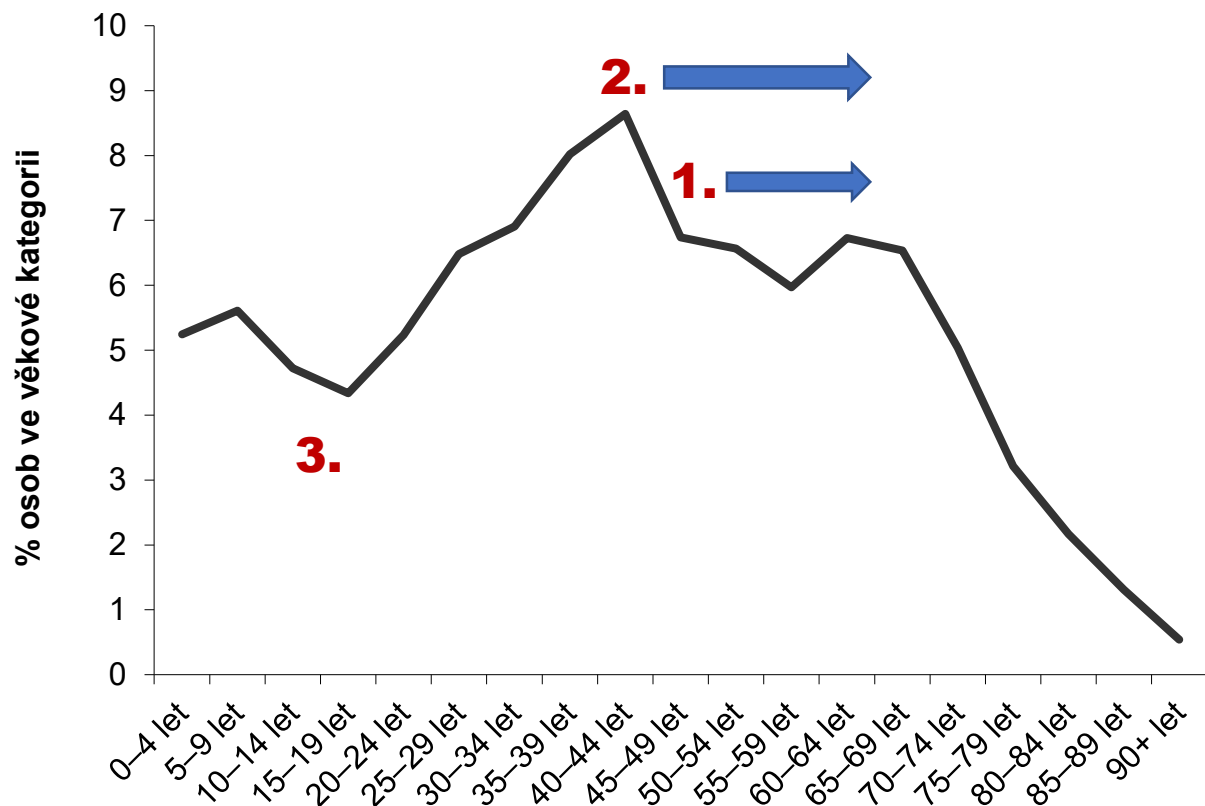
Index závislosti (Potential Support Ratio) je počítán jako podíl kolik osob produktivního věku (15-64 let) připadá na jednu osobu v postproduktivním věku (65 let a více). Index indikuje demografický vývoj a základnu potřebnou pro budoucí péči o seniory. V roce 1950 měl index závislosti v České republice hodnotu 8,2, ještě v roce 1991 byla hodnota tohoto indexu 5,3.

Aktuální hodnoty indexu závislosti (3,5) a zejména projekce do dalších let jasně ukazují, že je třeba očekávat výrazné zatížení ekonomicky aktivní populace péčí o stárnoucí rodinné příslušníky. Úměrně tomu poroste potřeba zdravotní péče.

Věková struktura obyvatelstva ČR v roce 2017

Zdroj: Český statistický úřad

Relativní zastoupení jednotlivých věkových tříd



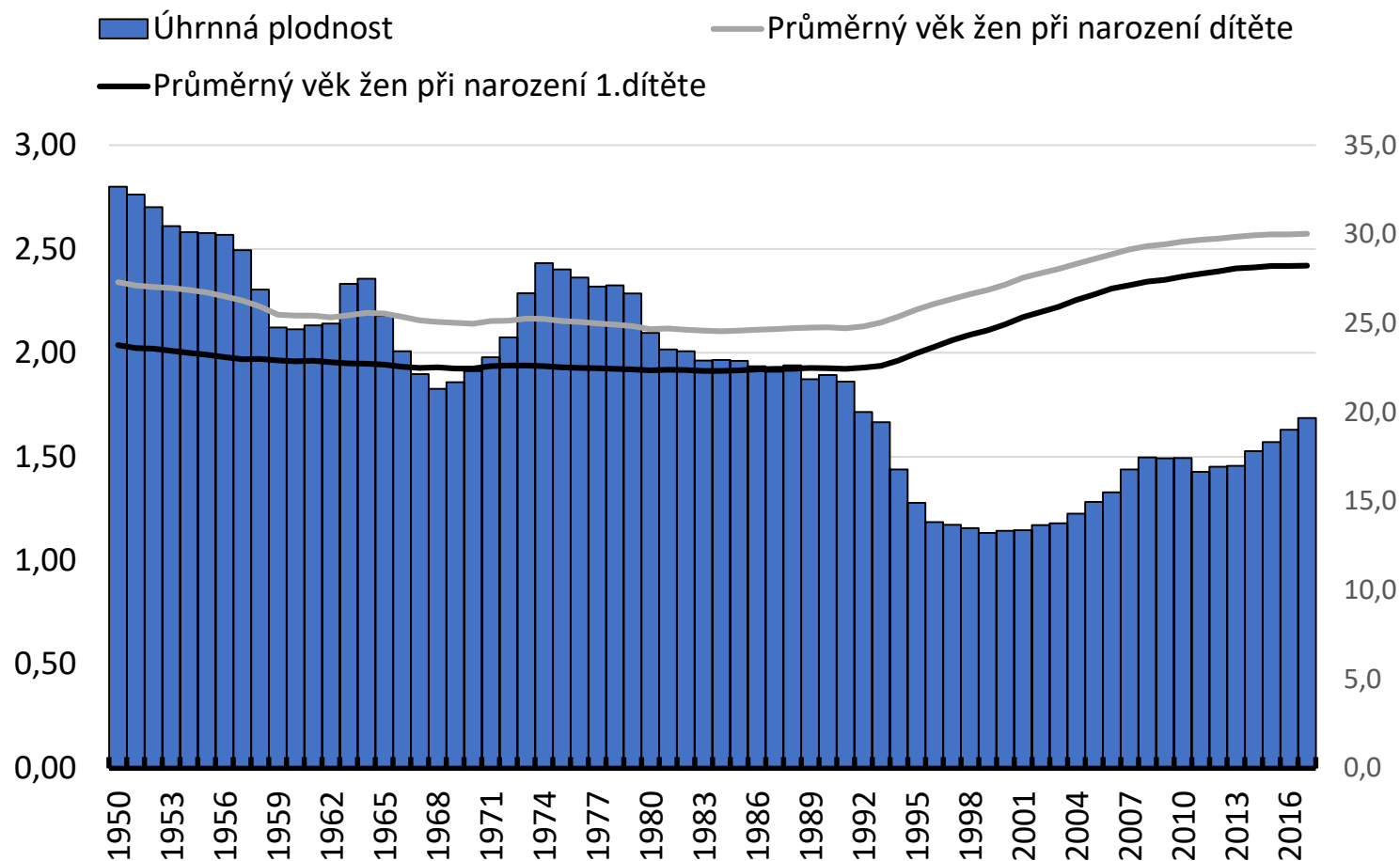
Relativní struktura obyvatelstva ČR viditelně ukazuje tři zásadní věkové třídy, jejichž další posun v čase bude mít významný dopad na zdravotnický systém. Jde o velmi četnou třídu obyvatel ve věku 40 – 50 let a zejména ve věku 30 – 40 let. Tyto populační kategorie zestárnou do věku 60let a více v následujících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

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

Úhrnná plodnost

Zdroj: Český statistický úřad

Úhrnná plodnost ve vztahu k věku ženy při narození dítěte



Zatímco očekávaná délka života populace ČR vzrůstá, očekávaná plodnost stagnuje. Tento fakt negativně ovlivňuje demografický vývoj, který bude nevyhnutelně zvyšovat potřeby čerpání zdravotní péče. Hrubá míra porodnosti jak v České republice, tak v rámci Evropské Unie v posledních deseti letech klesla. Pokračování klesajícího trendu by mělo závažné důsledky pro demografickou strukturu populace ČR. Pozitivem je, že od roku 2014 pozorujeme v ČR opětovný nárůst hrubé míry porodnosti, avšak aktuální hodnoty (< 11,0) jsou stále nižší než byly v období před rokem 2008 (11,5 a více).

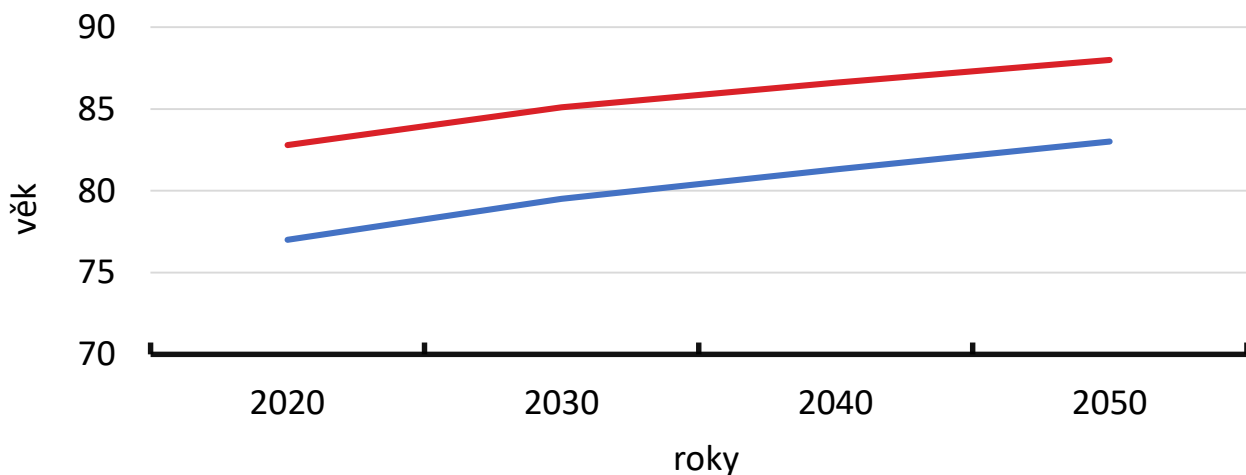
Zvýšený věk rodiček a nedostatečná úhrnná plodnost je jedním ze závažných trendů, který bude v budoucnosti ovlivňovat potřeby čerpání zdravotní péče a strukturu systému zdravotních a sociálních služeb.

Očekávané demografické trendy: porodnost a celková plodnost

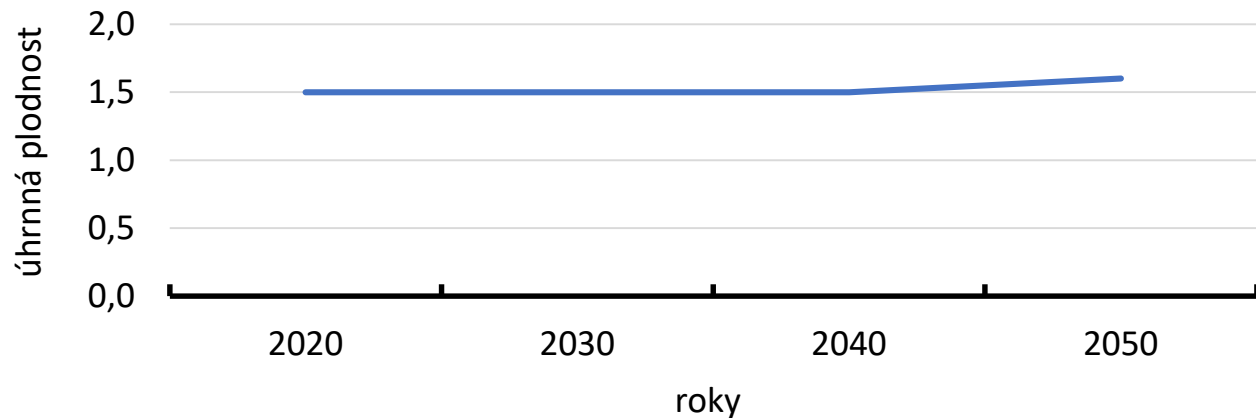
Zdroj: Český statistický úřad

Očekávaný vývoj naděje dožití v ČR

— muži — ženy

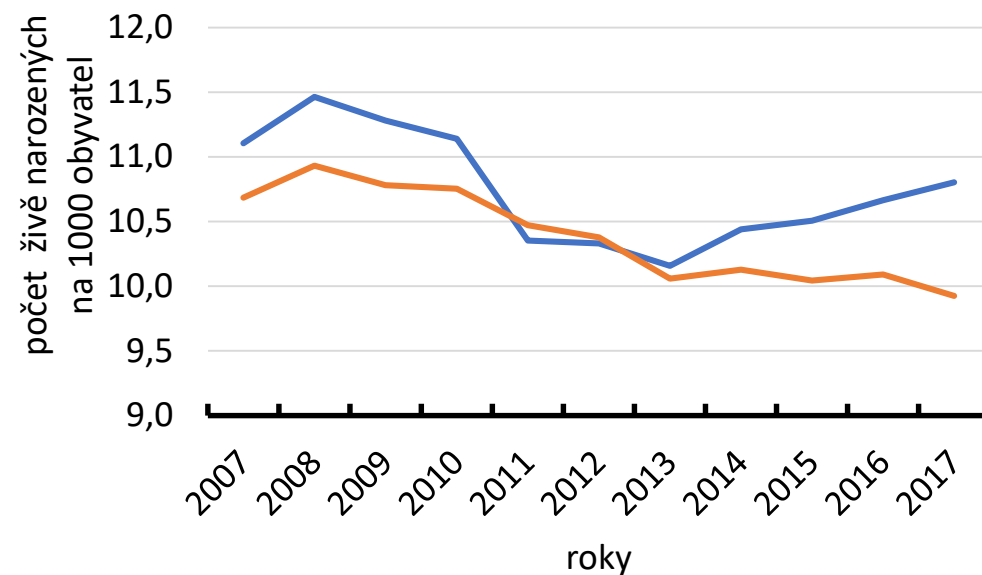


Očekávaný vývoj plodnosti v ČR



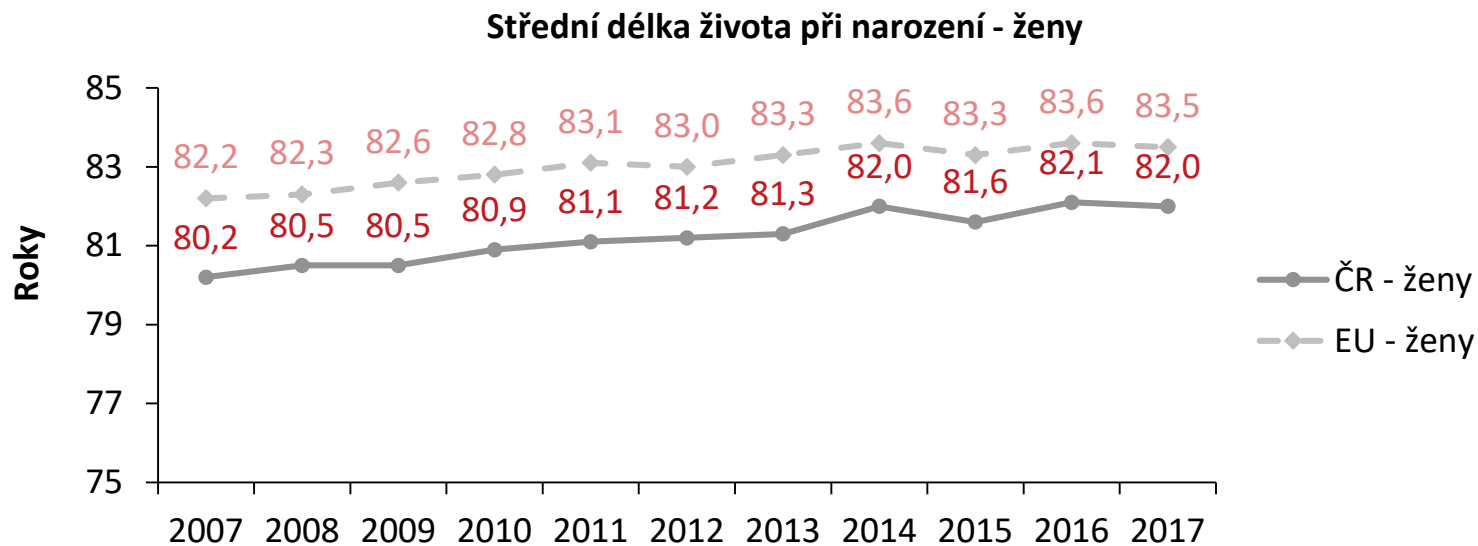
Hrubá míra porodnosti

— Česká republika — EU 28



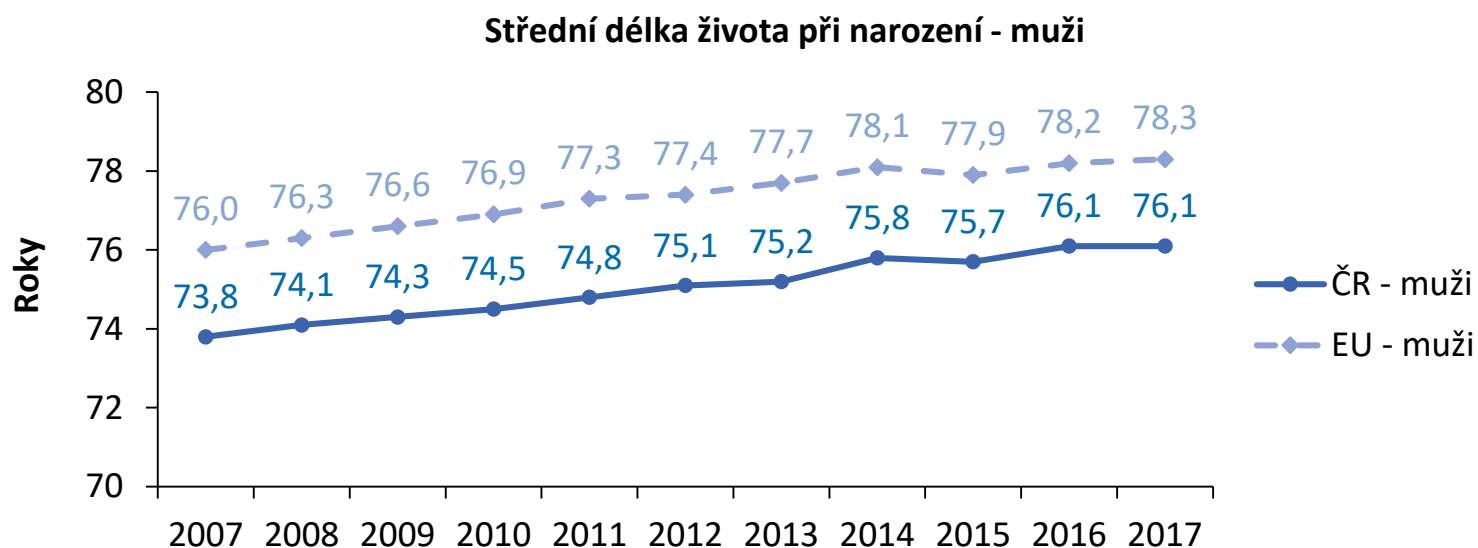
Střední délka života při narození – srovnání ČR a EU

Zdroj: Eurostat, Life expectancy at birth (<https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tps00150&language=en>)



Střední délka života dle roku narození v české populaci dlouhodobě narůstá. Nicméně stále jsou hodnoty zjištěné u českých žen i mužů nižší než průměr zemí EU.

V roce 2017 byla střední délka života při narození u žen 82,0 let, což je o 1,8 let více než v roce 2007, ale o 1,5 méně, než byl průměr EU v roce 2017. V roce 2017 byla střední délka života při narození u žen v ČR o 0,2 menší než průměr žen v EU v roce 2007.

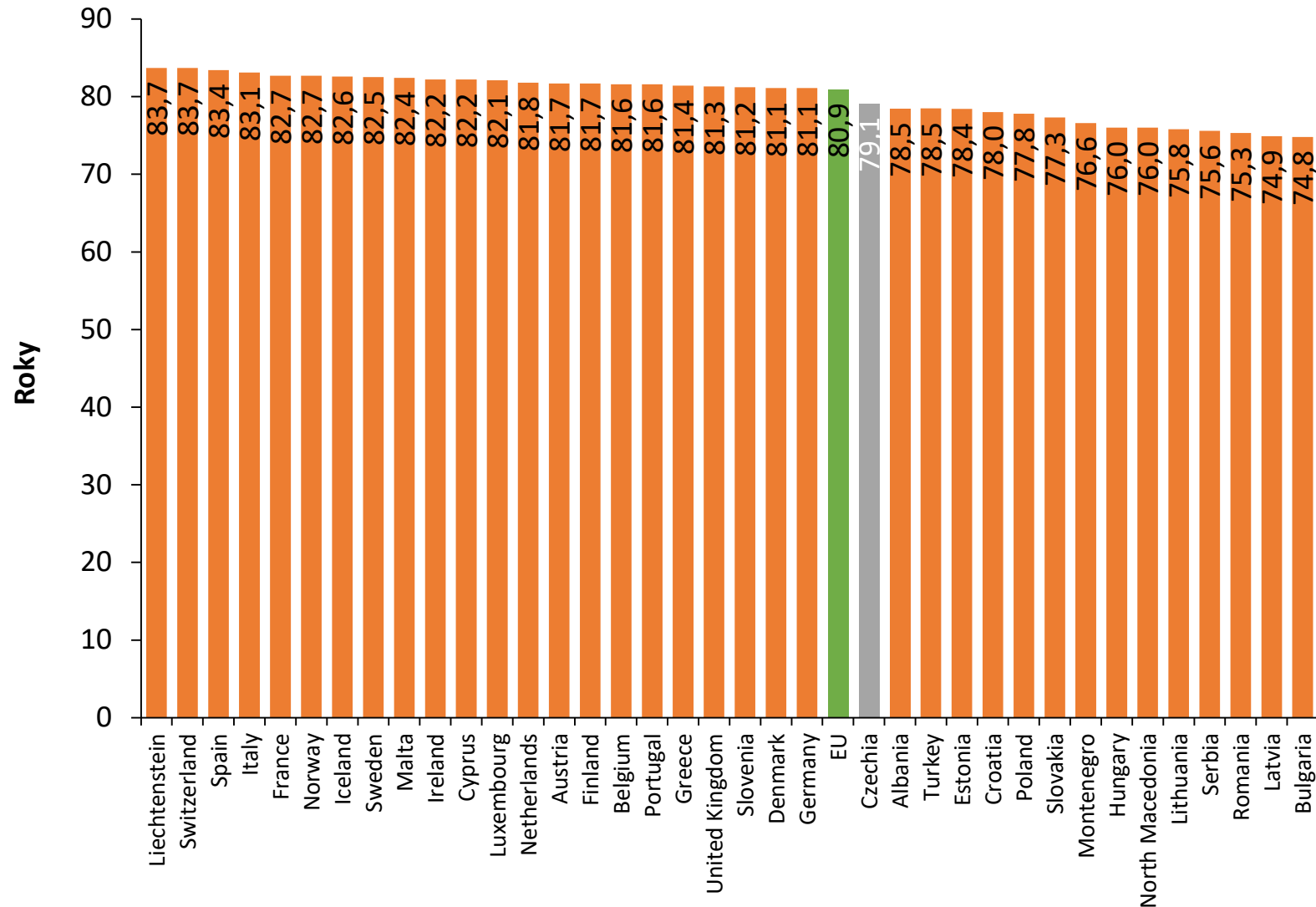


U mužů byla v roce 2017 střední délka života při narození 76,1 let, což je o 2,3 let více než v roce 2007, ale o 2,2 méně, než byl průměr mužů EU v roce 2017. V roce 2017 zároveň byla střední délka života u mužů v ČR o jen 0,1 větší, než průměr mužů v EU v roce 2007.

Střední délka života při narození – mezinárodní srovnání 2017

Zdroj: Eurostat, Life expectancy by age and sex (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_mlexpec&lang=en)

Střední délka života při narození 2017

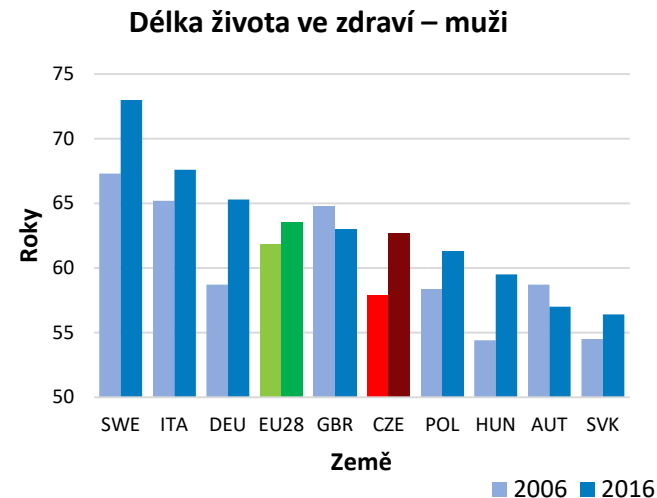
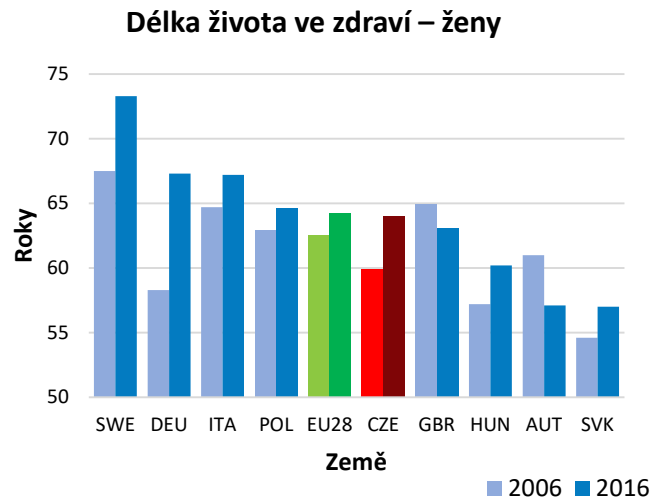
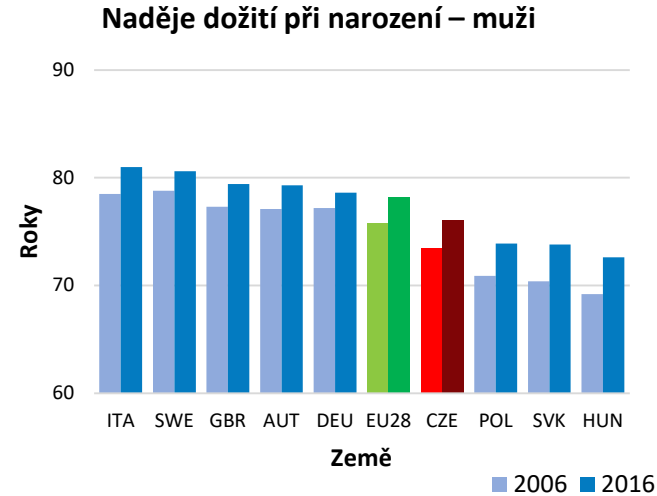
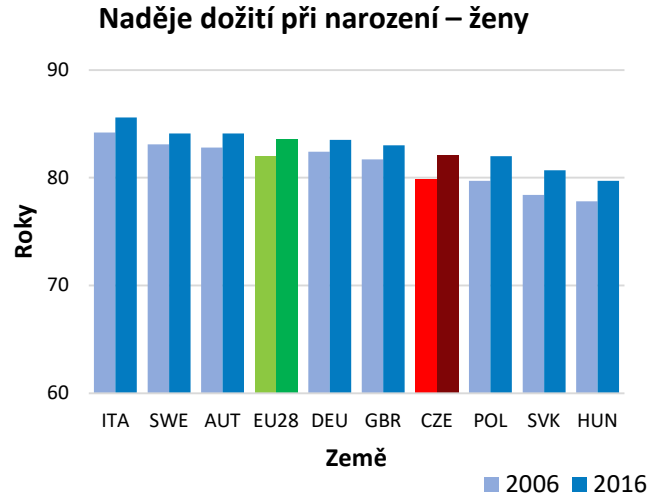


V České republice byla naděje dožití při narození v roce 2017 celkem 79,1 let (kalkulováno pro obě pohlaví). Hodnota pro ČR je pod průměrem EU (o 1,8 let menší) a staví tak českou populaci spíše do druhé poloviny zemí v dostupném mezinárodním srovnání.

Nejvyšší střední délku života vykazovalo v roce 2017 Lichtenštejnsko a Švýcarsko s 83,7 lety, což je o 4,6 více než v ČR. Nejhuře z mezinárodního srovnání v roce 2017 vyšlo Bulharsko se střední délkou života 74,8 let, což je o 4,3 let méně než v ČR.

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

Zdroj: Eurostat Health Database (2019)



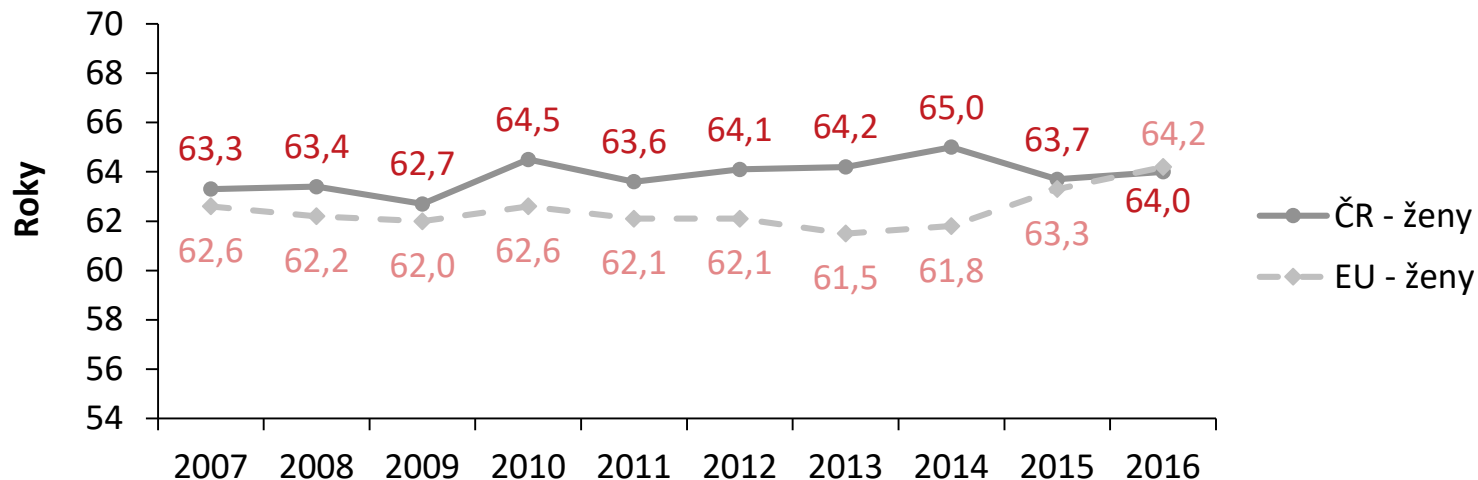
ČR podobně jako další vyspělé země zaznamenává výrazné zvýšení střední délky života u mužů i žen. Z hlediska zdravotní péče je významným parametrem i délka života ve zdraví: v tomto parametru se ČR mezi roky 2006 a 2016 významně zlepšila. Pozitivem je fakt, že délka života ve zdraví v ČR předčí téměř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

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

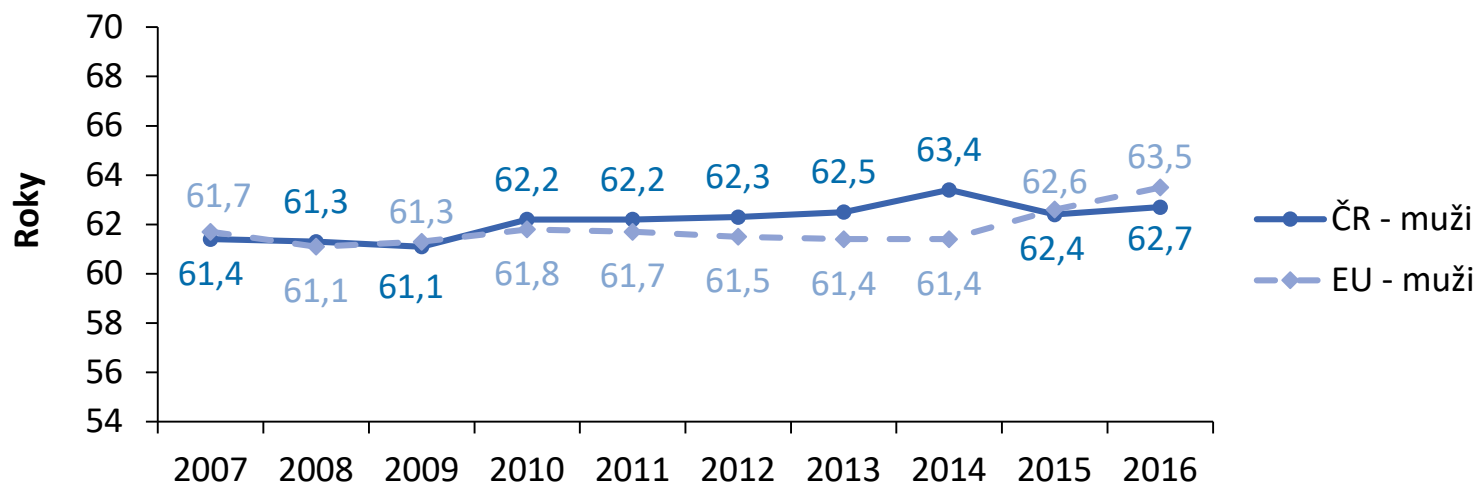
Délka života ve zdraví při narození: desetiletý trend v populaci ČR a EU

Zdroj: Eurostat, Healthy life years (http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_hlye&lang=en)

Délka života ve zdraví při narození - ženy



Délka života ve zdraví při narození - muži



Délka života ve zdraví obyvatel ČR zaznamenala v posledních 10 letech významné zlepšení, v průměru až o + 3 – 4 roky. V současnosti se tento ukazatel v ČR hodnotově drží mírně pod průměrem zemí EU.

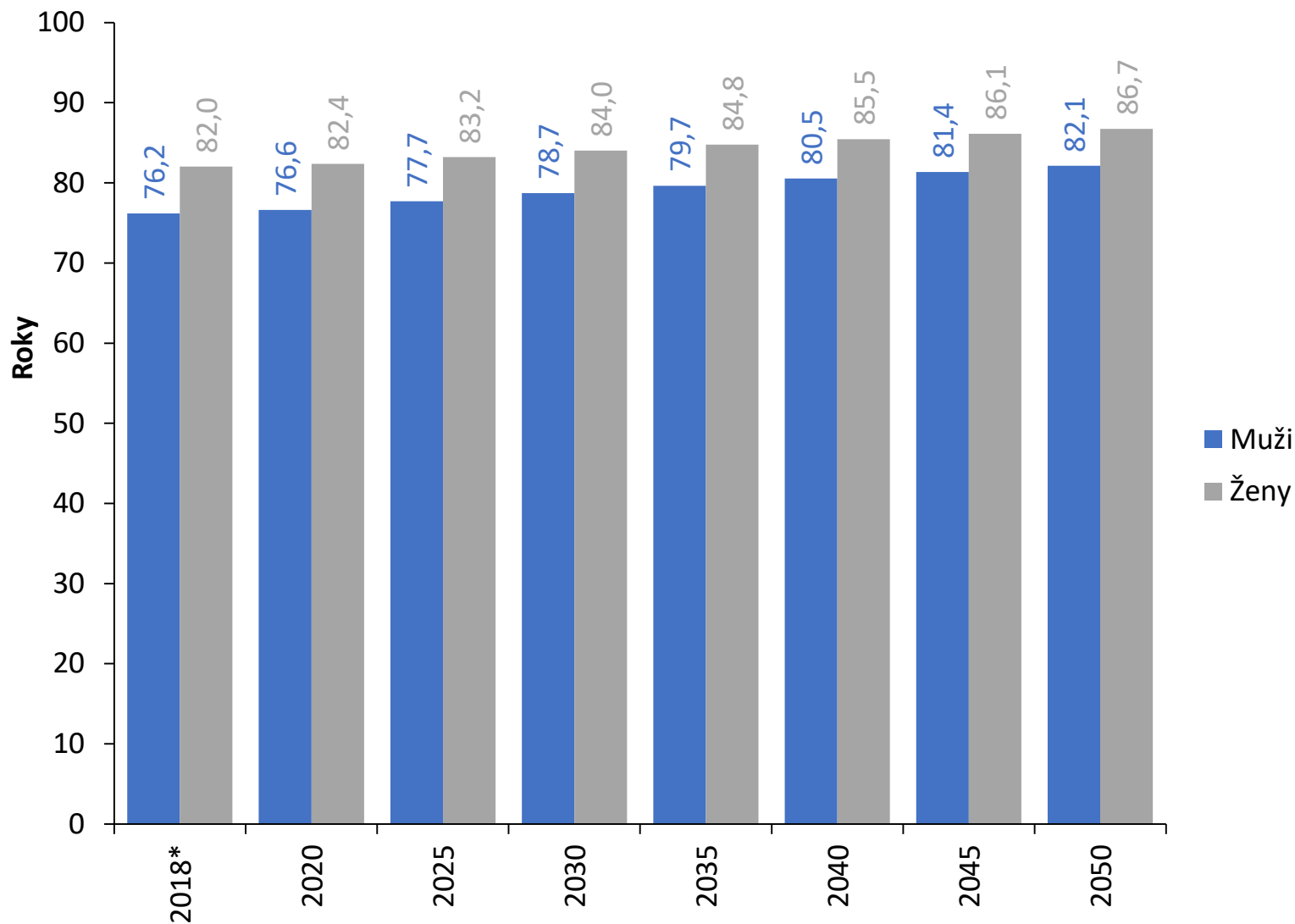
Trend u žen. Délka života ve zdraví při narození se u žen od roku 2007 do roku 2009 držela mírně nad průměrem EU. Od roku 2010 do 2014 byl tento rozdíl ještě zřetelnější, kdy byla u žen v ČR délka života ve zdraví při narození až o 3,2 roku vyšší (v roce 2014) než je průměr EU. Zatímco však průměrná hodnota EU vykazuje od roku 2014 nárůst, v ČR byl naopak u žen zaznamenán pokles (o 1,3 roku v roce 2015) a délka života ve zdraví při narození tak byla v roce 2015 téměř totožná s průměrem EU. V roce 2016 se, i přes nárůst o 0,3 roku oproti 2015, ČR ocitla mírně pod průměrem EU.

Trend u mužů. Délka života ve zdraví při narození se u mužů se v průběhu let pohybuje kolem průměru EU a výrazně se nemění. V roce 2014 byla délka života ve zdraví při narození u mužů v ČR o 2 roky větší, než je průměr EU. Avšak zatímco průměr EU vykazuje od roku 2014 nárůst, v ČR byl zaznamenán pokles a délka života ve zdraví u mužů i přes nárůst o 0,3 roku oproti 2015, ocitla mírně pod průměrem EU.

Střední délka života při narození v ČR – projekce do roku 2050

Zdroj: ČSÚ (<https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-2018-2100>; střední varianta), * reálná hodnota

Střední délka života při narození - projekce do roku 2050



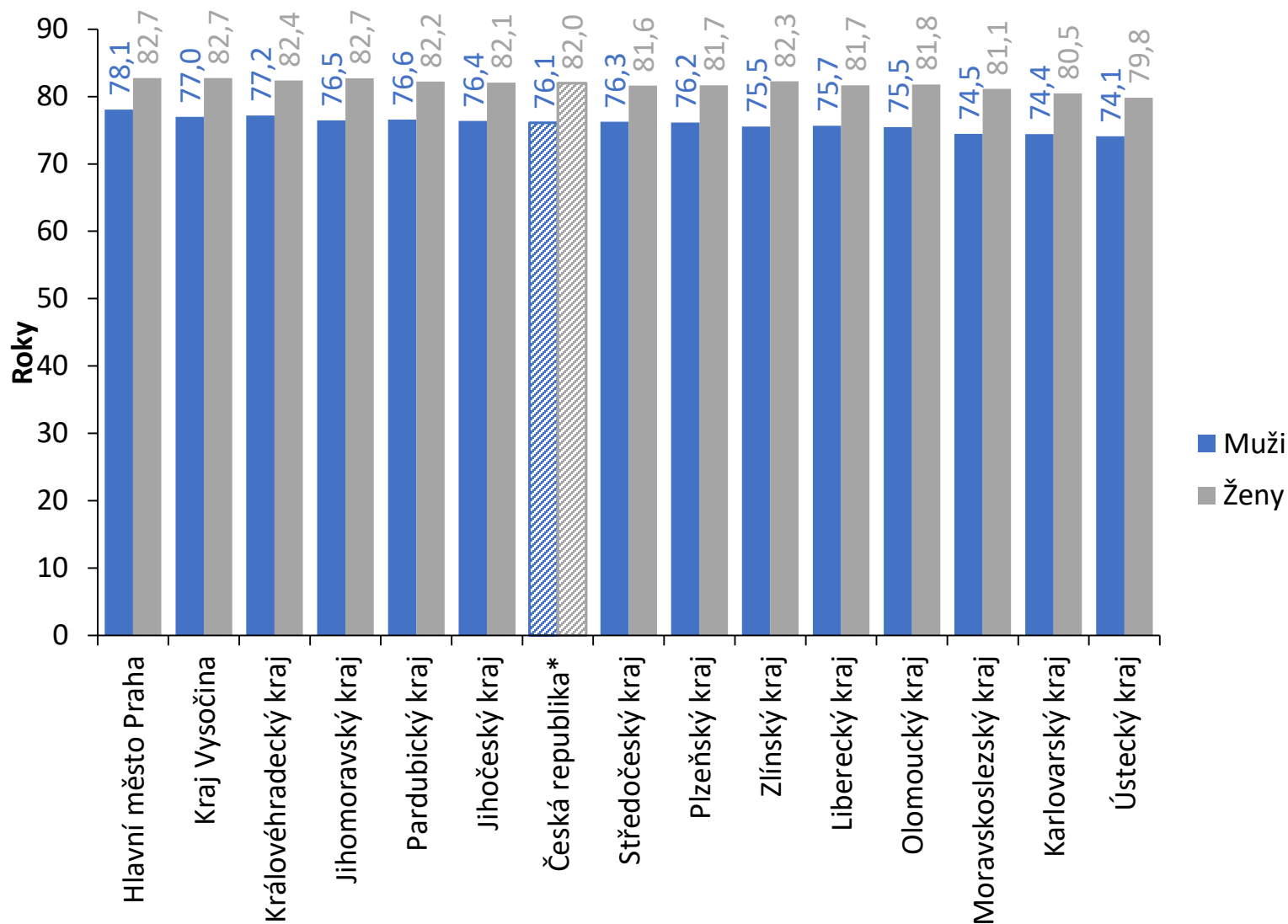
Dle střední varianty demografické projekce ČSÚ se střední délka života při narození bude zvyšovat a v roce 2050 by měla dosahovat hodnoty 82,1 pro muže a 86,7 pro ženy. Tento pozitivní vývoj musí být podpořen zvyšováním zdravotní gramotnosti a odpovědnosti občanů za své zdraví. Je nezbytné se střední délkou života prodlužovat i dobu života ve zdraví.

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

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

*Rok 2017, Eurostat

Střední délka života při narození 2016 – 2017

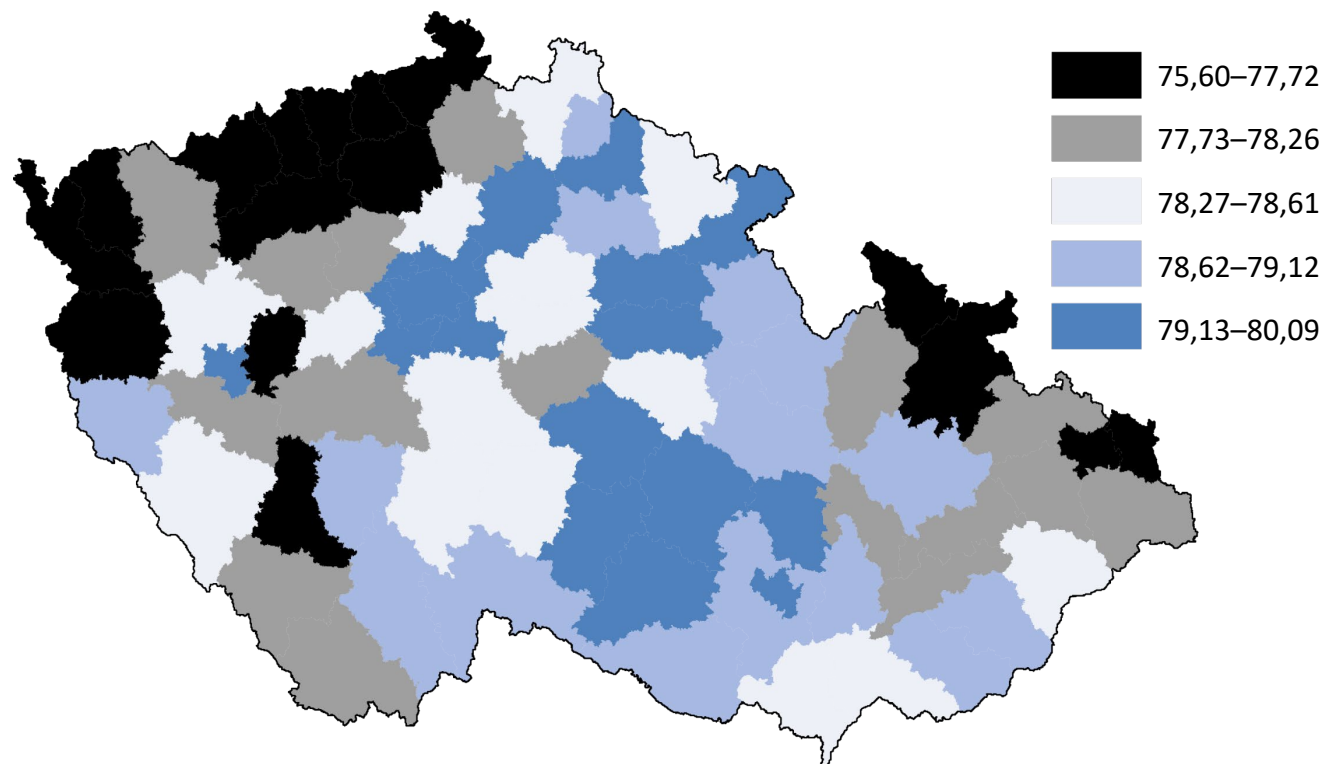


Muži v ČR měli v roce 2017 střední délku života při narození 76,1 let a ženy o téměř 6 let více, tj. 82,0 let. Nejvyšší střední délka života při narození u mužů i žen byla za roky 2016 – 2017 zjištěna v Hlavním městě Praha (muži 78,1 let, ženy 82,7 let). Naopak nejnižší střední délkou života při narození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

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

Délka života při narození – okresy ČR dle dat OECD

Zdroj: OECD (2018), OECD Economic Surveys: Czech Republic 2018. OECD Publishing, Paris, na základě dat ČSÚ

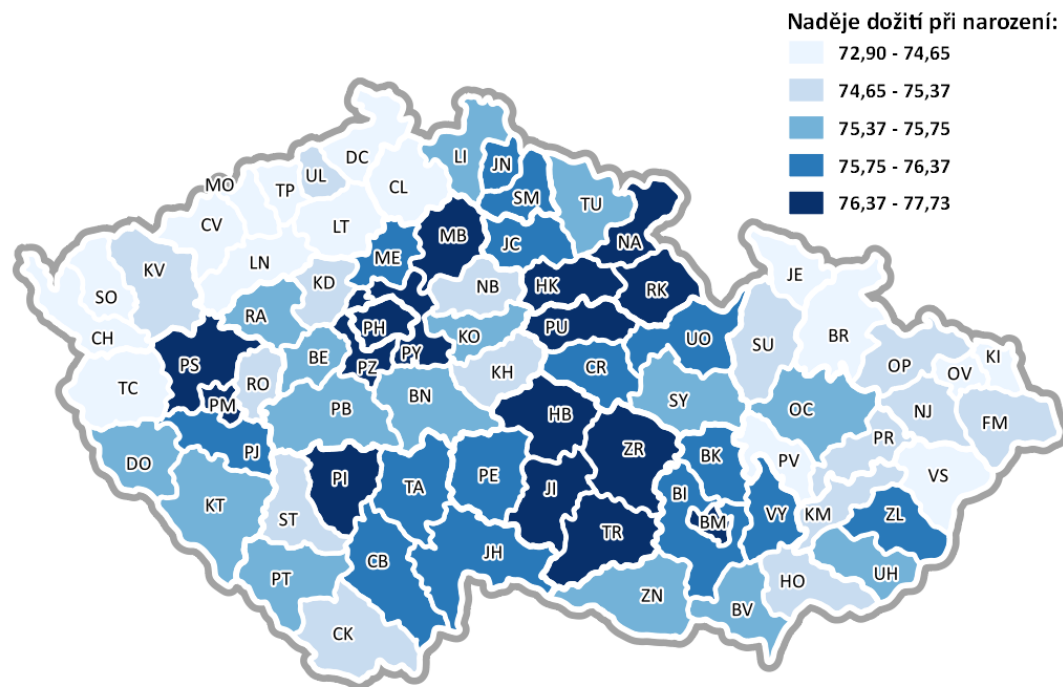


V rámci 77 okresů České republiky se střední délka života významně liší. Rozdíly pravděpodobně odrážejí odlišnou kvalitu služeb, zdravotní stav obyvatelstva, úroveň zdravotní gramotnosti nebo prevalenci rizikových faktorů a chování.

Střední délka života při narození – okresy ČR 2013 – 2017 dle dat ČSÚ

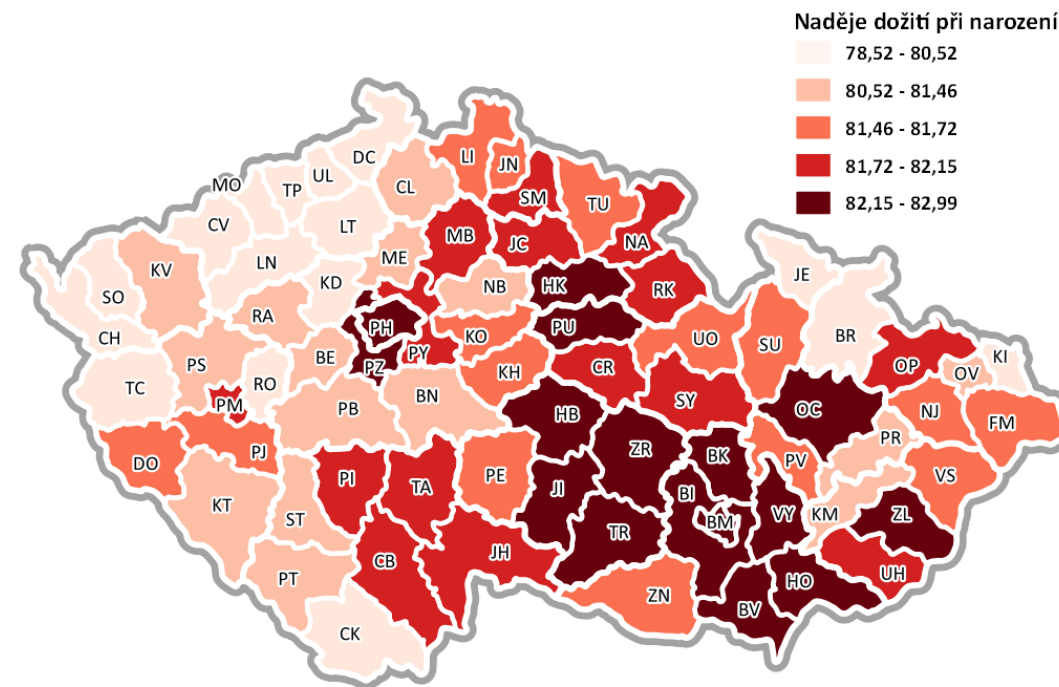
Zdroj dat: ČSÚ (https://www.czso.cz/csu/czso/umrtnostni_tabulky)

Muži



V střední délce života u mužů je mezi okresy ČR výrazná heterogenita. Rozdíl mezi okresem s nejvyšší a nejnižší střední délkou života dosahuje až pět let.

Ženy

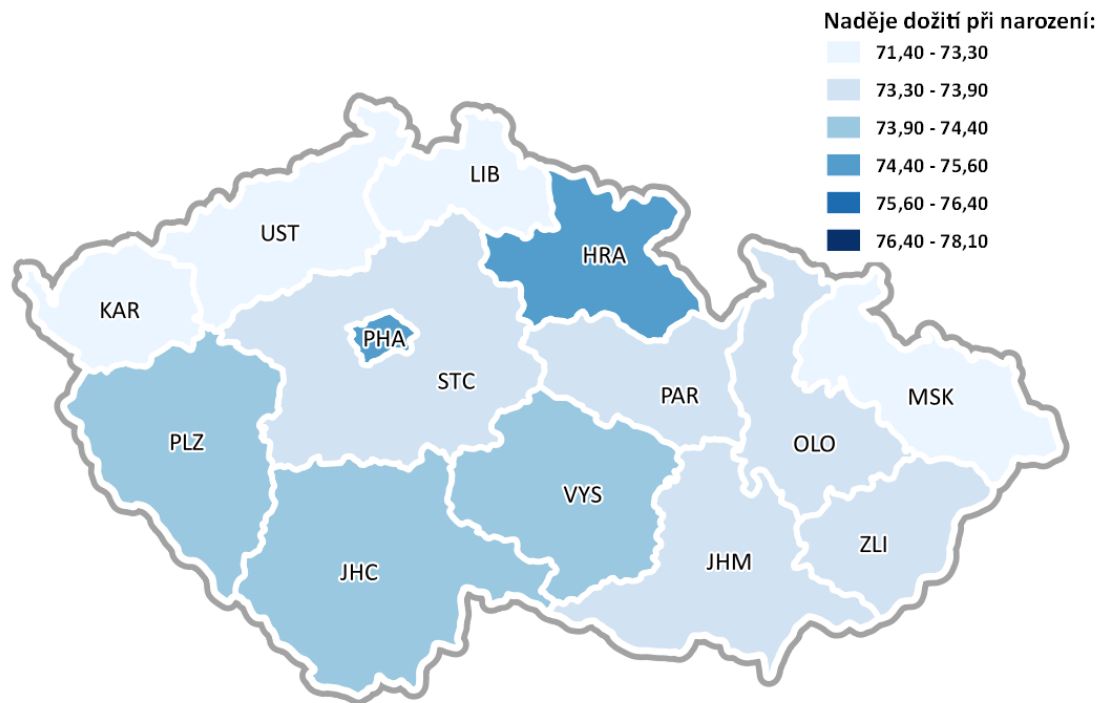


V střední délce života žen je mezi okresy ČR výrazná heterogenita. Rozdíl mezi okresem s nejvyšší a nejnižší střední délkou života dosahuje až pět let.

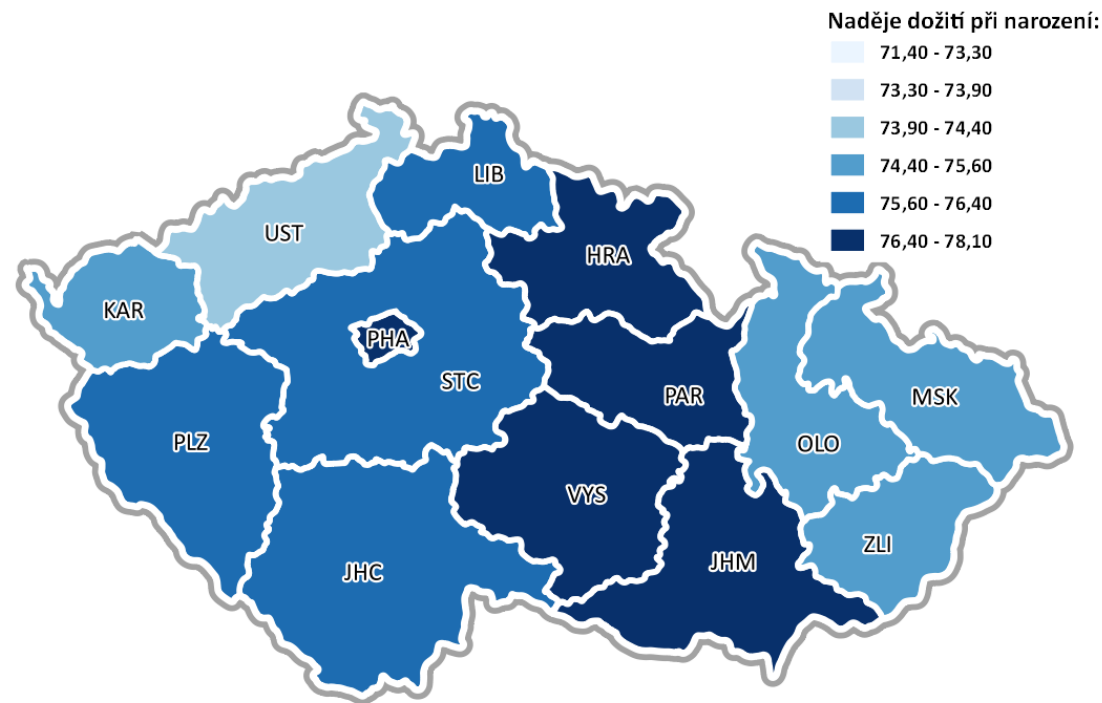
Střední délka života při narození u mužů: trend vývoje v krajích ČR

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

Období 2006 - 2007



Období 2016 - 2017

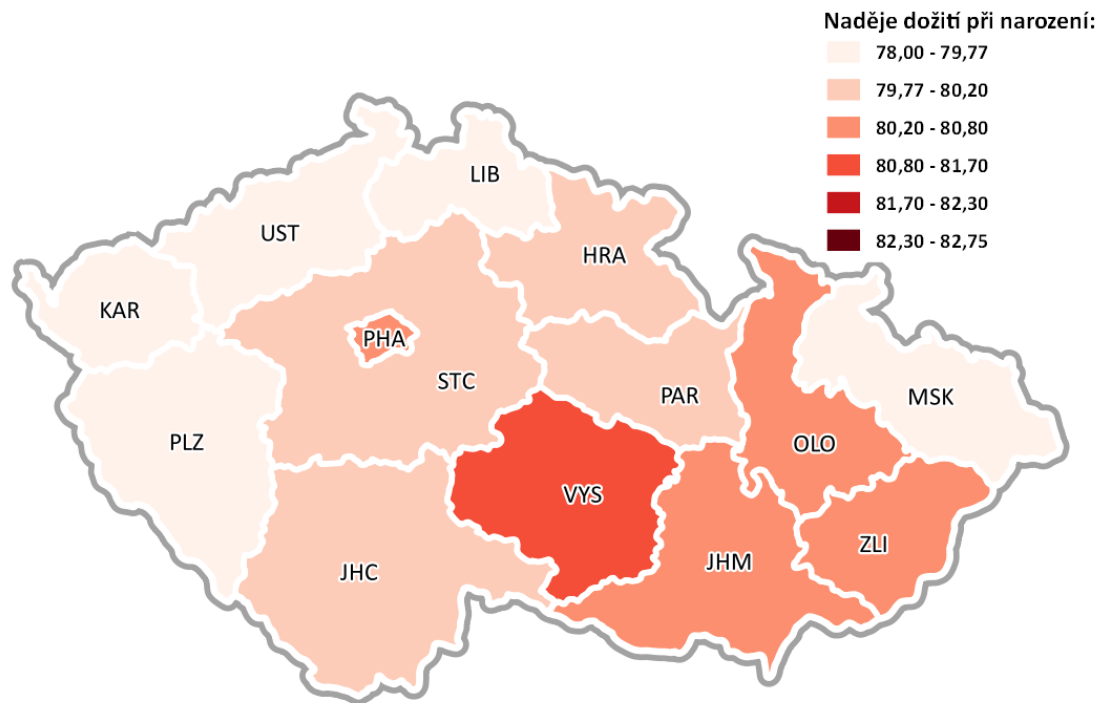


Ze srovnání vývoje střední délky života při narození u mužů mezi roky 2006-2007 a 2016-2017 je zřejmé, že se tento ukazatel významně zlepšil ve všech regionech ČR. Nejnížší regionální hodnoty zaznamenané v současnosti patřily před deseti lety k nejvyšším. K velmi zásadnímu zlepšení došlo v krajích JMK,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

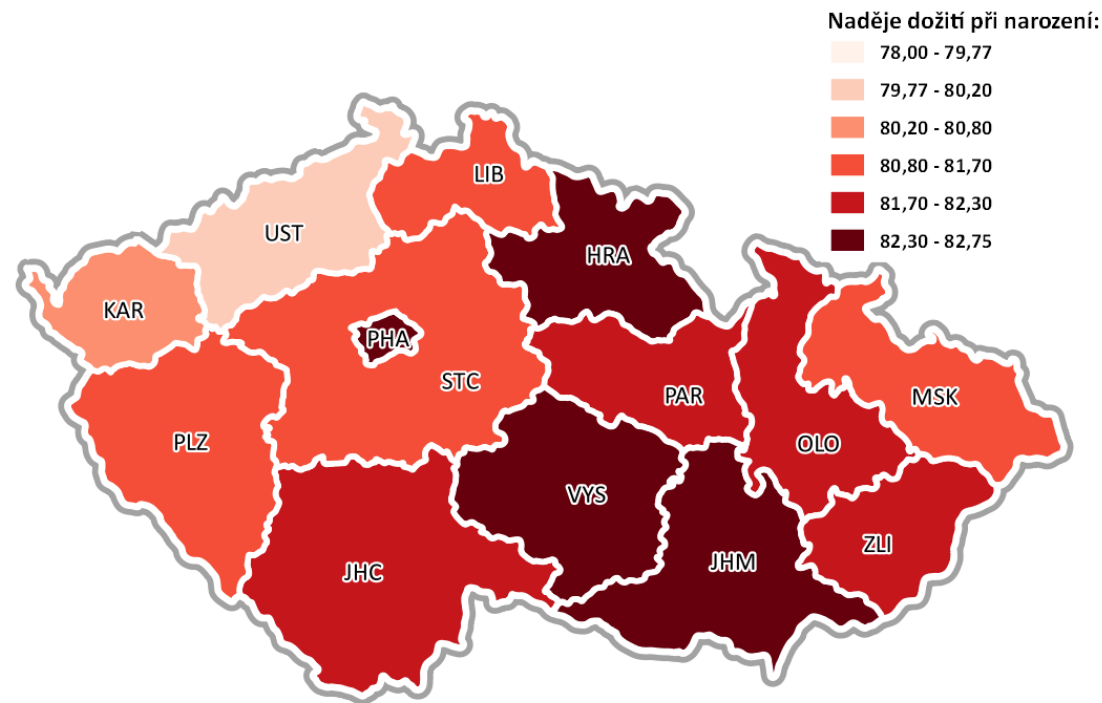
Střední délka života při narození u žen: trend vývoje v krajích ČR

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

Období 2006 - 2007



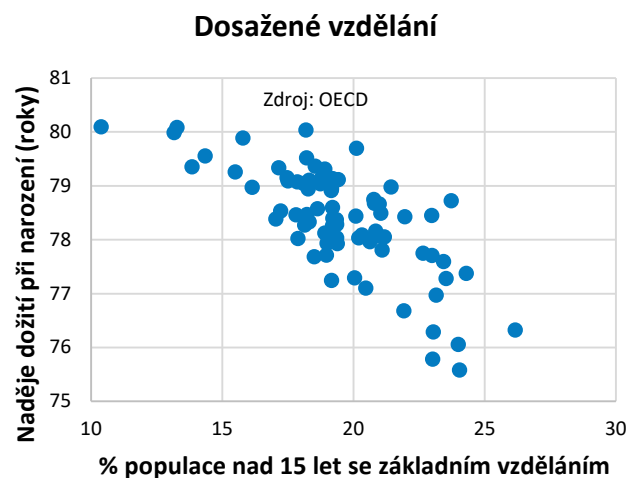
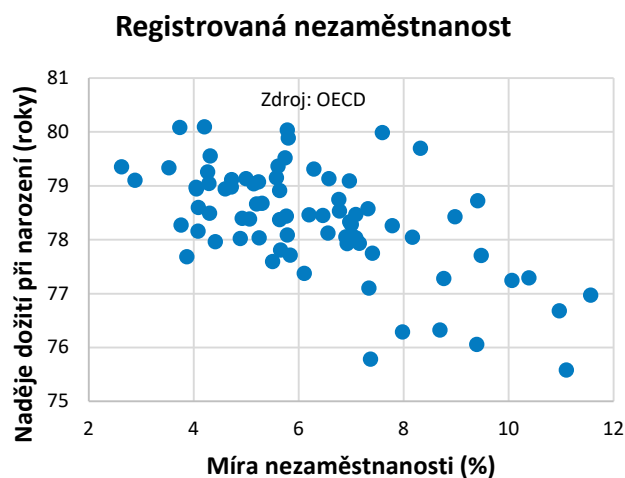
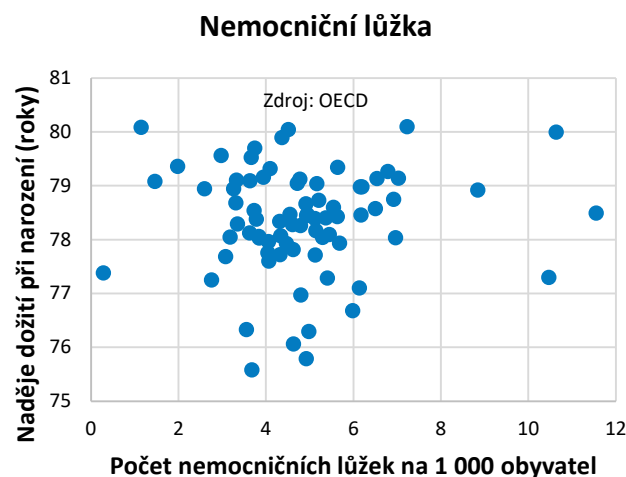
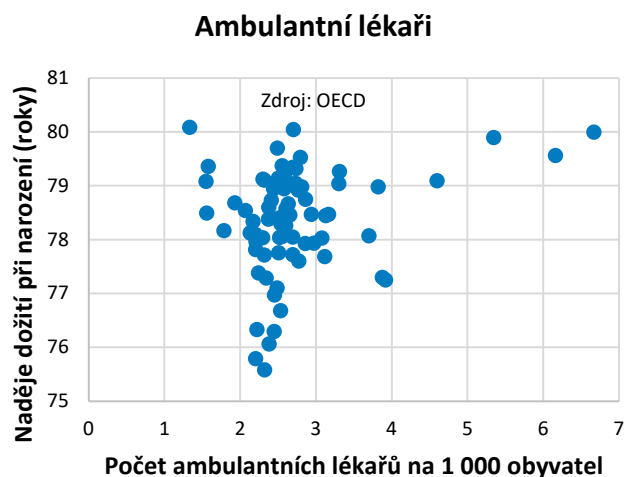
Období 2016 - 2017



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

Délka života v krajích ČR a vybrané determinanty

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



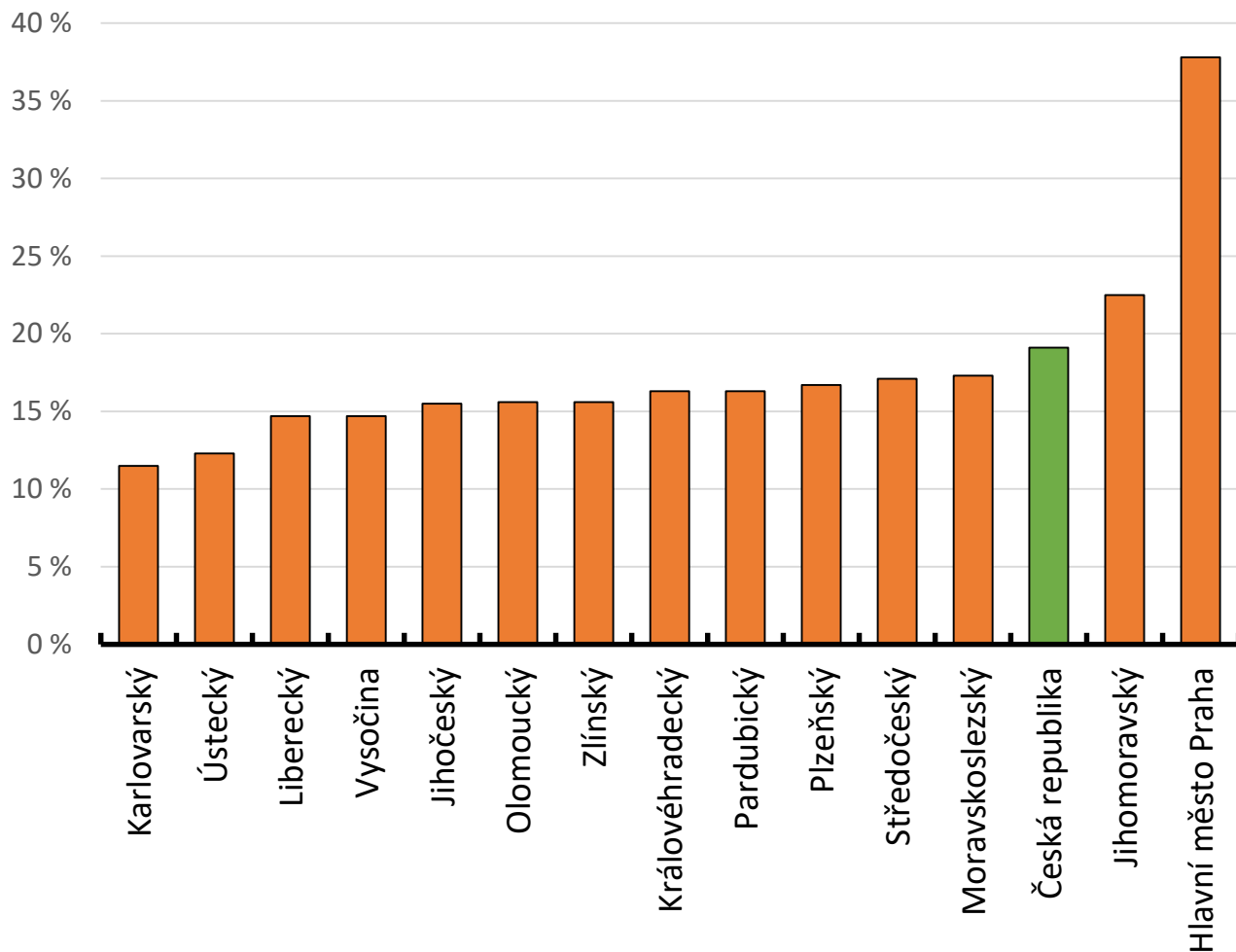
Při bližším pohledu na jednotlivé regiony ČR lze výrazné odlišnosti v dosahované délce života obyvatel korelovat s hustotou sítě poskytovatelů zdravotních služeb, či s vybranými socioekonomickými parametry. Tyto analýzy mohou přispět k vysvětlení zjištěných rozdílů, které jsou velmi významné. Střední délka života při narození se v různých okresech ČR liší o více než 4 roky, a to u mužů i u žen. Ve větších městech jako Praha a Brno je střední délka života nejvyšší, zatímco v okresech severně položeného Ústeckého kraje je nejnižší.

Střední délka života v okresech ČR významně negativně koreluje s mírou registrované nezaměstnanosti a podílem obyvatelstva s pouze základním vzděláním. Počet ambulantních či nemocničních lékařů a počet lůžek vykazují pouze slabou pozitivní korelaci se střední délkou života, což odráží celkově vysokou dostupnost lékařské péče napříč regiony. V porovnání s většinou ostatních zemí OECD je dostupnost lékařské péče ve všech regionech relativně vysoká, a proto rozdíly ve výsledcích v oblasti zdraví s největší pravděpodobností odrážejí regionální rozdíly v socioekonomických faktorech. Výsledky dosud provedených analýz tak ukazují na význam preventivních programů a programů zvyšování zdravotní gramotnosti zejména ve sociálně slabších skupinách obyvatel.

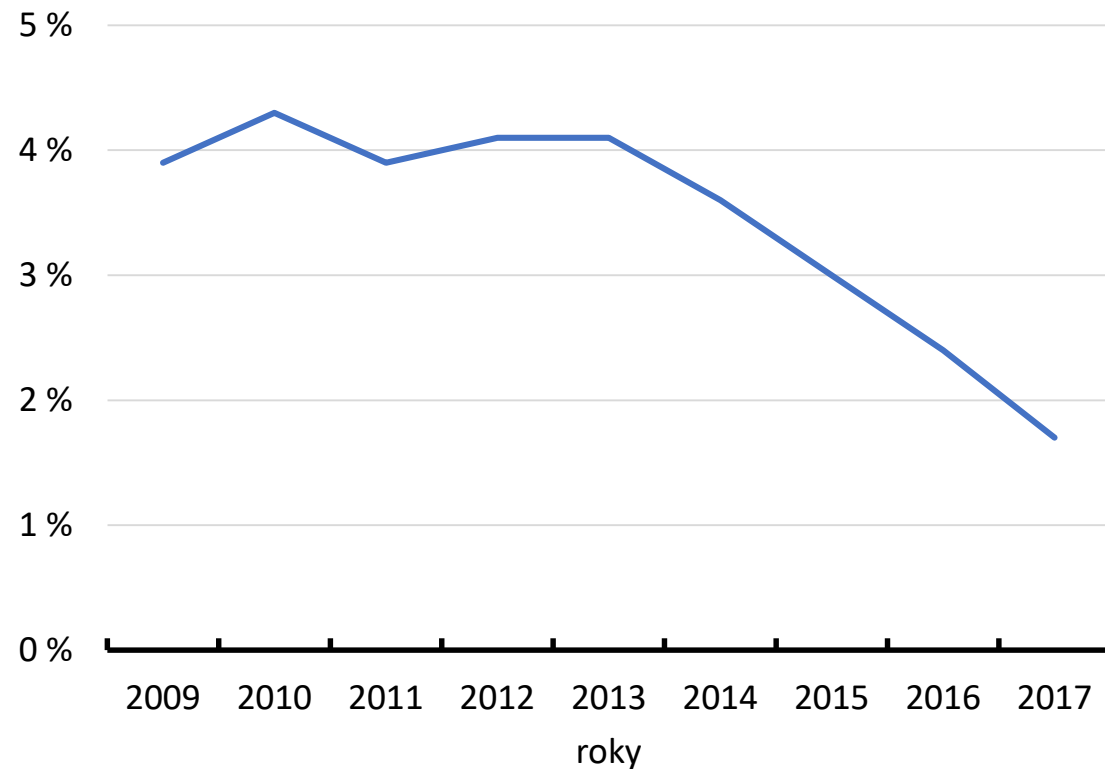
Vzdělání obyvatelstva a celková nezaměstnanost

Zdroj: Český statistický úřad

Podíl osob dosaženého vysokoškolského vzdělání



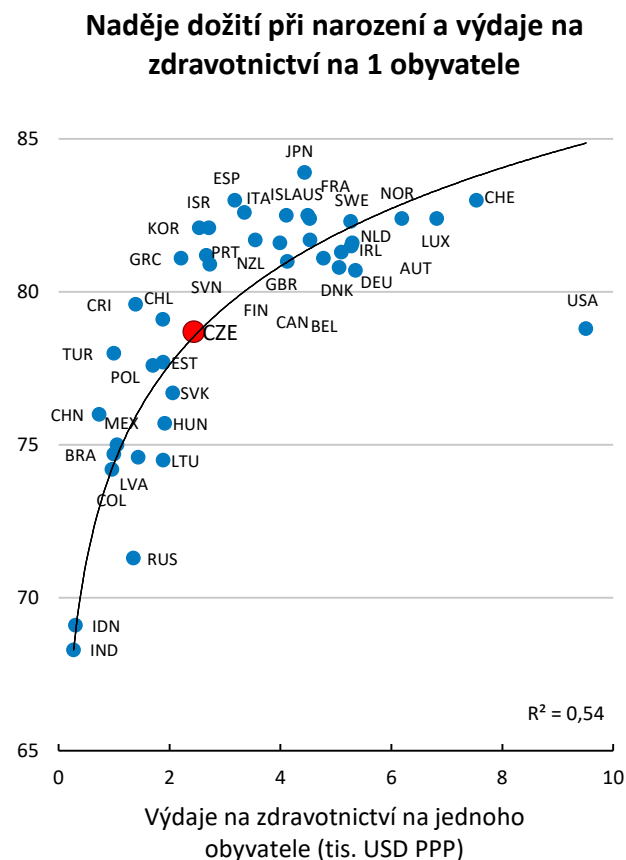
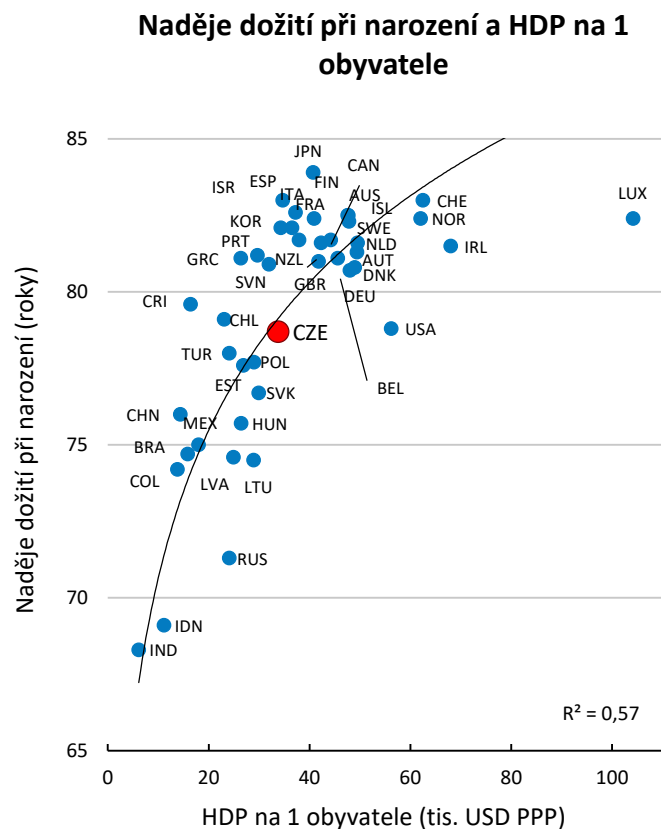
Podíl nezaměstnaných osob nad 15 let



Podíl vysokoškolsky vzdělaných lidí je v krajích ČR velmi nerovnoměrně rozložený, což může nepřímo negativně ovlivňovat i dostupnost zdravotní péče (problémy s dostupnou kapacitou lékařů v krajích s nízkým podílem vysokoškoláků). Celková nezaměstnanost je velmi nízká a vykazuje nadále klesající trend.

Naděje na dožití vs. HDP a výdaje na zdravotnictví

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



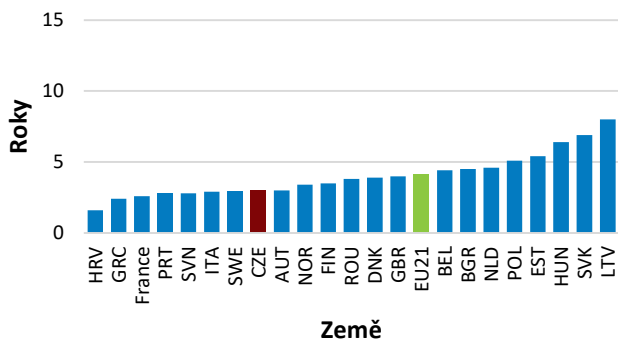
Přestože české výdaje na zdravotnictví na jednoho obyvatele jsou v mezinárodním srovnání nízké, v porovnání se zeměmi střední a východní Evropy patří k nejvyšším. To však nemusí nutně znamenat lepší zdravotní výsledky. Přestože střední délka života českého obyvatelstva je vyšší než např. v Litvě, Maďarsku, Estonsku nebo na Slovensku, zůstává přibližně o dva roky nižší než ve Slovinsku, které má srovnatelné výdaje na zdravotnictví.

Srovnání České republiky se zeměmi s podobnými výdaji a institucionálními rysy naznačuje, že výkonnost zdravotnictví má stále jisté rezervy a existuje prostor pro zvyšování efektivity a zlepšování výsledků zdravotní péče.

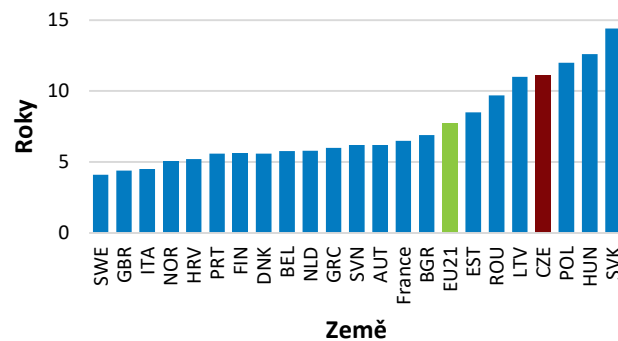
Naděje dožití a hodnocení zdravotního stavu v mezinárodním srovnání

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

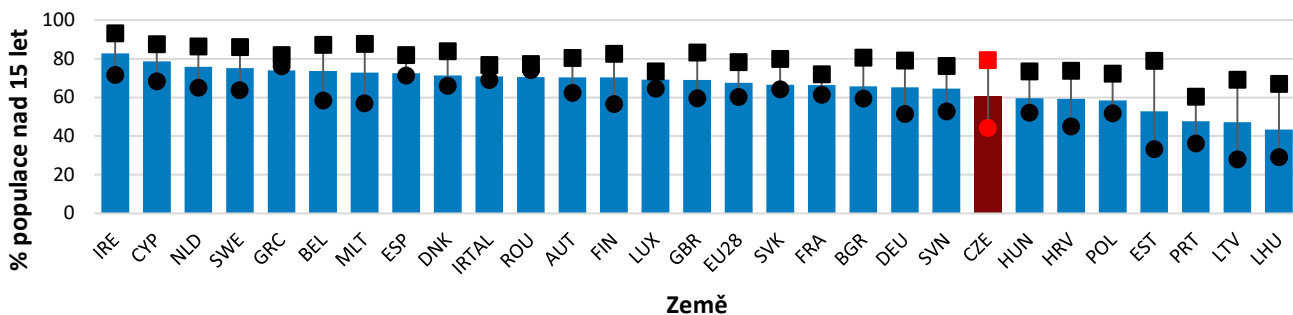
Rozdíl v naději dožití ve 30 letech mezi
nejnižší a nejvyšší úrovní vzdělání, ženy
(rok 2015 nebo nejbližší)



Rozdíl v naději dožití ve 30 letech mezi
nejnižší a nejvyšší úrovní vzdělání, muži
(rok 2015 nebo nejbližší)



Subjektivně hodnocený zdravotní stav (dobrý, velmi dobrý) podle úrovně příjmů
(rok 2015 nebo nejbližší)



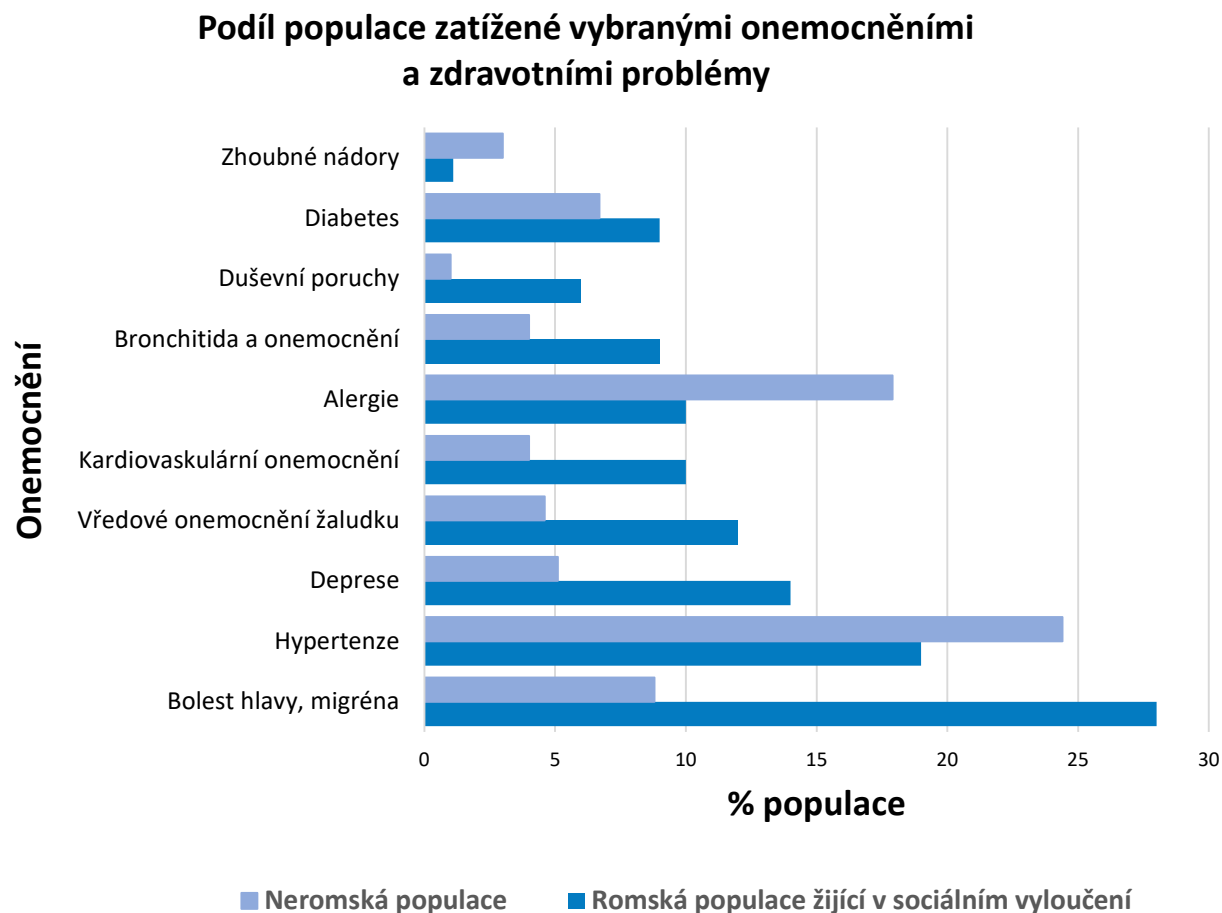
■ Celá populace ● Nízký příjem ■ Vysoký příjem

Dostupná mezinárodní data ukazují na relativně velké rozdíly v naději dožití dle nejvyšší a nejnižší míry vzdělání. U mužů ve věku 30 let vyšel v ČR tento rozdíl 10,6 let, zatímco průměr zemí EU je 7,1 let. U žen je rozdíl ve střední délce života mezi nejvyšší a nejnižší úrovní vzdělání ve věku 30 let výrazně nižší než u mužů – 2,7 roku, což je méně než průměr OECD, který činí 4,2 roku. Vzhledem k pozitivní korelaci mezi úrovní vzdělání a příjmy platí obdobný model také pro ekvivalizované příjmy domácností.

Rozdíl mezi podílem osob, které vnímají své zdraví jako dobré v nejnižším a nejvyšším příjmovém kvintilu patří v ČR k nejvyšším v OECD, hned po Estonsku a Lotyšsku. Tento nepoměr může odrážet finanční překážky v dostupnosti určitého typu péče, rozdíly v životních a pracovních podmínkách, rozdíly v rizikovém chování apod.

Výskyt nemocí u romské a neromské populace

Zdroj: Státní zdravotní ústav (SZÚ, 2015), „Podpora zdraví ve vyloučených lokalitách – snižování zdravotních nerovností“



Využívání zdravotní péče a zdravotní výsledky se v ČR liší mezi menšinovými skupinami, jako jsou Romové (2,5 % obyvatelstva), a ostatním obyvatelstvem. Ačkoli národní statistiky neumožňují posoudit, zda menšinové skupiny čelí systematickým rozdílům v přístupu ke zdravotní péči a kvalitě léčby, některé odhady naznačují, že Romové čelí významným zdravotním nerovnostem. Odhaduje se například, že střední délka života je u Romů o 10 až 15 let nižší než u většinového obyvatelstva a jejich kojenecká úmrtnost je dvakrát vyšší než celostátní průměr.

Studie naznačují, že hlavními faktory zodpovědnými za nemocnost a horší zdravotní stav jsou špatné životní podmínky a rizikové chování související se zdravím. Rizikové faktory, které jsou u sociálně vyloučeného romského obyvatelstva častější (například kouření, špatná strava či konzumace alkoholu), jsou úzce spojeny s vyšším výskytem onemocnění, jako jsou kardiovaskulární nemoci, diabetes nebo onemocnění dýchací a trávicí soustavy.



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

„ZDRAVÍ 2030“ analytická studie



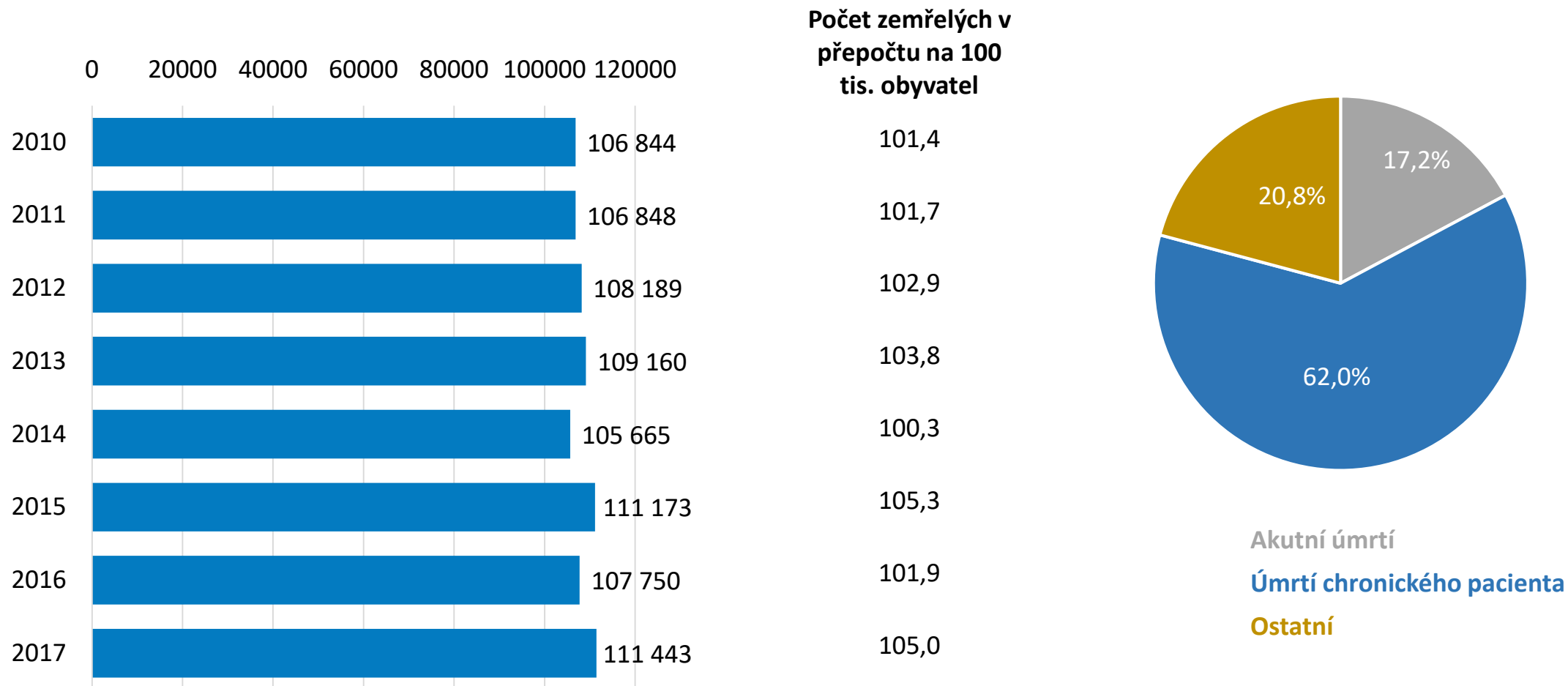
Zdravotní stav obyvatelstva: Mortalita



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

Celkový počet zemřelých a podíl akutních úmrtí

Zdroj: LPZ

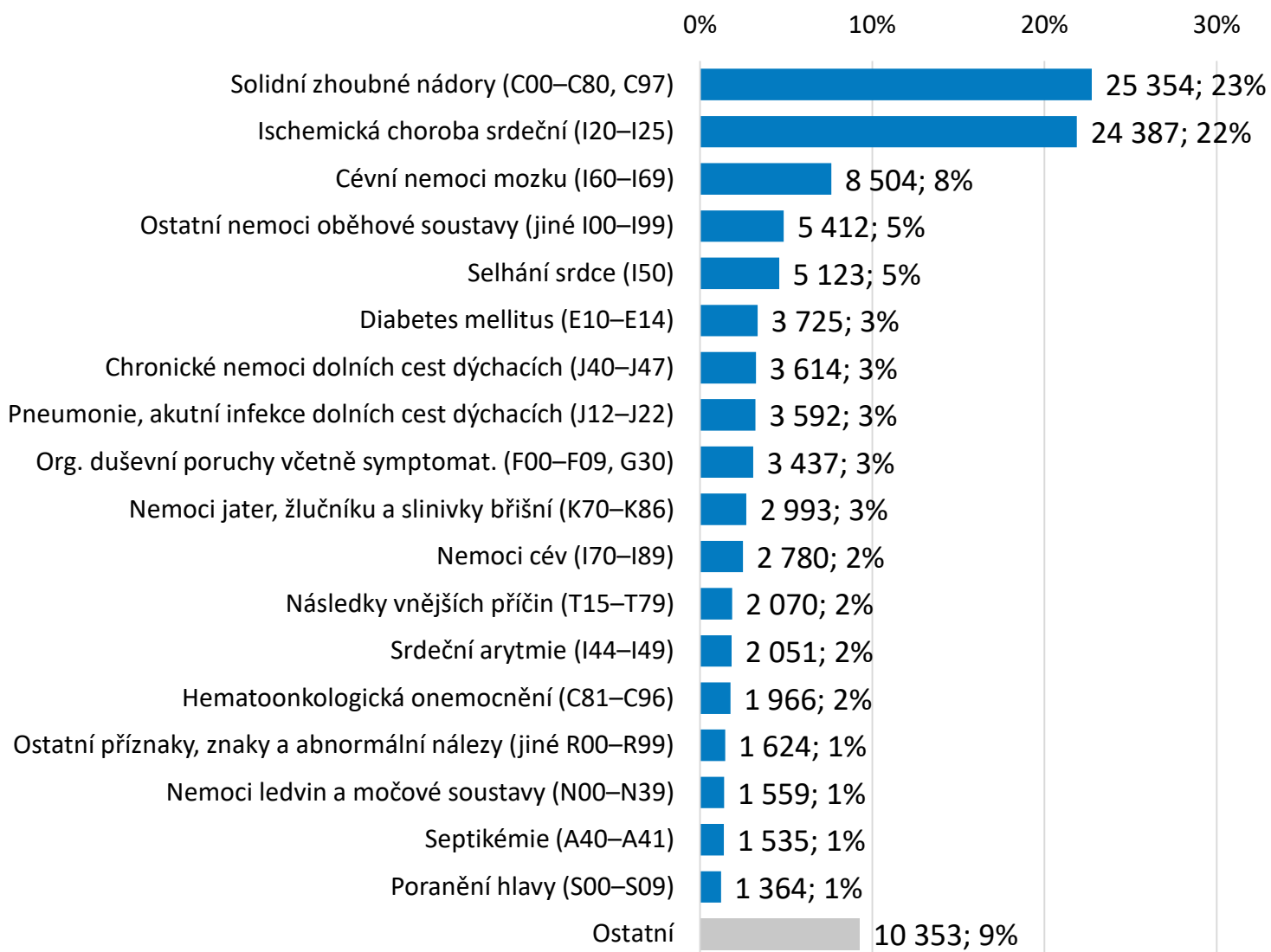


Počet zemřelých v období 2010 – 2017 vykazuje mírně rostoucí trend, který je do značné míry dán stárnutím populace. Celkem 62 % všech úmrtí v ČR jsou úmrtí dlouhodobě nemocných pacientů bez akutní příčiny. Tento podíl představuje 66.6 tisíc pacientů ročně, kteří potenciálně mohou potřebovat dlouhodobou (paliativní péči).

Hlavní příčiny úmrtí v ČR pro rok 2017

Zdroj: LPZ

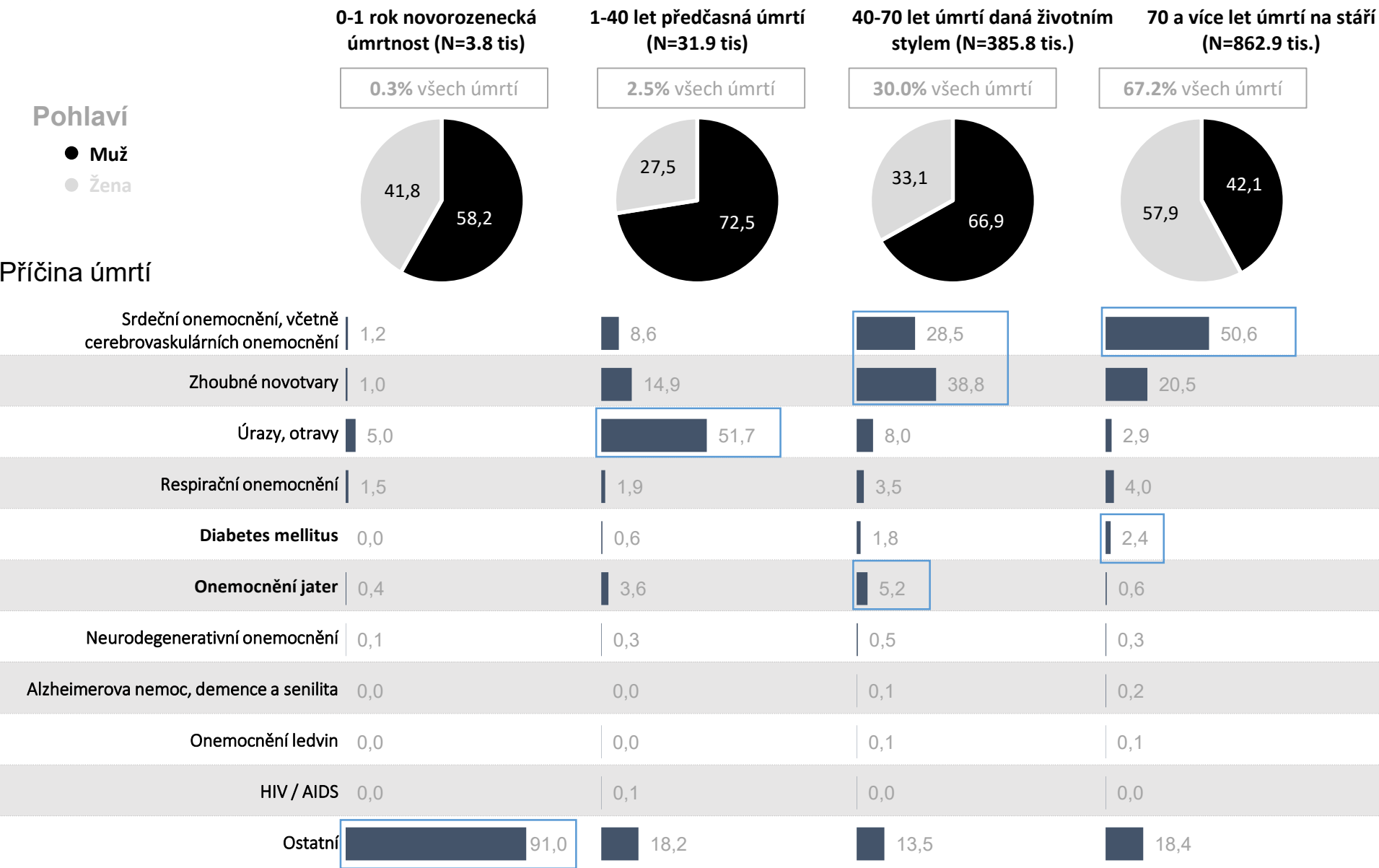
Procentuální zastoupení na celkovém počtu úmrtí v roce 2017



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

Příčina úmrtí dle pohlaví a věku

Zdroj: LPZ, 2004 - 2016

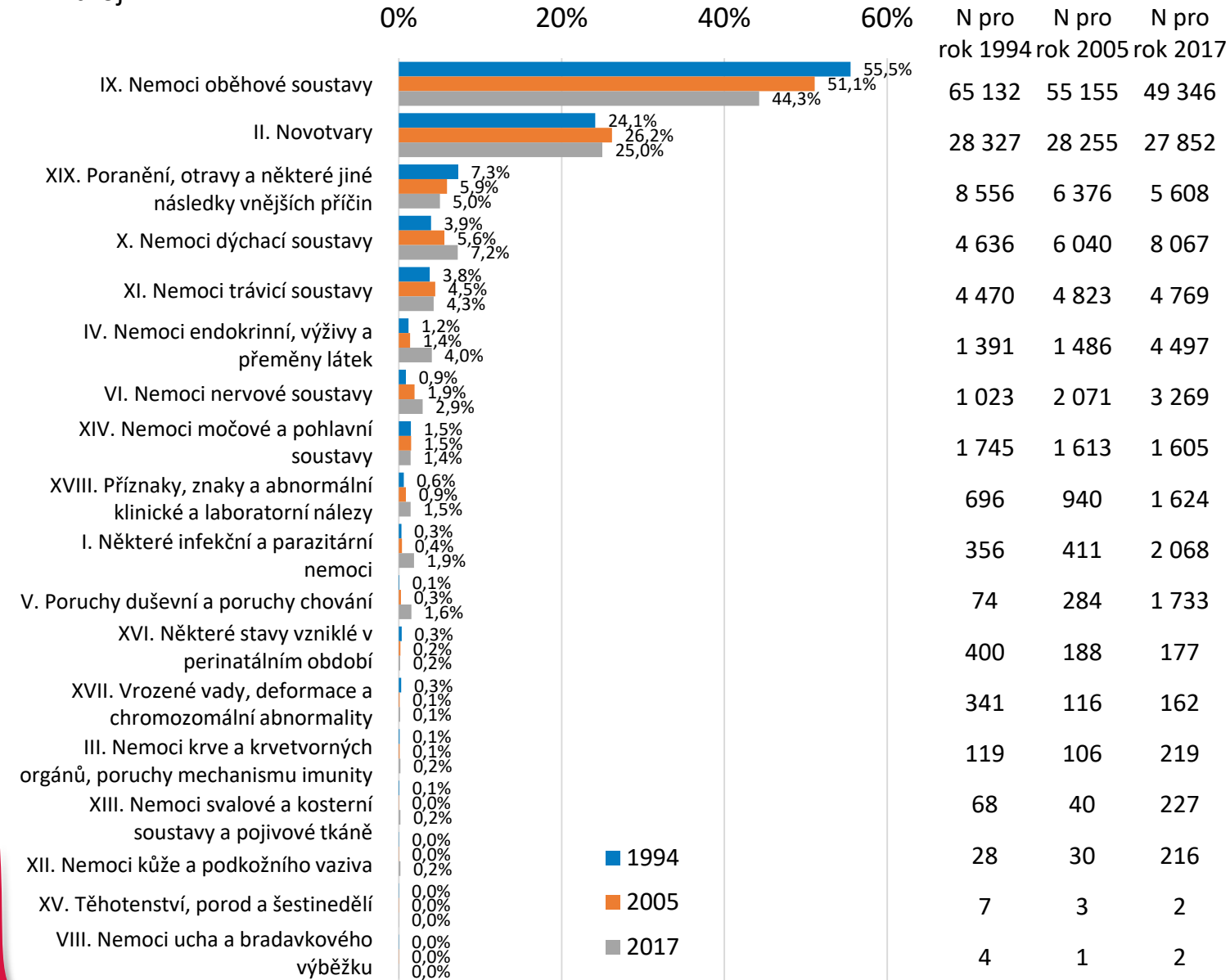


Téměř 33% všech úmrtí lze označit za úmrtí předčasná nebo úmrtí v důsledku chorob způsobených minimálně částečně životním stylem. Jde zejména o onemocnění oběhové soustavy, zhoubné novotvary či u osob v produktivním věku také úrazy a jiné vnější příčiny. Relativně vysoký podíl těchto úmrtí představuje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

Příčiny úmrtnosti podle kapitol MKN-10 pro roky 1994, 2012 a 2017

Zdroj: LPZ

Procentuální zastoupení příčin úmrtí na celkovém počtu úmrtí jednotlivých let



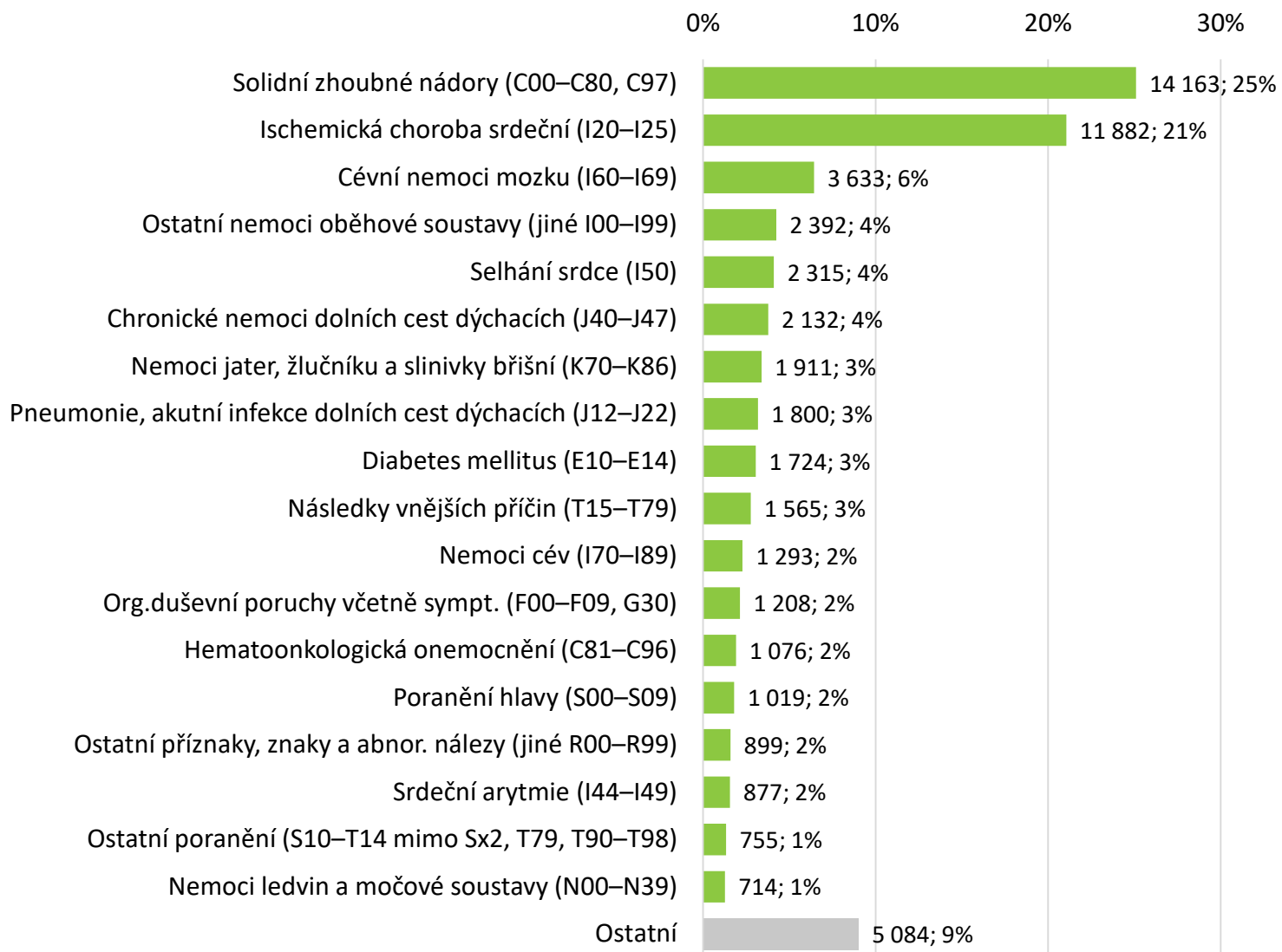
Trendová analýza příčin úmrtnosti podle kapitol MKN-10 pro roky 1994, 2012 a 2017 prokázala významné navýšení podílu úmrtí u kapitoly X. Nemoci dýchací soustavy (z 3,9% na 7,2%) a IV. Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek (z 1,2% na 4%), kde jde zejména o diabetes.

Naopak k snížení relativního podílu došlo u IX. Nemoci oběhové soustavy (z 55,5% na 44,3%), což lze přičíst zejména zlepšení dlouhodobého přežití u pacientů s infarkty a CMP.

Příčiny úmrtnosti pro rok 2017 pro muže

Zdroj: LPZ

Procentuální zastoupení na celkovém počtu úmrtí v roce 2017



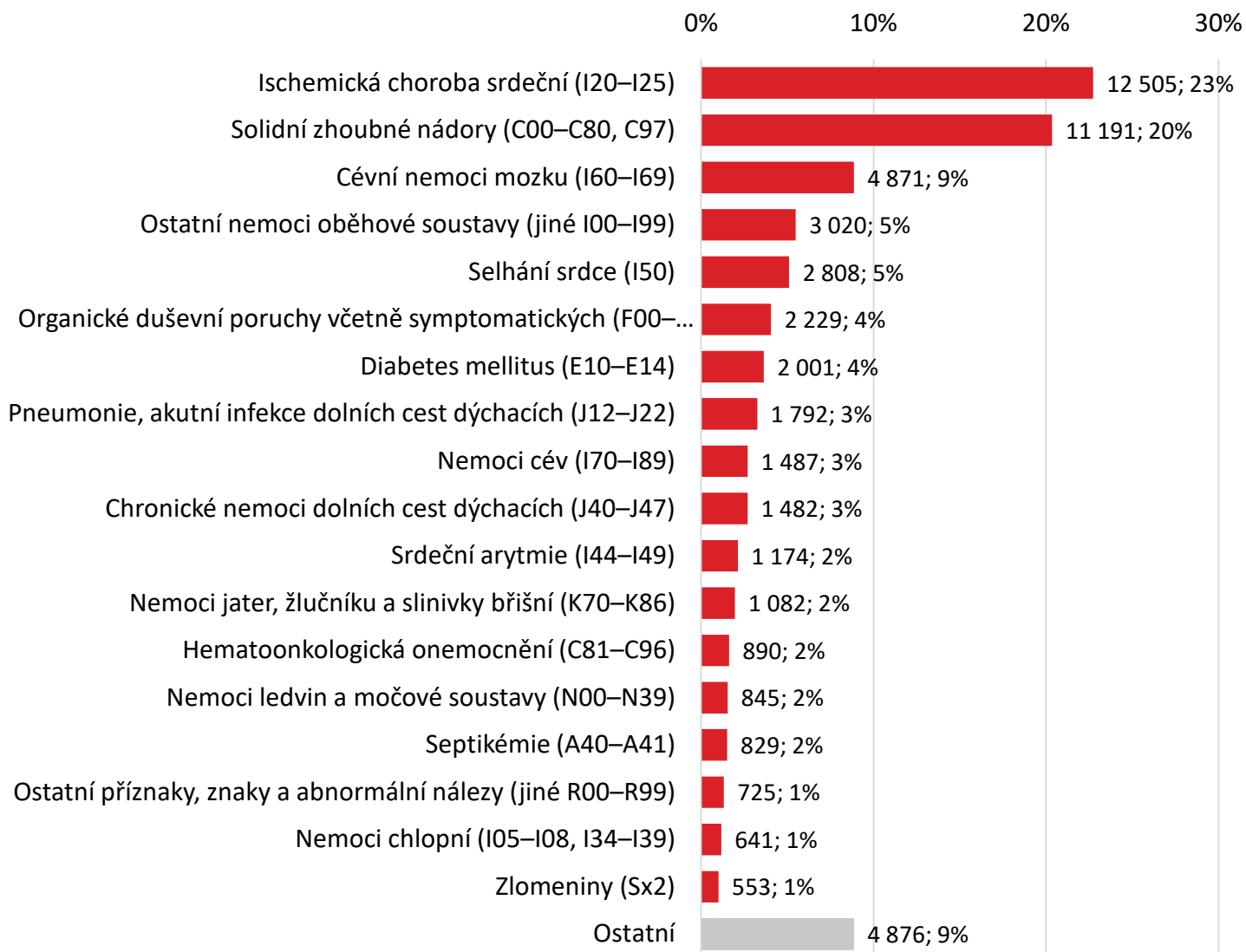
Jako nejčastější příčina úmrtí u mužů byly pro rok 2017 vykazovány solidní zhoubné novotvary (C00–C80, C97), ty byly za smrt odpovědné ve 25% případů. Druhou nejčastější příčinou byla ischemická choroba srdeční (I20–I25) s 21% úmrtí v roce 2017. Pro muže je pořadí prvních pět nejčastějších příčin totožných s příčinami bez rozdělení pohlaví.

Muži významně převažují nad ženami mezi osobami umírajícími ve věku do 40 let věku (73%) a rovněž ve věku 40 – 70 let (67%). Velká část těchto úmrtí souvisí s podceňováním prevence anebo s nevhodným životním stylem.

Příčiny úmrtnosti pro rok 2017 pro ženy

Zdroj: LPZ

Procentuální zastoupení na celkovém počtu úmrtí v roce 2017

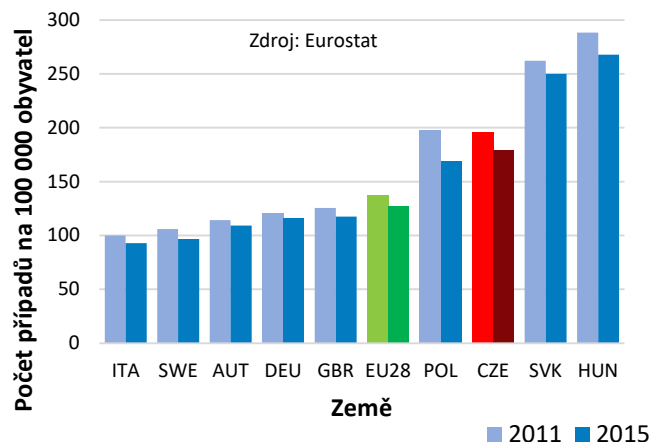


Jako nejčastější příčina úmrtí u žen byla pro rok 2017 vykazována ischemická choroba srdeční (I20-I25), ta byly za smrt odpovědná ve 23% případů. Druhou nejčastější příčinou jsou solidní zhoubné novotvary (C00-C80, C97) s 20% úmrtí v roce 2017. Ženy mají pořadí prvních dvou nejčastějších příčin opačné oproti mužům pro rok 2017, což souvisí i s delší dosahovanou střední délkou života v populaci žen ČR.

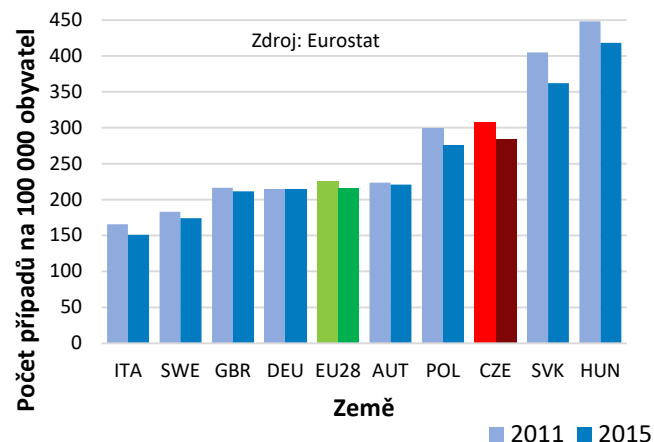
Vybrané parametry úmrtnosti v mezinárodním srovnání

Zdroj: Eurostat Health Database (2019); OECD (2019) Health status, OECD Health Statistics (database)

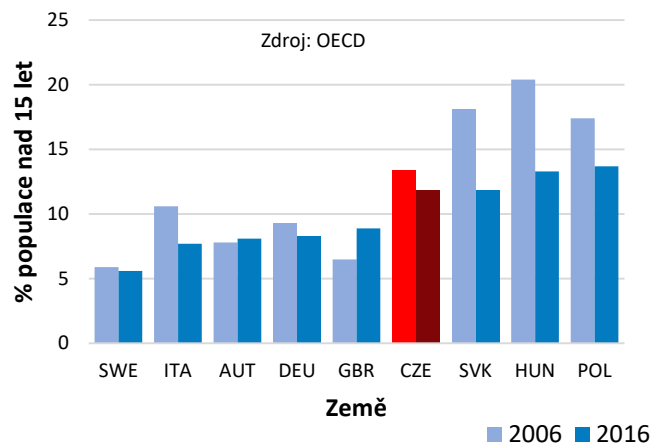
Úmrtí na léčitelná onemocnění



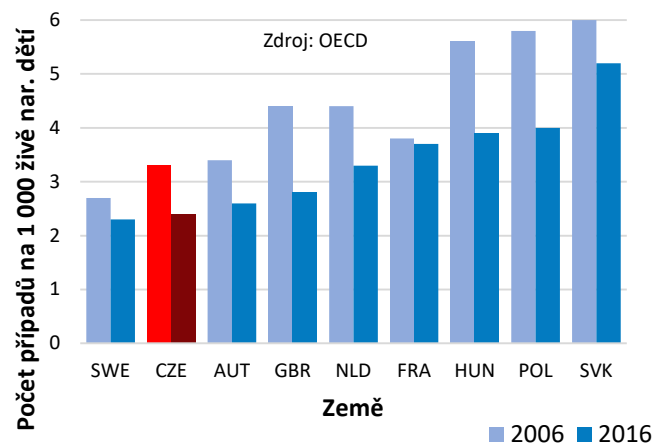
Úmrtí nad preventabilní onemocnění



Špatný / velmi špatný zdravotní stav



Kojenecká úmrtnost



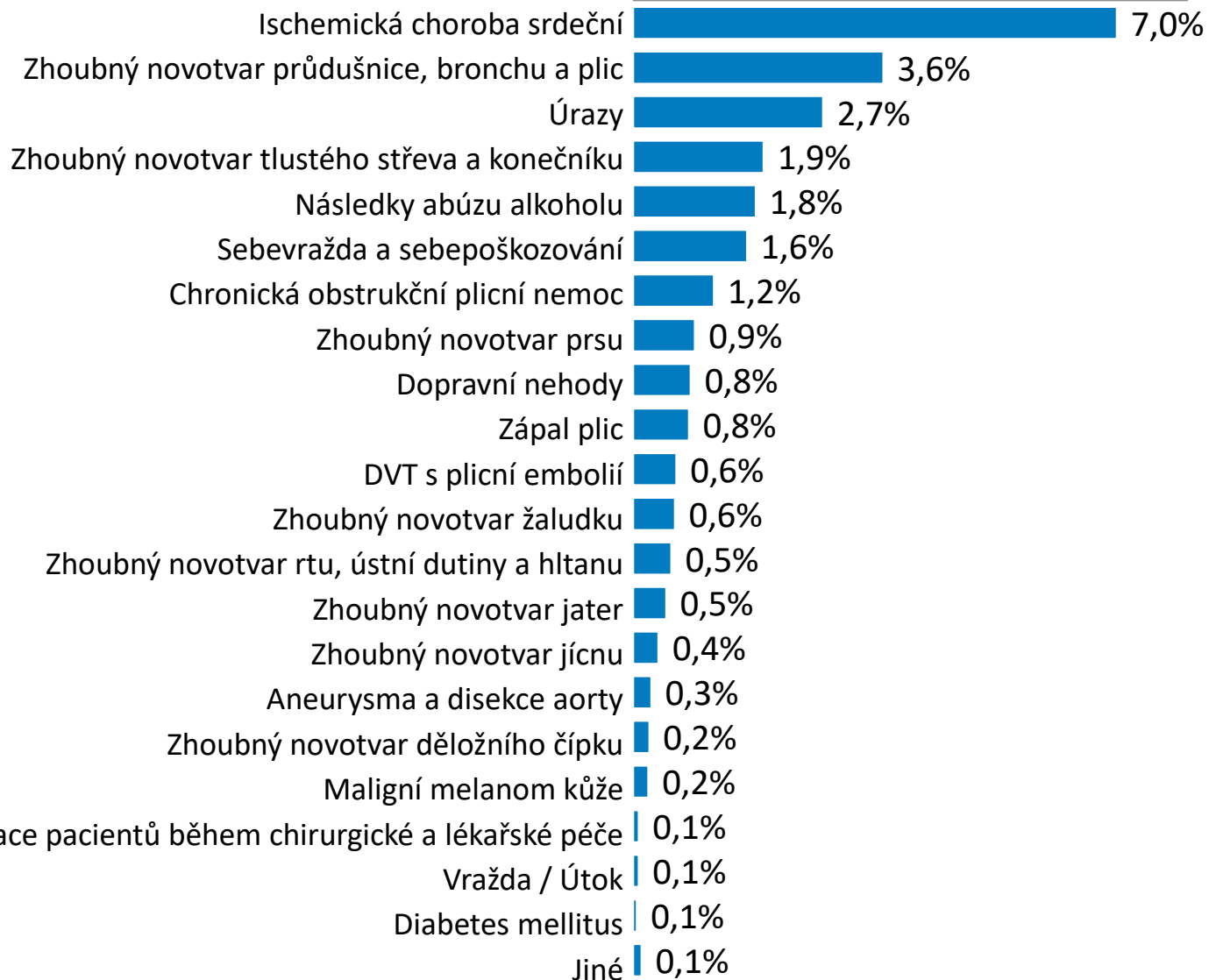
Většina zásadních a mezinárodně sledovaných parametrů mortality vykazuje v ČR v čase se zlepšující hodnoty. Klesá tak úmrtnost na léčitelná či preventabilní onemocnění, což je vedle zvyšující se účinnosti léčby i důsledek posilujících preventivních programů a programů časného zachytu onemocnění. Zlepšující se prevenci i výsledky léčby dokumentuje i fakt, že Česká republika zároveň předstihuje většinu zemí střední a východní Evropy, pokud jde o zdravotní výsledky, jako je odvratitelná úmrtnost, kojenecká úmrtnost či celkový subjektivně vnímaný zdravotní stav, stále však v těchto oblastech zaostává za průměrem EU a OECD. U všech těchto parametrů pozorujeme v ČR pozitivní trendy v čase. Avšak nadále zůstává zejména úmrtnost na preventabilní onemocnění významně vyšší než je dokumentovaný průměr zemí EU. Tato data zdůrazňují potřebu efektivních programů prevence, posilování zdravotní gramotnosti a také odpovědnosti občanů za vlastní zdraví.

Předčasná (preventabilní) úmrtí

Zdroj: List o prohlídce zemřelého 2007-2017

Podíl úmrtí

0% 2% 4% 6% 8%



Dle metodiky [EUROSTAT](#) lze některá úmrtí (kombinace příčiny úmrtí a věku) považovat za předčasná či preventabilní (např. úmrtí na diabetes mellitus do věku 49 let je dle této metodiky označeno jako předčasné).

V souladu s touto metodikou můžeme pro Českou republiku v letech 2007-2017 definovat 25,9 % všech úmrtí jako předčasná.

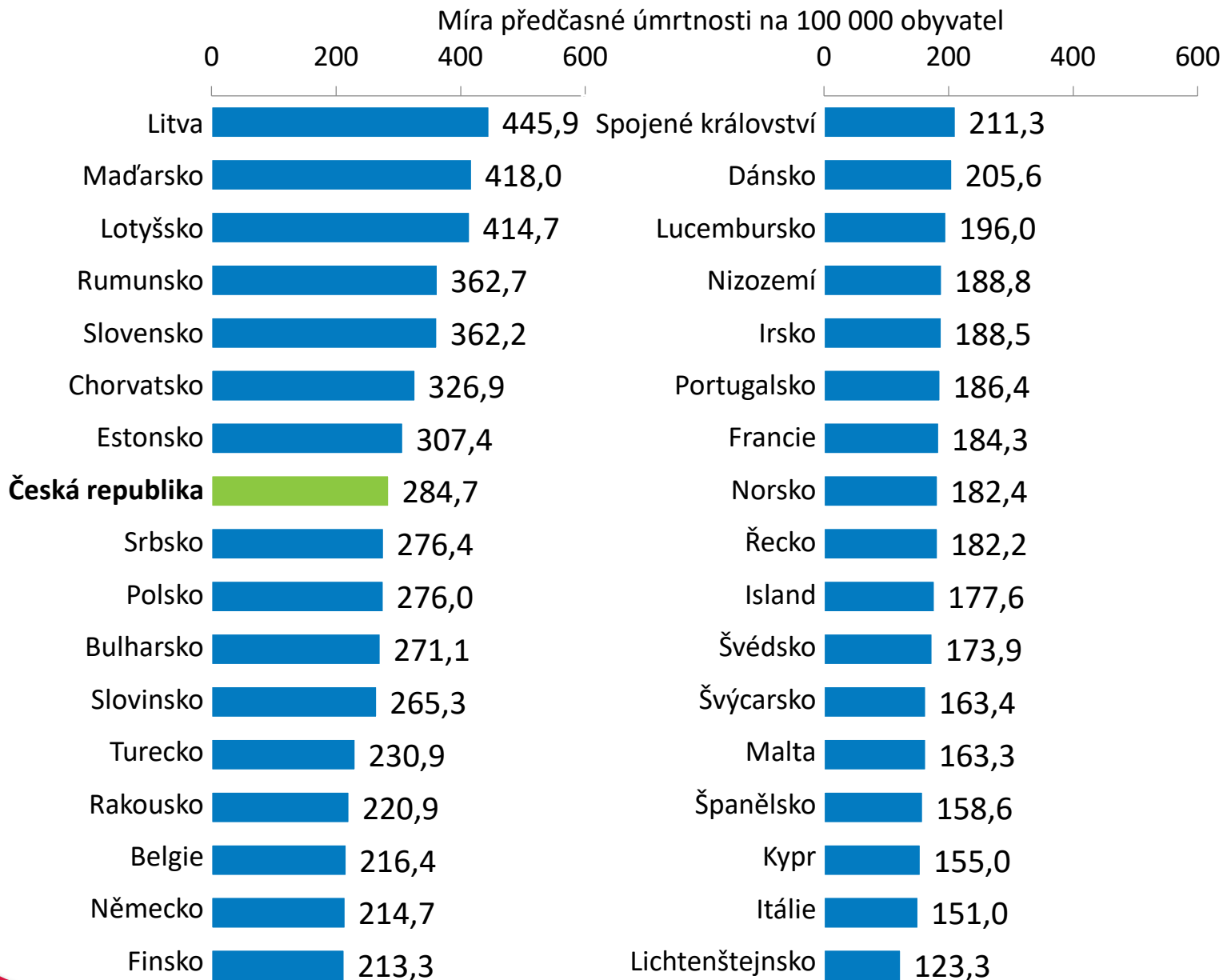
Největší podíl předčasných úmrtí tvoří v ČR ischemická choroba srdeční (7 % z celkového počtu zemřelých), následovaná zhoubnými novotvary plic (3,7 %) a úrazy (2,7 %).

U mužů je podíl předčasných úmrtí 31,9 % z celkového počtu zemřelých, u žen pouze 16,7 %.

Preventabilním úmrtím ze předcházet nejen kvalitní zdravotní péčí, ale zejména zvyšování zdravotní gramotnosti obyvatelstva.

Předčasná (preventabilní) úmrtí - Evropa

Zdroj: EUROSTAT 2015

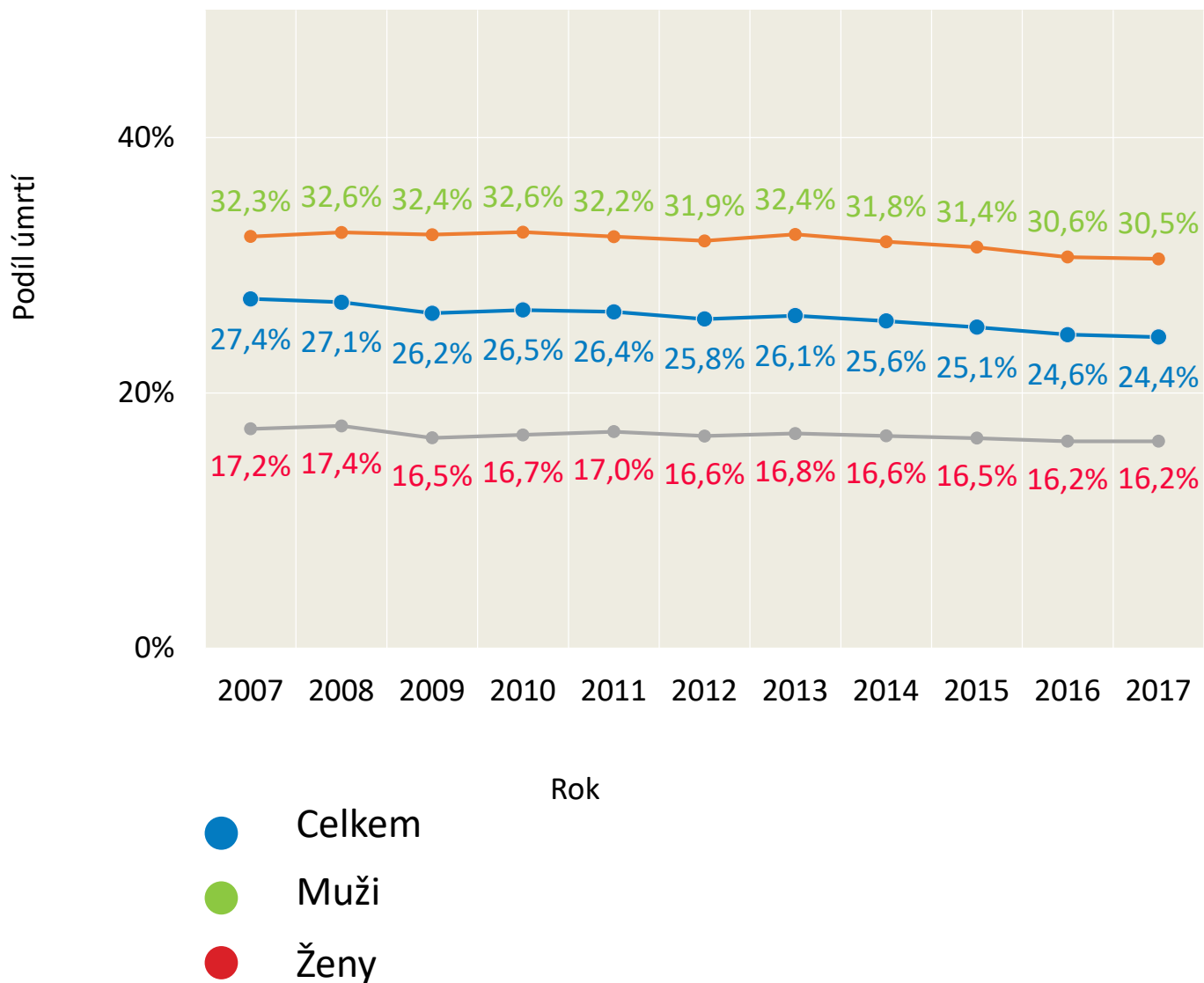


EUROSTAT poskytuje srovnání míry předčasných úmrtí na 100 000 obyvatel pro 34 evropských států. Česká republika v tomto srovnání obsadila 7 příčku.

Míra předčasné úmrtnosti není v ČR sice tak vysoká jako například v Litvě, Maďarsku nebo Lotyšsku, ale stále se nachází výrazně nad průměrem EU a nemůže se srovnávat se státy západní Evropy.

Předčasná (preventabilní) úmrtí - trend

Zdroj: List o prohlídce zemřelého 2007-2017



V poslední dekádě lze pozorovat mírný trend poklesu předčasných úmrtí.

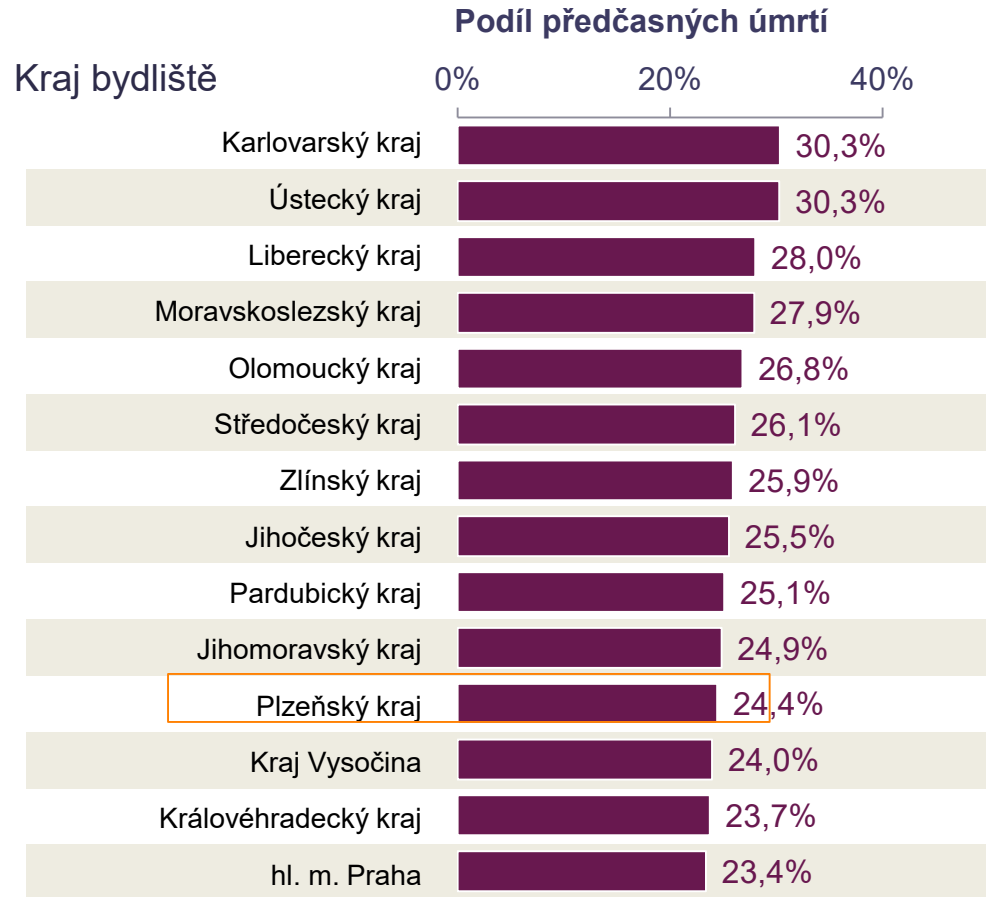
Shodně klesá jejich podíl na mortalitě mužů i žen.

V průběhu let se udržuje výrazný rozdíl v předčasných úmrtích mezi muži a ženami.

Výrazná disbalance mezi muži a ženami v podílu preventabilních úmrtí bude z velké části zapříčiněna životním stylem a je tedy do značné míry ovlivnitelná zvyšováním zdravotní gramotnosti.

Předčasná úmrtí v krajích ČR dle metodiky EUROSTAT v krajích ČR

Zdroj dat: LPZ 2007-2016



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

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

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



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

„ZDRAVÍ 2030“ analytická studie



**Zdravotní stav obyvatelstva:
Souhrnná analýza nemocnosti**

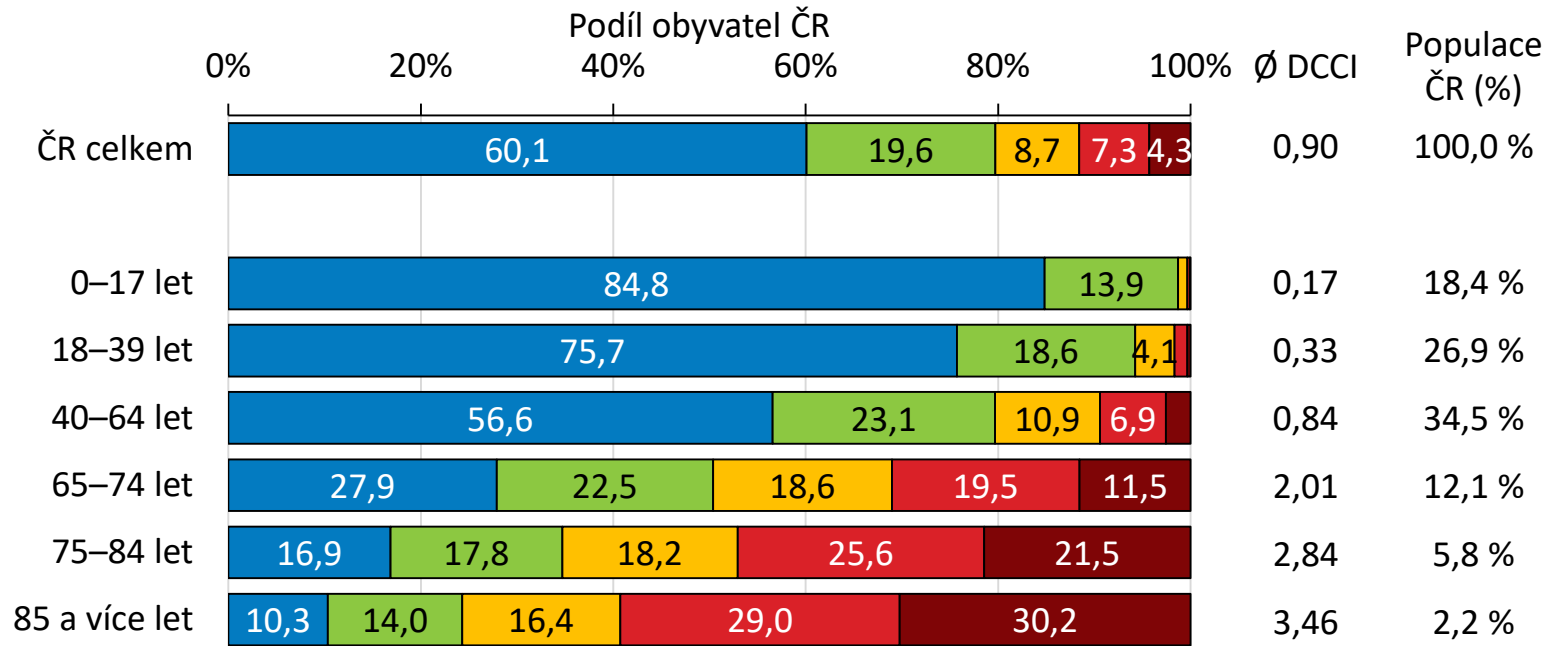


Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic

Souhrnná nemocnost obyvatel v roce 2017 (komorbiditní index)

Zdroj: NRHZS 2010–2017

DCCI = Deyova modifikace indexu komorbidit dle Charlsonové; pro obyvatele ČR byla analyzována historie poskytnuté lékařské péče v letech 2010–2017. Zaznamenaný výskyt vybraných závažných onemocnění je bodově ohodnocen a následným součtem bodů je určeno skóre pro každého obyvatele ČR.



DCCI skóre:

- 0 bodů (bez onemocnění)
- 1 bod (1 onemocnění)
- 2 body (2 onemocnění / 1 komplikovanější onemocnění)
- 3–4 body (více nemocí – zhoršený stav)
- 5 a více bodů (více nemocí – závažný stav)

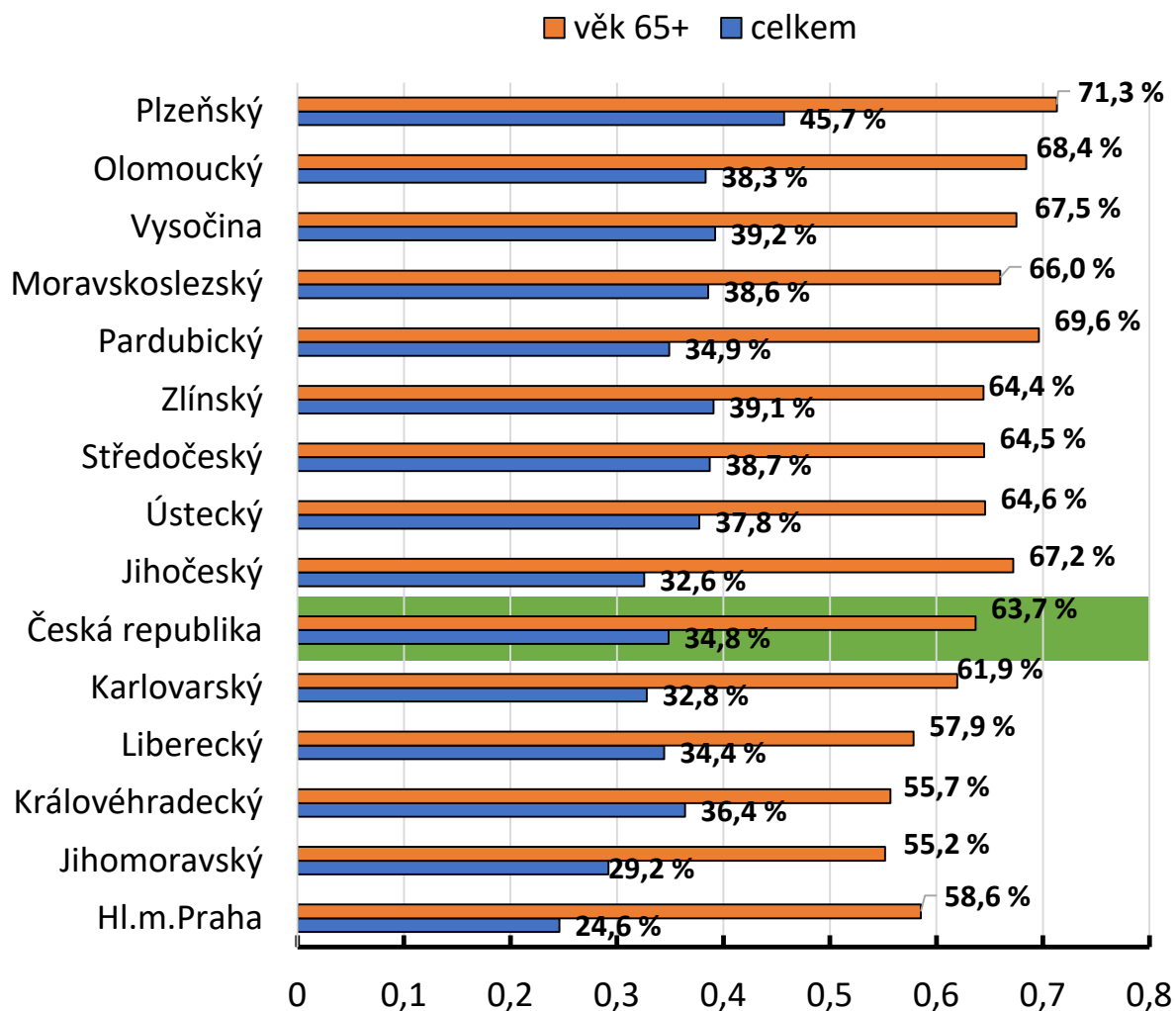
V roce 2017 bylo přibližně 60 % obyvatelstva ČR bez vážnějšího onemocnění (např. kardiovaskulární nemoci, diabetes, nádorová onemocnění). Avšak s věkem výrazně narůstá nemocnost populace – ve věku nad 65 let dosahuje DCCI hodnoty 2 a více bodů (= 2 onemocnění / 1 komplikovanější onemocnění) u poloviny populace, ve věku nad 85 let dokonce u ¾ populace. Zdraví poloviny populace nad 85 let je ve zhoršeném či závažném stavu, tato situace se bude dále zhoršovat se stárnutím populace. U mužů je mírně vyšší nemocnost ve věku 0–20 let, od 20 do 55 let je mírně vyšší nemocnost u žen. Od 55 let po zbytek života je vyšší nemocnost u mužů ve srovnání s ženami stejného věku. Mezi jednotlivými kraji ČR nejsou v takto provedené analýze souhrnné nemocnosti výrazné rozdíly.

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

Chronická nemocnost

Zdroj: ČSÚ, Výběrové šetření SILC

Podíl osob s chronickou nemocností

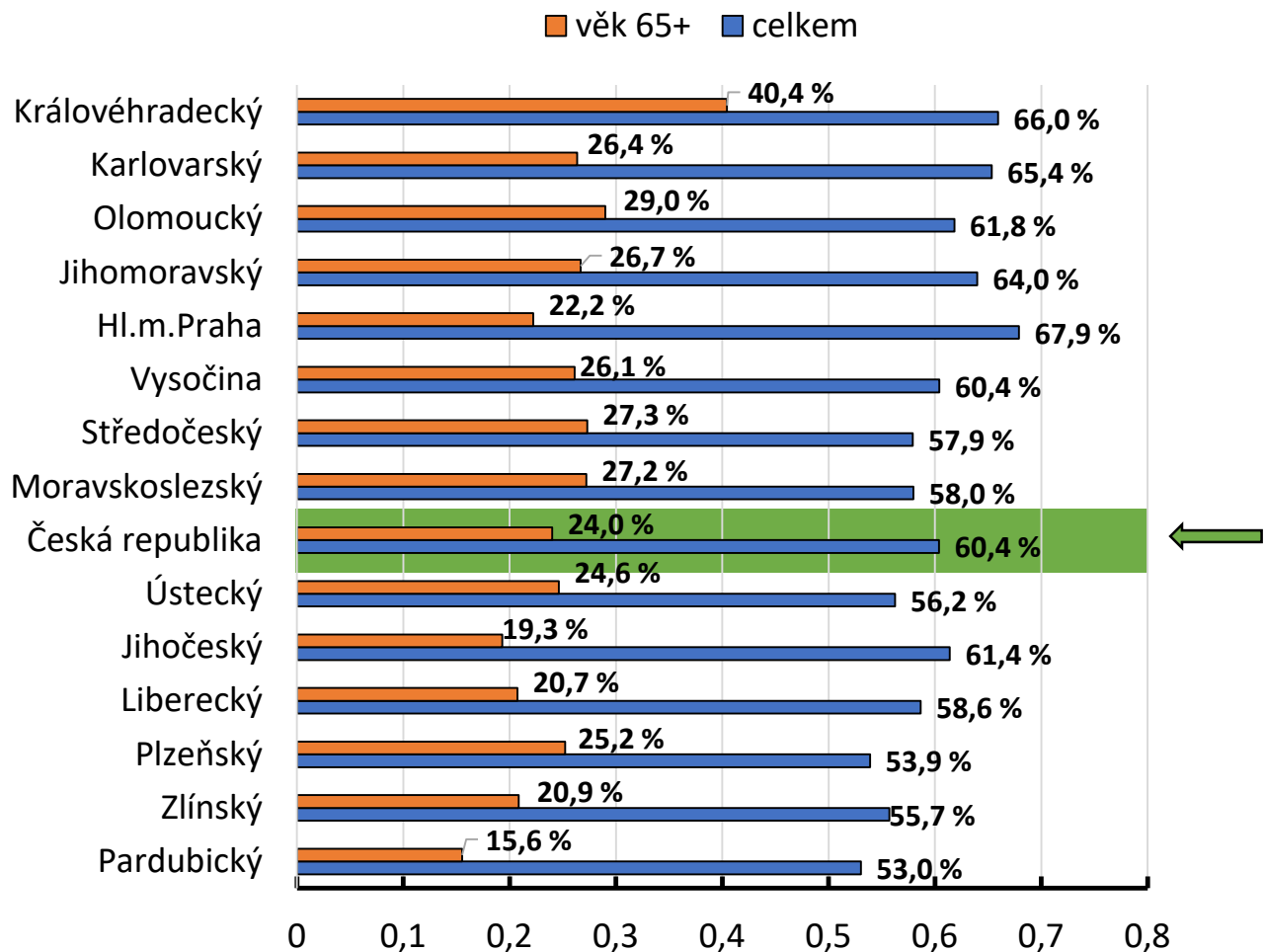


V České republice očekávatelně zásadně narůstá chronická nemocnost s věkem. U populace starší 65 let dosahuje podíl chronicky nemocných téměř 64%, avšak vysoká je i chronická nemocnost kalkulovaná pro celkovou populaci ČR (35%). Vysoká chronická nemocnost osob ve věku 65+ je zátěží pro zdravotní systém, která bude s pokračujícím demografickým stárnutím populace narůstat. Ve srovnání krajů je nejnižší celkový podíl chronicky nemocných obyvatel v Praze (25%) a v Jihomoravském kraji (29%). Naopak nejvyšší chronickou nemocnost vykazují kraje Plzeňský (46%) a dále Olomoucký, Moravskoslezský a Kraj Vysočina (všechny 38 – 39%).

Subjektivně vnímané zdraví

Zdroj: ČSÚ, Výběrové šetření SILC

Podíl osob, které hodnotí svůj zdravotní stav
jako velmi dobrý či dobrý



Česká populace celkově vnímá subjektivně svůj zdravotní stav jako dobrý až velmi dobrý ve vysokém procentu, tj. z více než 60%. Ačkoli jde o vysoký podíl populace, stále je to hodnota mírně podprůměrná ve srovnání s vyspělými zeměmi EU. Pozitivní hodnocení vlastního zdravotního stavu prudce klesá s věkem a u osob starších než 65 let již dosahuje pouze 24%.

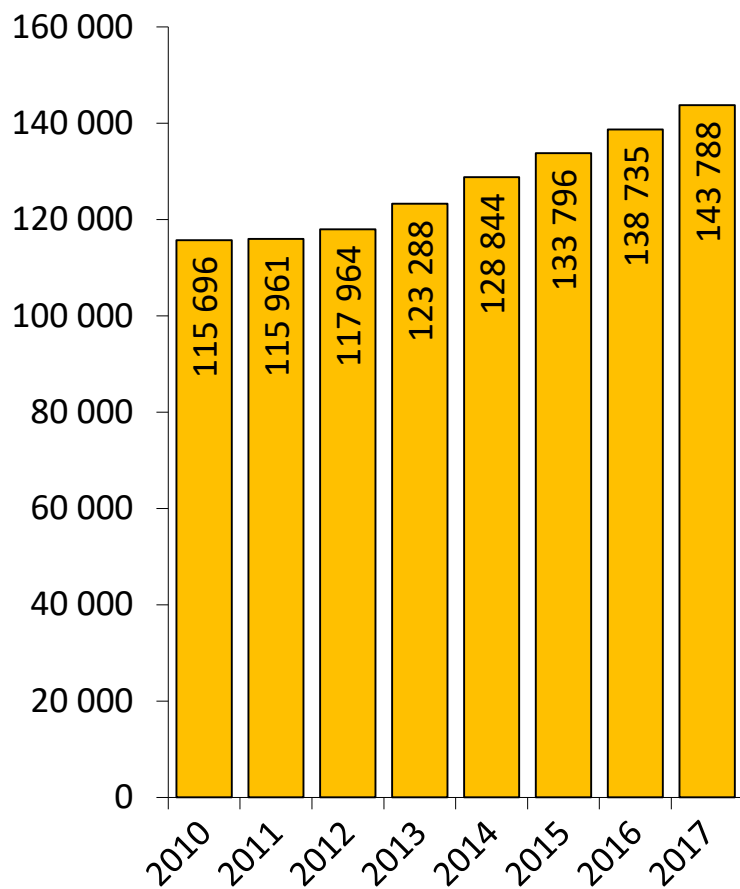
Mezi regiony ČR je v tomto ukazateli patrný značný rozptyl, podíl osob s pozitivně hodnotících svůj zdravotní stav kolísá od 53% (kraj Pardubický) do 68% (Hlavní město Praha).

Osoby v domácí péči

Zdroj: NRHZS 2010–2017

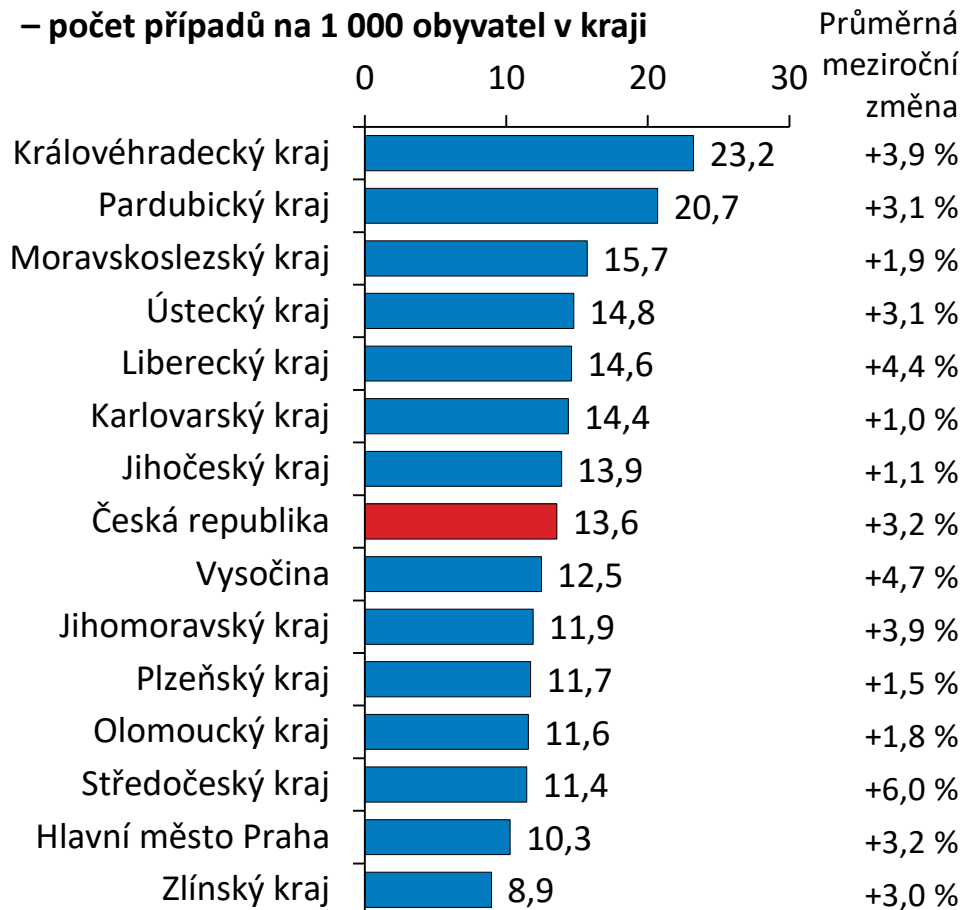
Definice: Osoby s vykázaným výkonem 06311, 06313, 06315, 06317, 06318 nebo 06319 u odbornosti 925 = domácí péče.

Celkový počet osob v domácí péči v ČR v letech 2010–2017:



Počet osob v domácí péči (2017)

– počet případů na 1 000 obyvatel v kraji



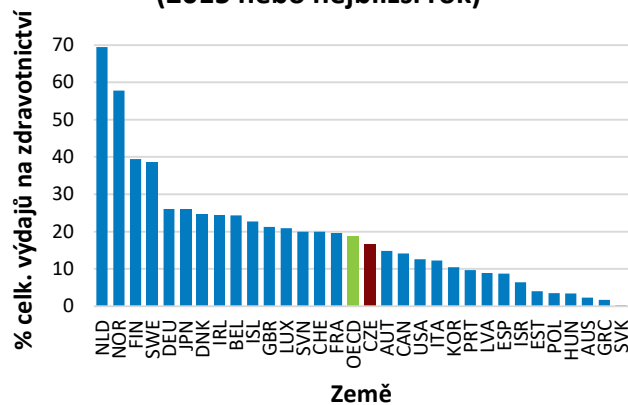
Ročně je v domácí péči léčeno necelých 150 tisíc obyvatel (1,36 % populace v roce 2017). Mezi kraji jsou výrazné rozdíly v počtu osob léčených v domácí péči s ohledem na dostupnost tohoto segmentu služeb.

Nárůst počtu osob v domácí péči v letech 2010–2017 je patrný ve všech krajích, ale s rozdílnou intenzitou. Ve Středočeském kraji narůstá počet osob v domácí péči o 6 % ročně, zatímco v Jihočeském a Karlovarském kraji je nárůst pouze o 1 % za rok.

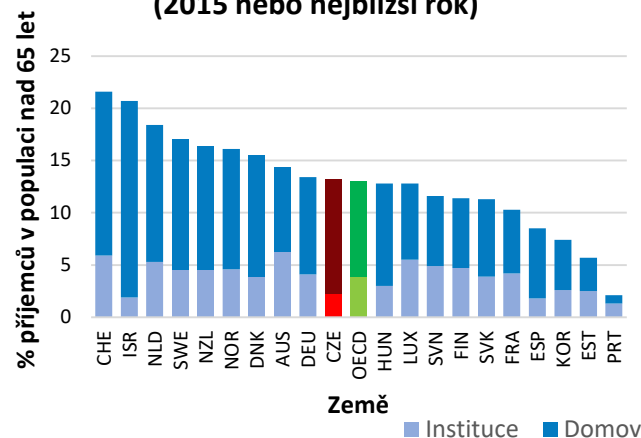
Dlouhodobá péče

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

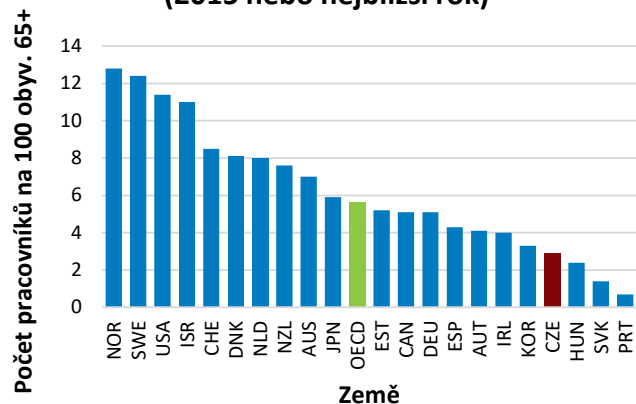
Výdaje na dlouhodobou zdravotní péči
(2015 nebo nejblížejší rok)



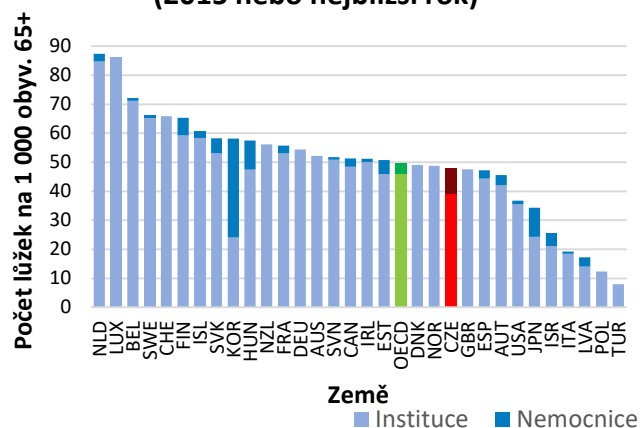
Podíl příjemců nad 65 let
(2015 nebo nejblížejší rok)



Pracovníci v dlouhodobé zdravotní péči
(2015 nebo nejblížejší rok)



Lůžka dlouhodobé péče
(2015 nebo nejblížejší rok)



Poptávka po dlouhodobé péči se v České republice v posledních letech zvýšila, stejně jako v ostatních zemích OECD. Dopad stárnutí populace již v současnosti zvyšuje tlak na kapacity v segmentu dlouhodobé péče. Předpokládá se, že podíl obyvatelstva ve věku 80 let a více stoupne ze 4 % v roce 2015 na 9 % do roku 2050. Současná organizace a financování dlouhodobé péče nejsou dostatečné pro absorbování takového navýšení poptávky. Výdaje na dlouhodobou péči představovaly v roce 2015 1,3 % HDP, z čehož 82 % čerpá lůžkovou dlouhodobou péči.

Je zapotřebí podporovat rozvoj pečovatelských zařízení a harmonizovat politiku úhrad zdravotní péče poskytované v nemocnicích a jiných zařízeních. Rozvoj komplexní domácí péče by měl být upřednostňován jako alternativa k dlouhé hospitalizaci.



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

„ZDRAVÍ 2030“ analytická studie



**Zdravotní stav obyvatelstva:
Reprodukční zdraví**

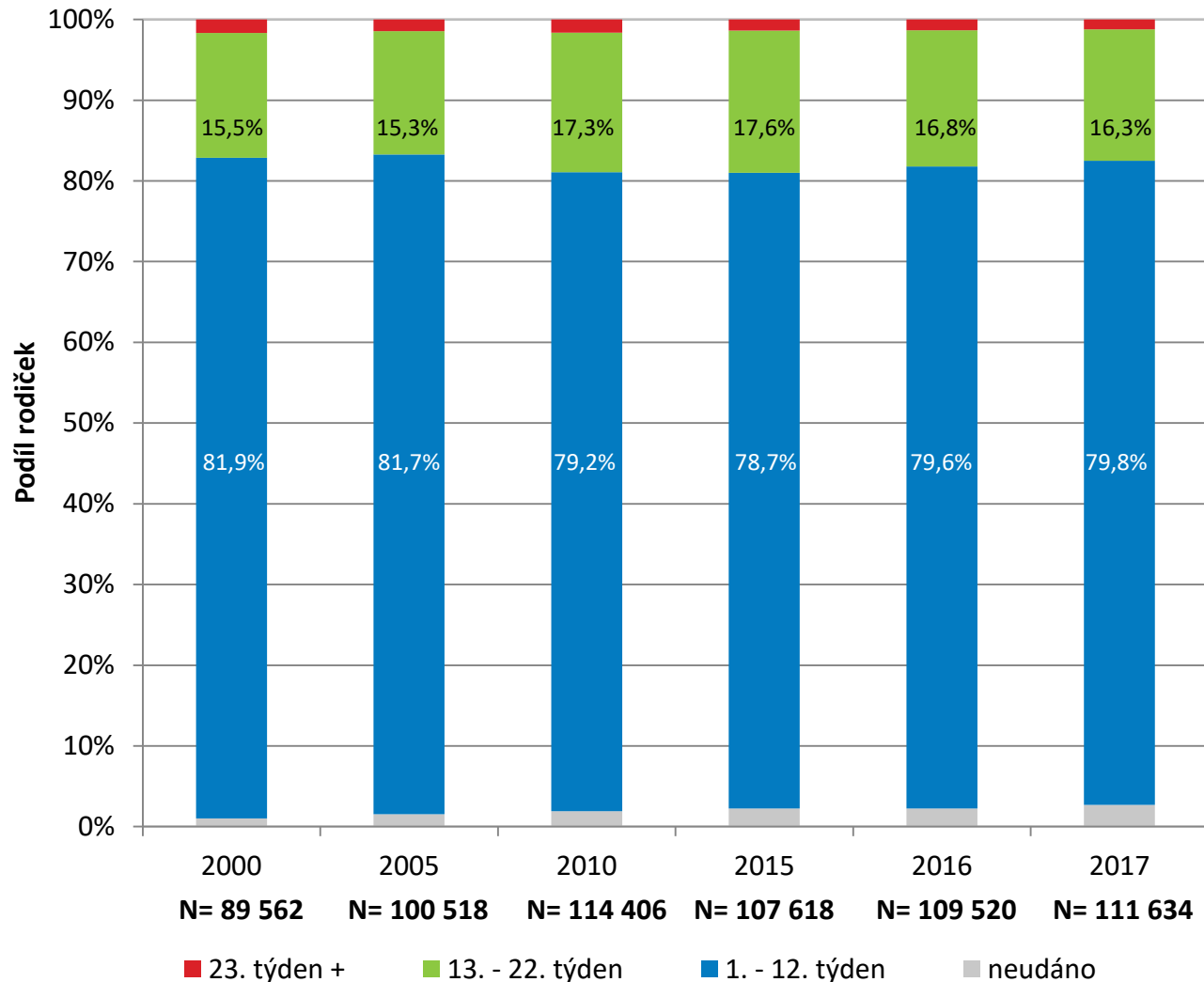


Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic

Charakteristika matek: první návštěvy v rámci prenatální péče

Zdroj: ÚZIS ČR - NRROD

Načasování prvních návštěv v rámci prenatální péče u těhotných žen

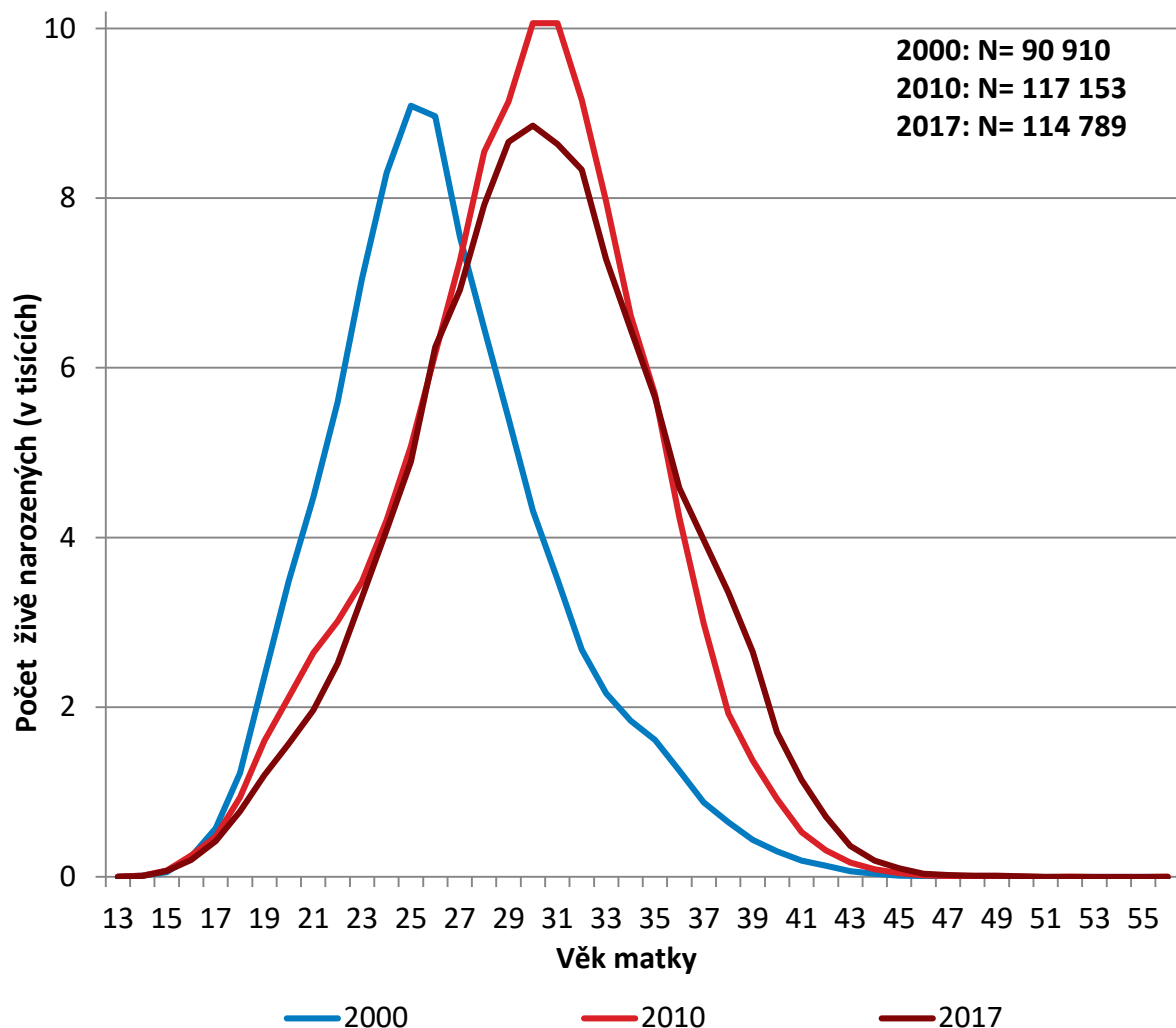


Prenatální péče o těhotné ženy je v České republice dlouhodobě na vysoké úrovni. Dokládá to také časování prvních návštěv v souvislosti s těhotenstvím u praktického lékaře gynekologa. Více než 80 % žen absolvuje první prohlídku již mezi 1.-12. týdnem těhotenství. V čase se tento příznivý trend nijak nemění.

Charakteristika matek: věk

Zdroj: ČSÚ - ISDEM

Živě narození podle věku matky v roce 2000 až 2017

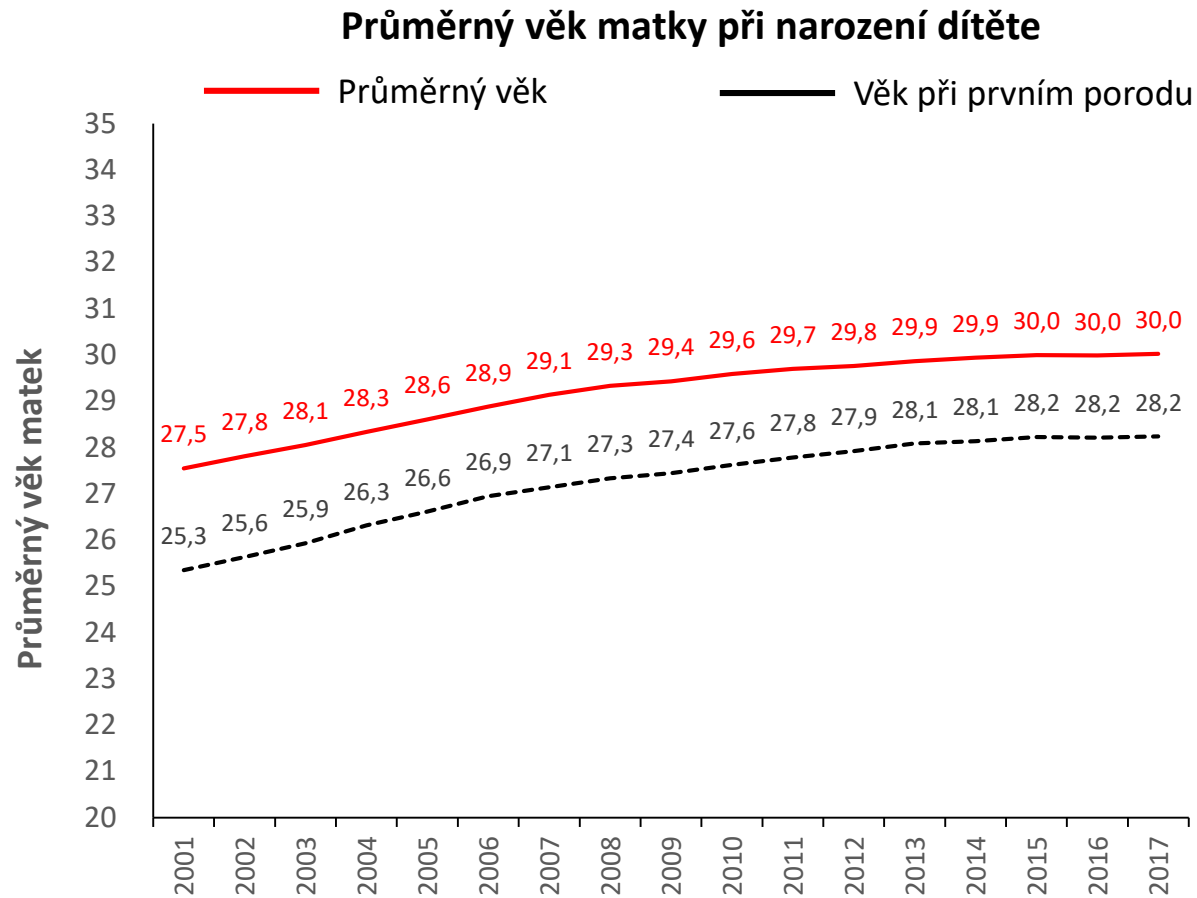


Z rozložení věkově specifických měr plodnosti je na první pohled patrné snižování intenzity plodnosti žen v nižších věkových kategoriích a celkový posun porodnosti do vyššího věku. V posledních dvou letech dochází ke koncentraci maximálních měr plodnosti okolo věku 30 let. Stoupající věk rodiček je dlouhodobým problémem nejen České republiky, ale celého vyspělého světa.

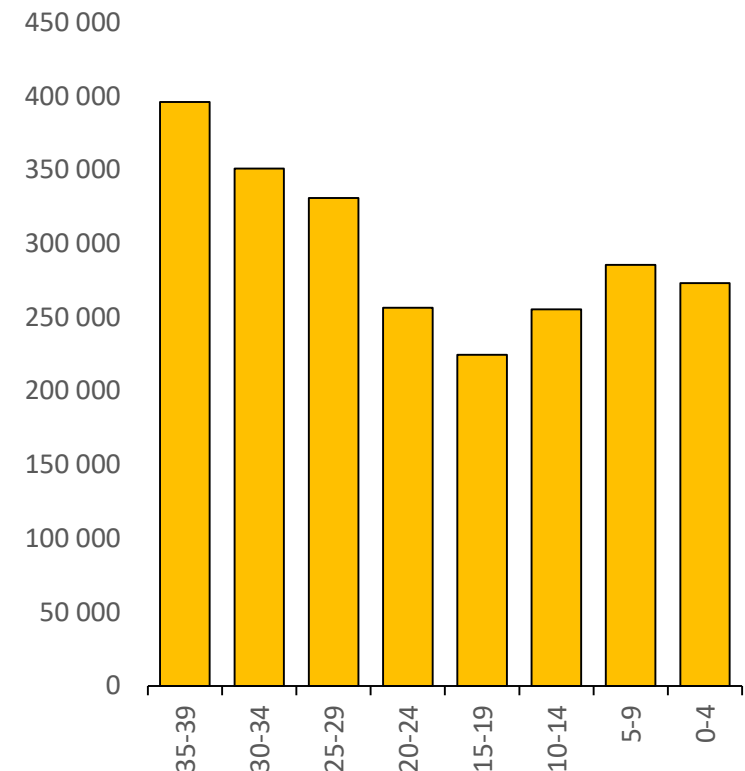
V důsledku vyššího věku rodiček dochází k nárůstu rizika výskytu komplikací v těhotenství a za porodu, ke zvyšování rizika výskytu vícečetných těhotenství a také k nárůstu rizika výskytu vrozených onemocnění plodu. Všechny tyto problémy a rizikové faktory samozřejmě znamenají také **zvyšující se náklady na péči o těhotné a novorozence.**

Průměrný věk matky při narození dítěte: vývoj v čase

Zdroj: ČSÚ - ISDEM



**Počet žen ve věkových skupinách
k 31. 12. 2016**

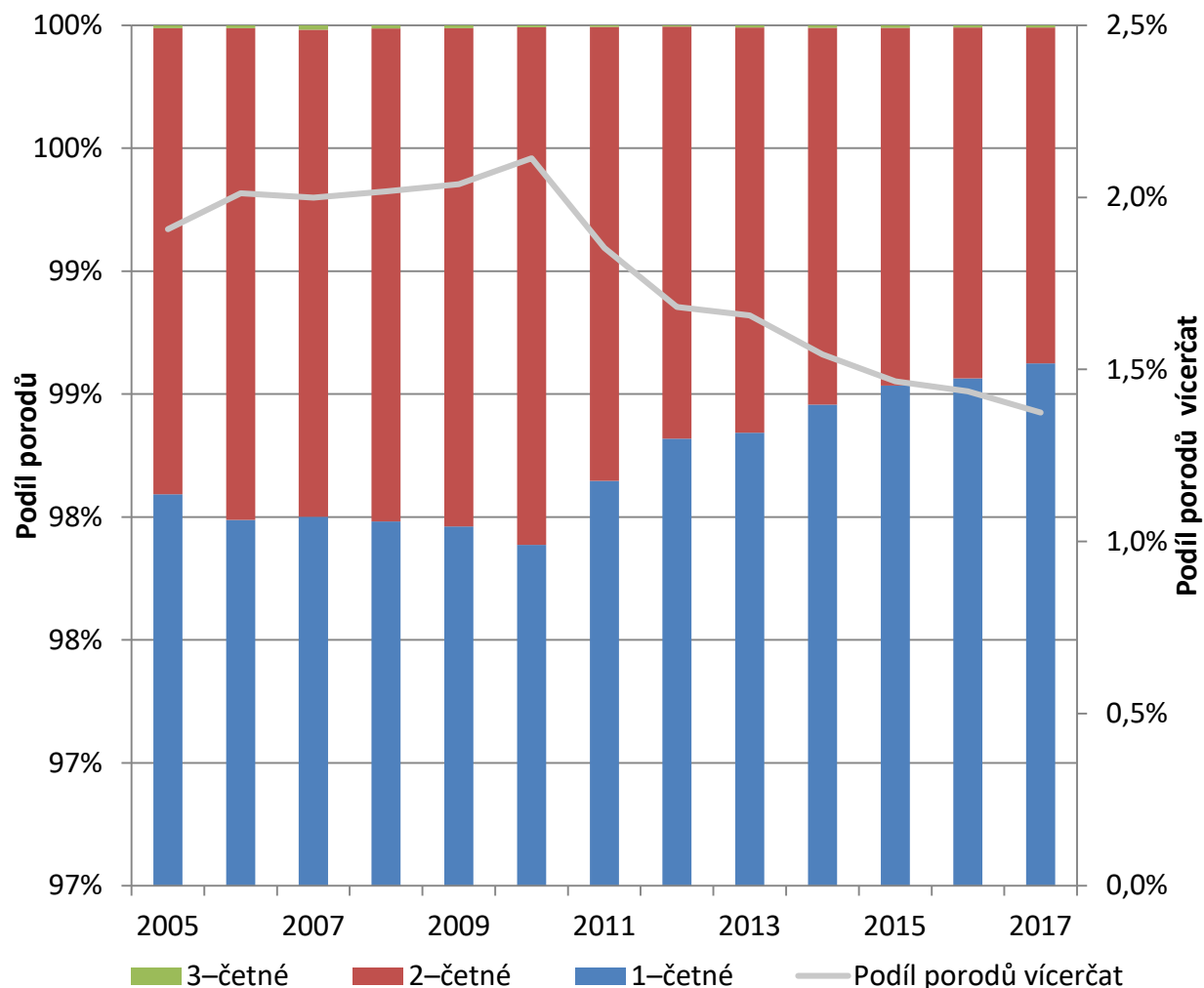


Průměrný věk matek v ČR dlouhodobě a konzistentně narůstá, v roce 2017 dosáhnul hranice 30 let, průměrný věk při prvním porodu je 28,2 let. Tato průměrná hodnota má avšak významnou variabilitu a zejména ve velkých městech přesahuje i hodnotu 32 – 33 let. Kromě rizik, která sebou tento vývoj nese pro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

Charakteristika matek: porody dle četnosti

Zdroj: ÚZIS ČR - NRROD

Porody podle četnosti v letech 2005-2017



V lidské populaci je obvyklý porod jednoho plodu. Pravděpodobnost porodu vícčat stoupá s věkem ženy, s počtem předchozích porodů, dále je ovlivněna genetickými faktory a významně jí ovlivňuje také léčba neplodnosti.

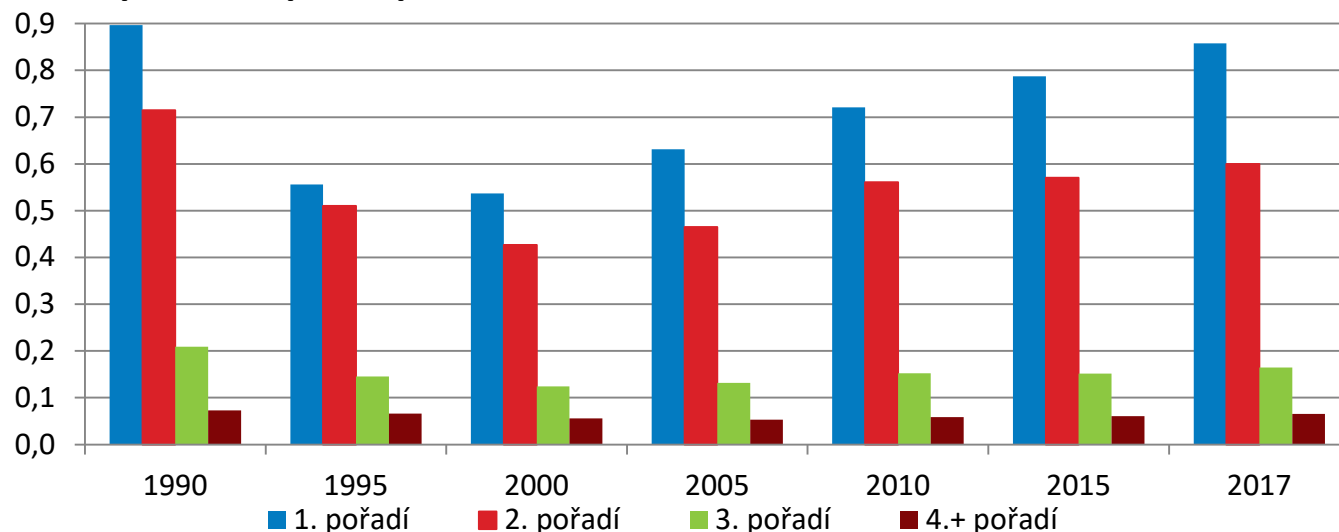
Vícečetné těhotenství významně zvyšuje zdravotní rizika pro ženu i plody. Z toho důvodu je snaha pokud možno výskyt těchto těhotenství snižovat. Ke snižování přispěla i změna zákona č.48/1994 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, z prosince 2015, kdy jsou nově hrazeny 4 cykly asistované reprodukce na místo původních 3, pokud je v prvních dvou cyklech transferováno pouze 1 embryo.

V České republice se podíl porodů vícčat úspěšně snižuje, v posledních 12 letech počet těchto porodů klesl o čtvrtinu.

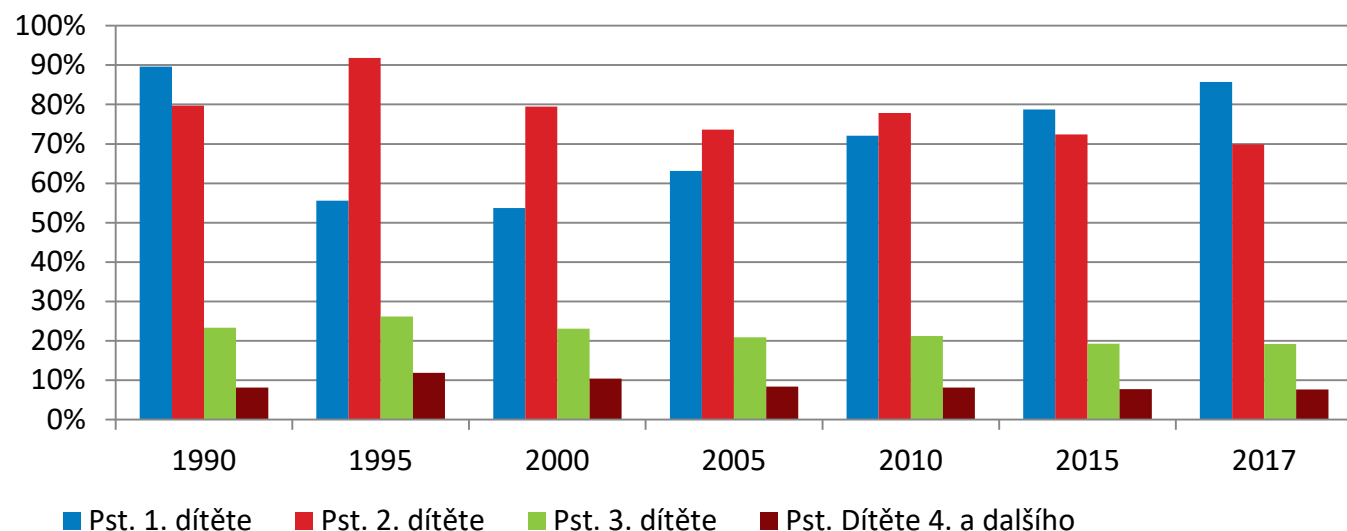
Úhrnná plodnost a pravděpodobnost zvětšování rodiny

Zdroj: ČSÚ - ISDEM

Úhrnná plodnost podle pořadí v letech 1990-2017



Pravděpodobnost zvětšování rodiny v letech 1990-2017



Počet narozených dětí jedné matce a pravděpodobnost zvětšování rodiny jsou ovlivňovány komplexem faktorů, které lze rozdělit na zdravotní a sociální. Obecně lze říci, že nejvíce dětí se rodí prvního pořadí (v současné době cca ½ narozených).

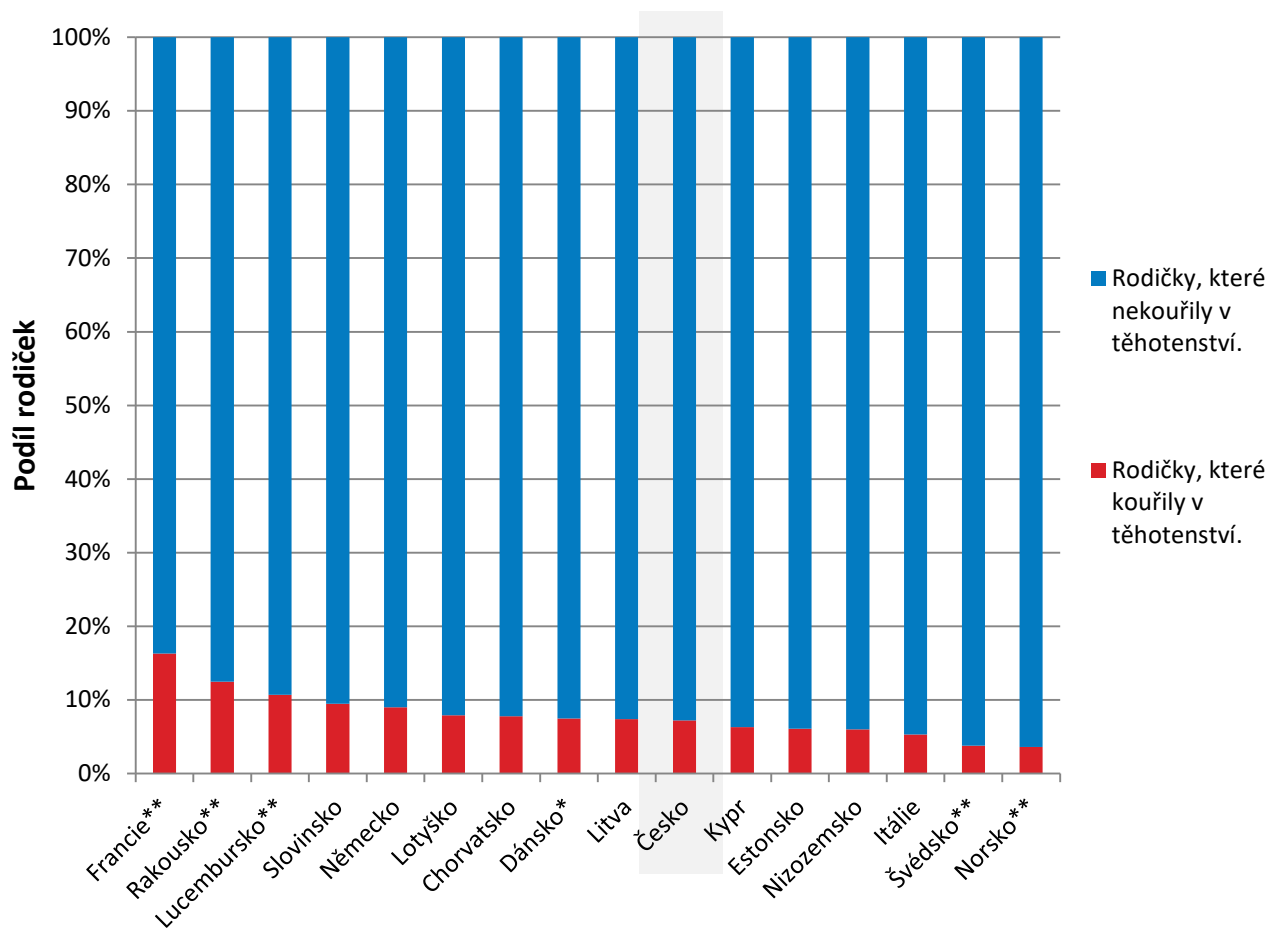
Pravděpodobnost, že bezdětná žena bude mít první dítě, se v současnosti pohybuje okolo 85 %. Oproti roku 1990 se snižuje pravděpodobnost narození dítěte vyššího pořadí.

Na tuto problematiku se lze nejefektivněji zaměřit prostřednictvím rodinné politiky.

Kouření u rodiček v ČR: celkový podíl

Zdroj: EUROPERISTAT

Rodičky, které kouřily během těhotenství, v roce 2015



Kouření na začátku a v průběhu těhotenství je velmi rizikovým faktorem, zejména pro plod. U kuřáček je výrazně vyšší riziko mimoděložního těhotenství a samovolného potratu. Také častěji dochází k úmrtí plodu. Děti narozené kuřáčkám mají často nižší porodní hmotnost, a tedy ztíženou adaptaci po narození. Častěji se u nich mohou vyskytovat různá onemocnění dýchacích cest, snížená imunita, astma či poruchy vývoje a chování.

V evropském srovnání je podíl kouřících matek v ČR průměrný.

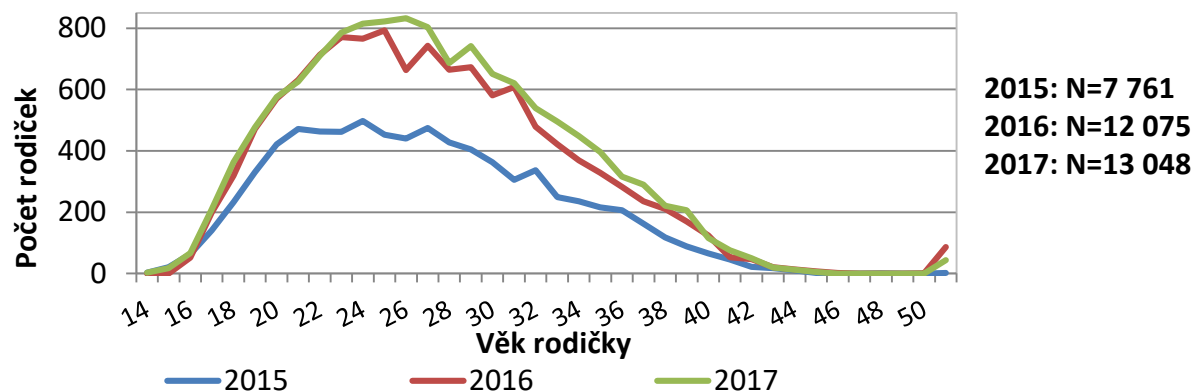
Pozn.: * V druhém trimestru

** V třetím trimestru

Kouření u rodiček v ČR: trend

Zdroj: ÚZIS ČR - NRROD

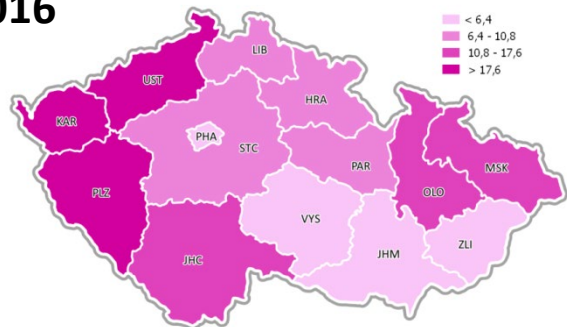
Rodičky, které kouřily v těhotenství, v letech 2015–2017



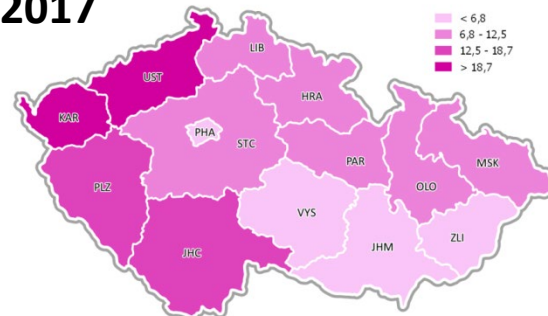
Pozn.: Do roku 2015 bylo vyplňování položky „návykové látky“ nepovinné, od 1.1.2016 povinné.
Do roku 2015 se vykazovalo pouze kouření v těhotenství, od 1.1.2016 se vykazovalo i kouření na počátku těhotenství.

Podíl rodiček, které kouřily v těhotenství, v roce 2016 a 2017

2016



2017



Podíl rodiček, které kouřily na počátku nebo v průběhu těhotenství, představuje v posledních 2 letech přibližně 10 % všech rodiček.
Nárůst počtu kuřáček mezi rodičkami může být zkreslen změnou způsobu vykazování.

Vyšší počty rodiček kuřáček obecně pozorujeme v nižších věkových kategoriích, a pak také ve věku nad 50 let. Jedná se pravděpodobně o ženy, které neplánovaly početí.

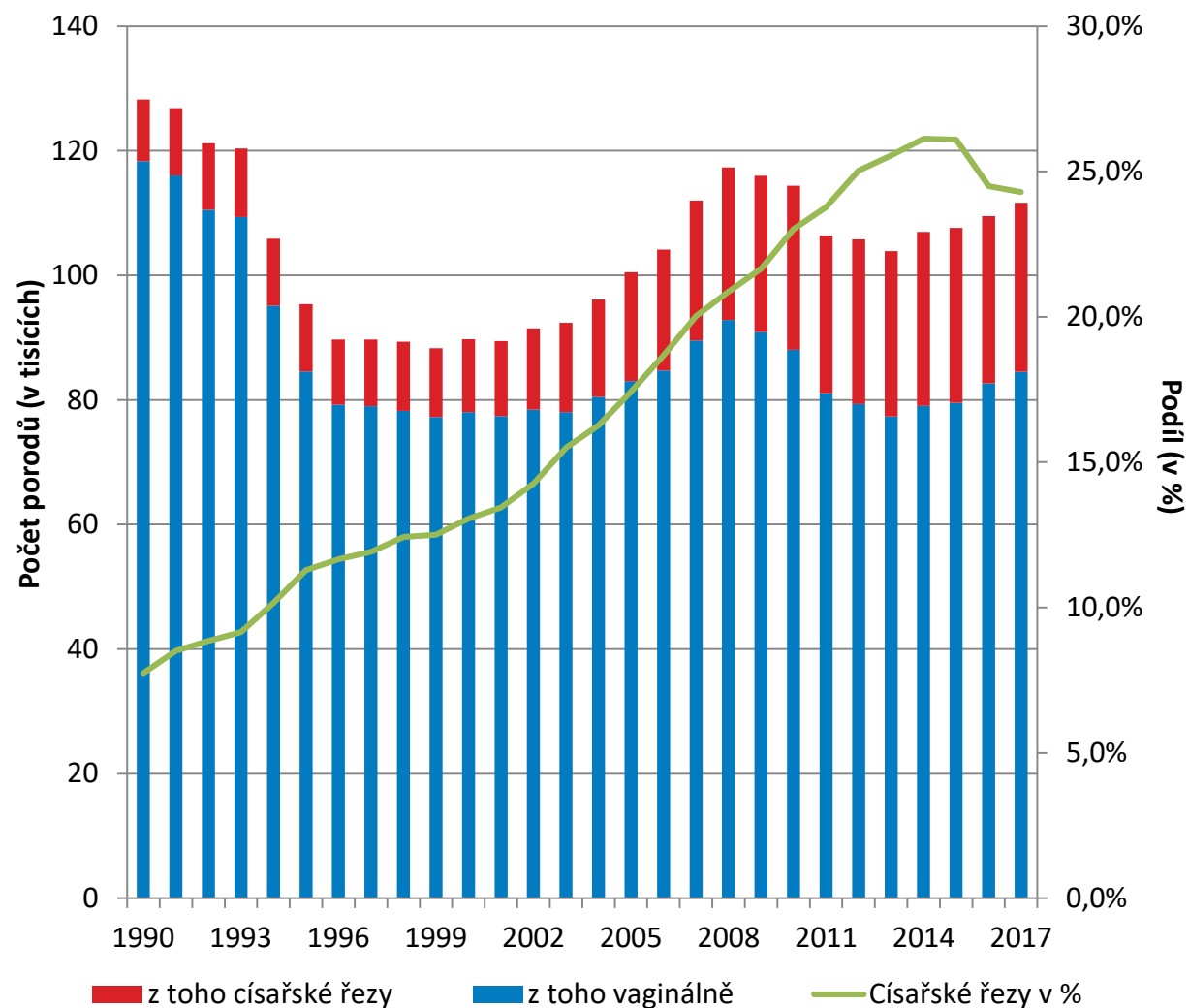
Kouření v těhotenství je spojeno se značnými riziky zejména pro plod. **Je zcela namístě zvážit informační kampaň a zdůrazňovat rizika spojená s kouřením v těhotenství.**

Kartogramy zcela jasně ilustrují nevyšší koncentraci těhotných kuřáček do problémových regionů severozápadních Čech a severní Moravy. Kouření u těhotných zcela jistě souvisí se sociodemografickým chováním a vzděláním obyvatel v regionu. Je zcela namístě pokračovat v informační kampani a opakovat rizika spojená s kouřením v těhotenství.

Způsob porodu: Císařské řezy v trendu

Zdroj: ÚZIS ČR – NRROD

Císařské řezy v letech 2000-2017



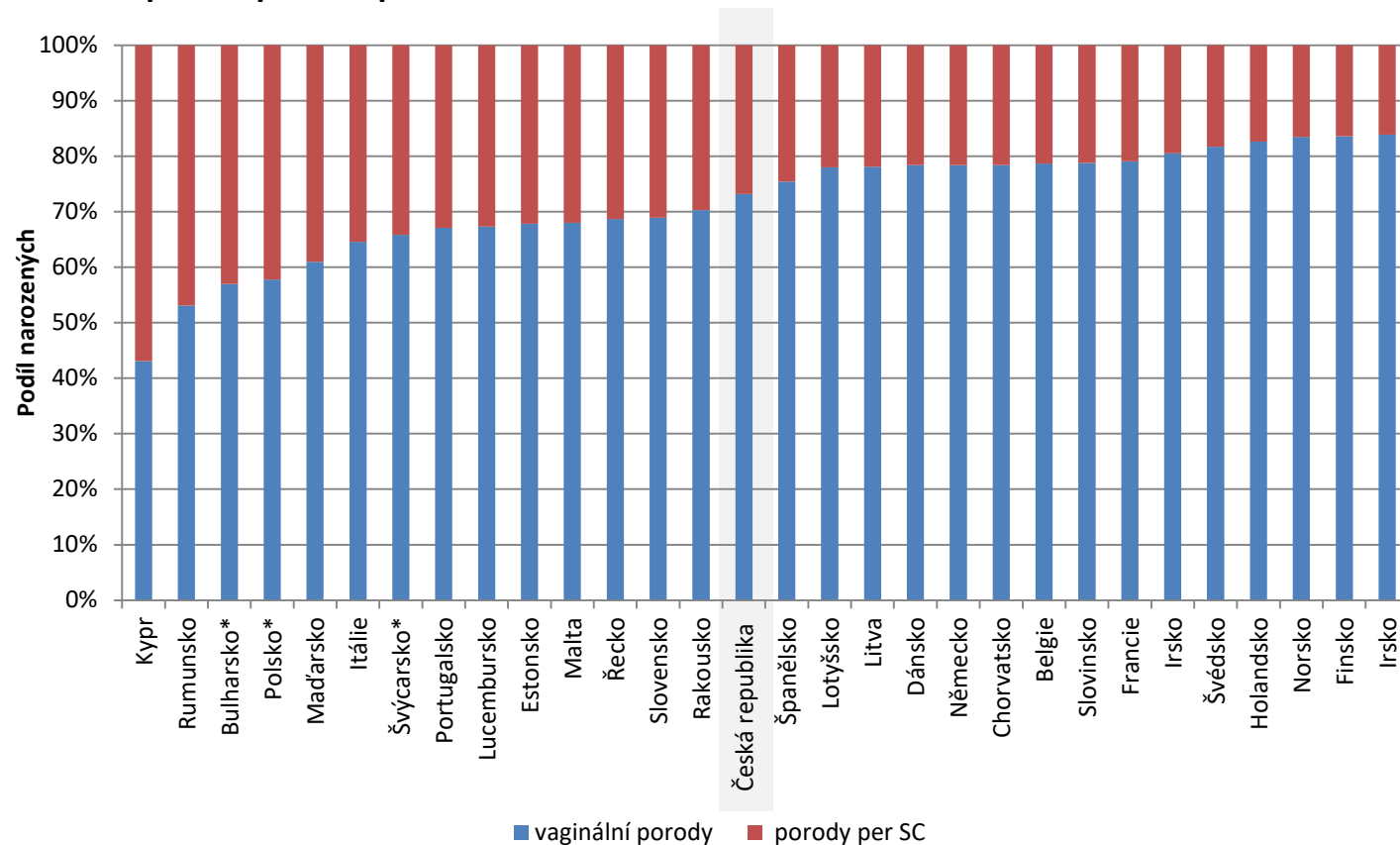
Poměrně nepříznivým jevem **v posledních dvaceti letech byl kontinuální a zrychlující se nárůst počtu císařských řezů (SC)**. K zastavení nárůstu došlo v roce 2014 (na hodnotě 26,1 %). V roce 2017 činily císařské řezy 24,3 % porodů. Teprve další vývoj ukáže, zda je jedná o pokles trvalý nebo jen o lokální kolísání.

Doporučené rozmezí pro četnost císařských řezů WHO uvádí 10 % - 15 %.

Způsob porodu: mezinárodní srovnání

Zdroj: EUROPERISTAT

Narození podle způsobu porodu v roce 2015



Riziko porodu císařským řezem zvyšují zejména věk matky, počet přecházejících porodů a další významné komplikace těhotenství a porodu, jako například předčasné odloučení placenty nebo placenta praevia (vcestné lůžko).

Protože předcházející SC je jednou z indikací k opětovnému SC, otevírá se tím „**spirálový efekt**“ nárůstu frekvence SC v populaci rodiček.

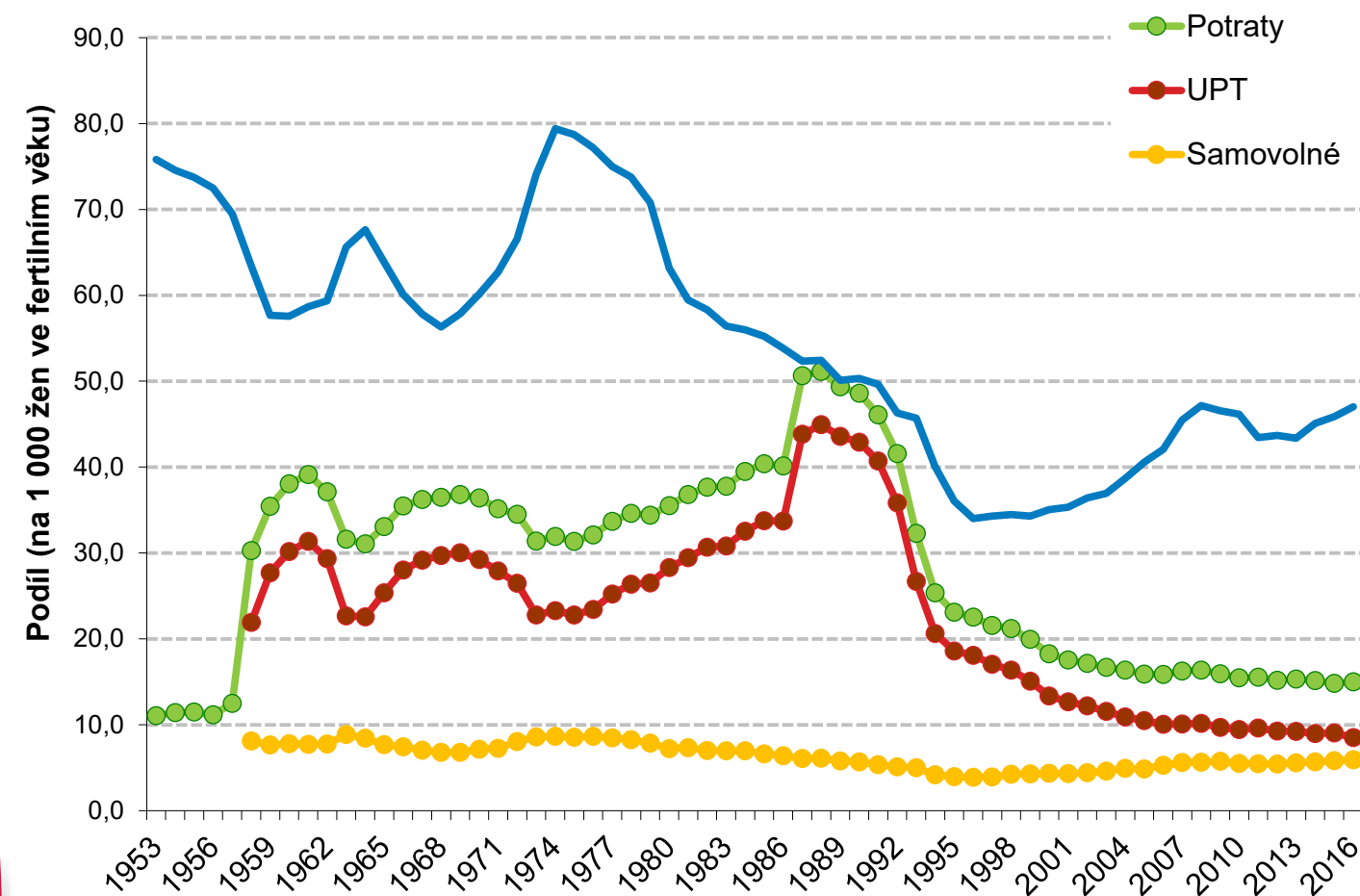
V evropském srovnání je podíl porodů per SC v ČR průměrný.

Pozn.: * Data odpovídají roku 2014.

Potratovost

Zdroj: ÚZIS ČR – NRPOT

Obecné míry plodnosti a potratovosti



Pozn.: Od roku 2000 jsou započítány i cizinky s trvalým nebo dlouhodobým pobytem na území ČR. Pokud plod, neprojevující žádnou známku života, váží méně než 500 g, a pokud ji nelze zjistit, je-li těhotenství kratší než 22 týdnů, je ukončení těhotenství považováno za **potrat**.

Umělé přerušení těhotenství z jiných než zdravotních důvodů bylo v českém prostředí uzákoněno v roce 1957. Až do počátku devadesátých let se porodnost a potratovost vyvíjely inverzně v závislosti na nastavení legislativních pravidel pro umělé přerušování těhotenství.

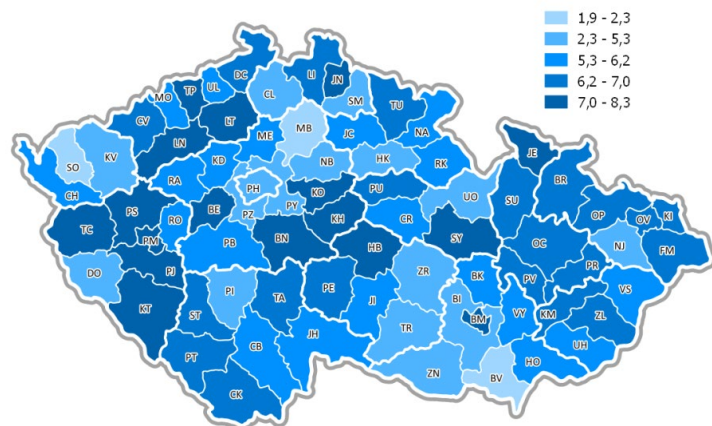
Na počátku devadesátých let se potrácelo téměř stejné množství plodů, jako se rodilo dětí. Od té doby se absolutní počet potratů snižuje. Na intenzivním poklesu v průběhu 90. let se podílelo zejména snižování indukované potratovosti, urychlené zavedením poplatku za UPT v roce 1993.

V posledních letech **pokračuje kontinuální pokles umělé potratovosti**, oproti tomu **narůstá samovolná potratovost**. K nárůstu samovolné potratovosti dochází zejména z důvodu stoupajícího věku těhotných.

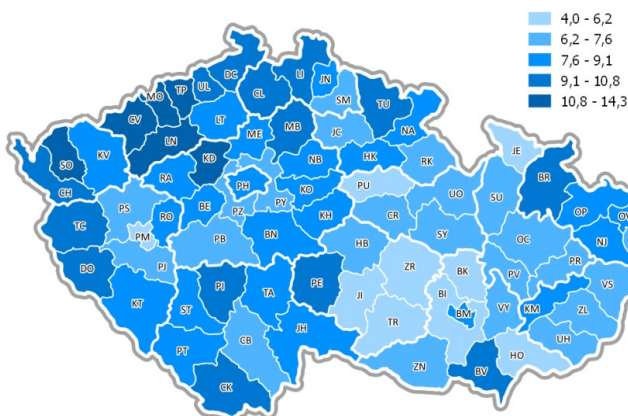
Potratovost: srovnání regionů ČR

Zdroj: ÚZIS ČR – NRPOT

Samovolné potraty na 1 000 žen fertilního věku v roce 2017



Uměle přerušená těhotenství na 1 000 žen fertilního věku v roce 2017



Regionální rozdíly mezi jednotlivými kraji v úrovni potratovosti se sice snižují, nicméně stále přetrvává významný rozdíl mezi severozápadními a západními Čechami a zbytkem republiky.

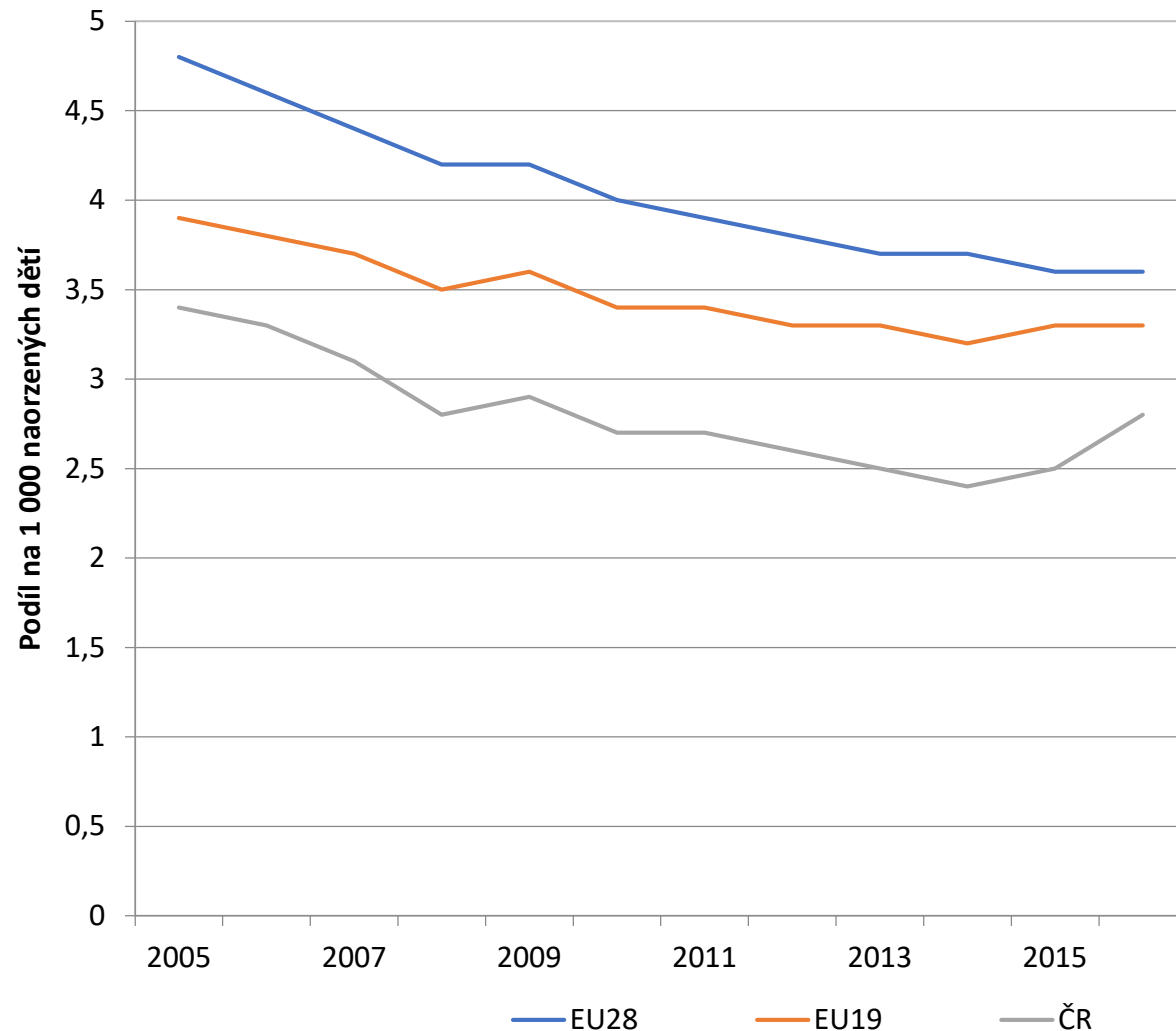
Nejvyšší umělá potratovost dlouhodobě přetrvává především v severozápadních Čechách, tedy Ústeckém, Karlovarském, ale také Libereckém kraji. Úroveň umělé potratovosti lze do jisté míry označit jako ukazatel sociálně demografické vyspělosti regionu.

Samovolná potratovost je oproti umělé odrazem zdravotního stavu těhotných. Její nárůst je významně ovlivňován stále stoupajícím věkem rodiček. **Dokládá to i mapa, kde nejvyšší míry samovolné potratovosti dosahují regiony s vyšším průměrným věkem rodiček. Tento trend bude pravděpodobně pokračovat.**

Kojenecká úmrtnost

Zdroj: EUROSTAT Database

Kojenecká úmrtnost v zemích EU v letech 2000–2017



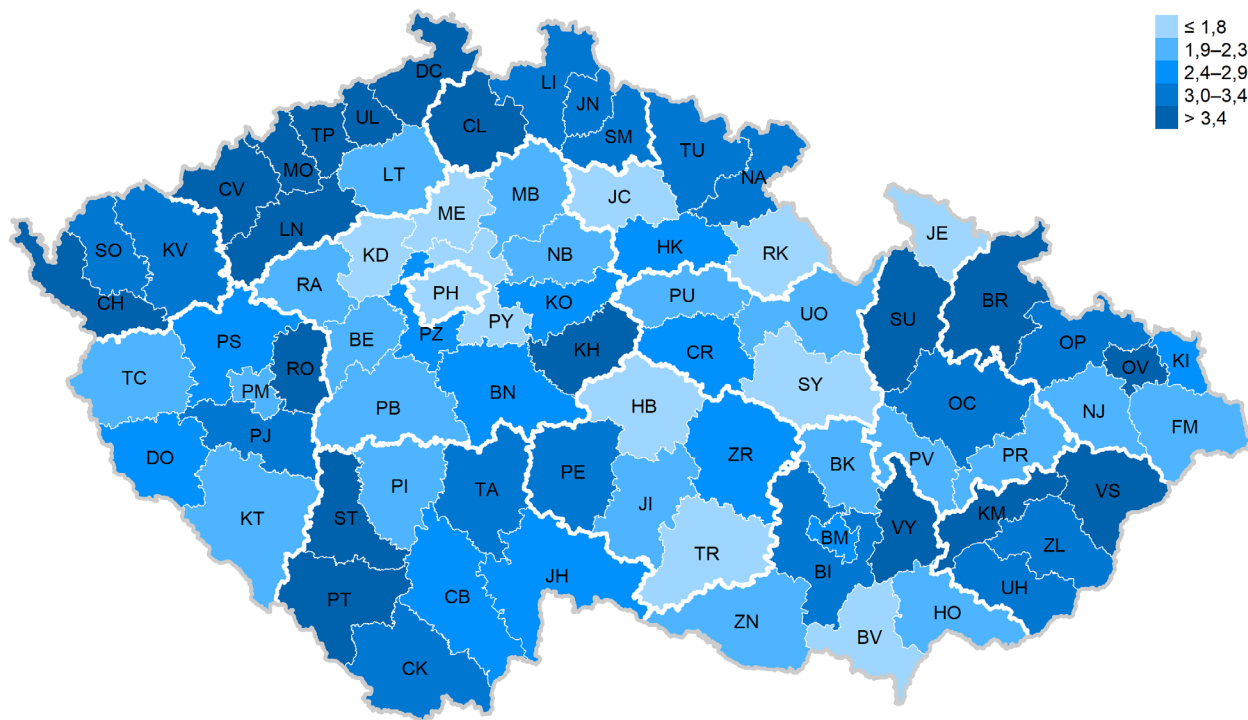
Hodnoty kojenecké úmrtnosti, tedy počet zemřelých do 1 roku věku na 1 000 živě narozených, vykazuje Česká republika ve srovnání s evropskými zeměmi **jedny z nejnižších**.

Od roku 1985 je hodnota kojenecké úmrtnosti v ČR nižší než průměrná hodnota v EU.

Kojenecká úmrtnost

Zdroj: ČSÚ - ISDEM

Průměr kojenecké úmrtnosti za období 2013–2017



Ačkoli se kojenecká úmrtnost pohybuje v České republice **na velmi nízké úrovni**, přetrvávají mezi jednotlivými kraji značné rozdíly.

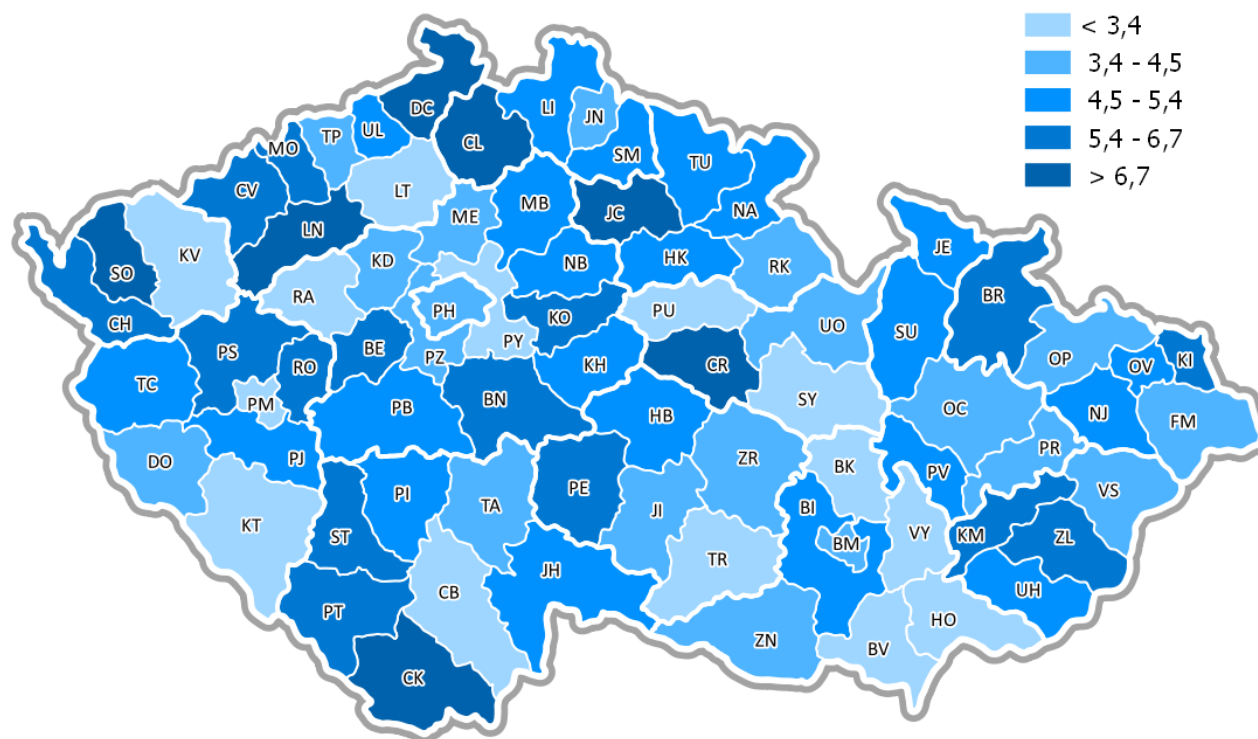
Nejvyšší míry kojenecké regiony opět vykazují především tzv. problémové regiony severozápadních Čech a severní Moravy.

I v tomto ohledu je třeba apelovat na obyvatele těchto regionů a zvyšovat povědomí o rizikových faktorech během těhotenství a důležitosti primární prevence onemocnění plodu a vrozených vývojových vad.

Perinatální úmrtnost

Zdroj: ČSÚ - ISDEM

Průměr perinatální úmrtnosti za období 2013–2017



Perinatální úmrtnost je součtem mrtvorozenosti a časné novorozenecké úmrtnosti (0-6 dní po narození), přičemž větší část perinatální úmrtnosti je tvořena mrtvě narozenými (přibližně v poměru 3:1).

Ačkoli novorozeneckou úmrtnost se daří úspěšně snižovat, **mrtvorozenost v posledních letech mírně stoupá.**

Z regionálního pohledu lze opět sledovat vyšší perinatální úmrtnost v západní části Čech, nicméně koncentrace této úmrtnosti do určitých oblastí není v tomto případě tak patrná, jako v případě kojenecké úmrtnosti.

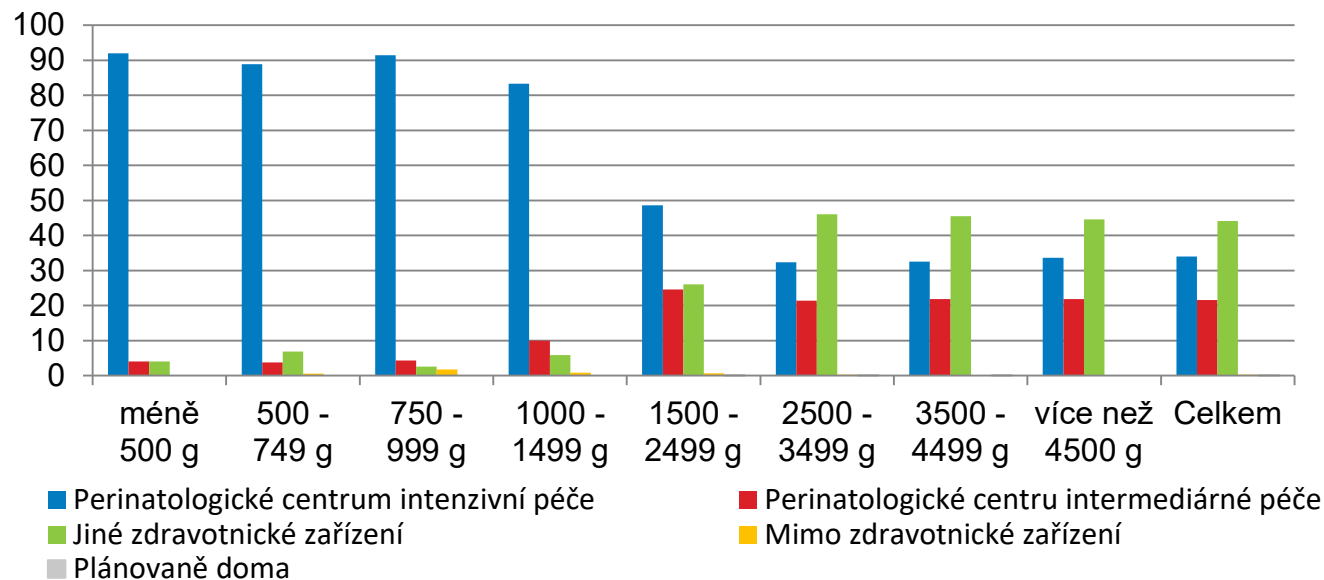
Rozložení porodní hmotnosti

Zdroj: ÚZIS ČR – NRNAR, ČSÚ - ISDEM

Živě narození podle hmotnosti v letech 2000–2017 (ČSÚ)

	2000	2005	2010	2015	2016	2017
Neudáno	0	0	672	1 623	1 033	1 182
999	320	385	446	453	494	505
1000-2499	4 976	6 485	8 530	8 013	7 991	7 989
2500-4499	84 529	94 263	106 493	99 811	102 169	103 833
4500+	1 085	1 078	1 012	864	976	896
Celkem	90 910	102 211	117 153	110 764	112 663	114 405
V procentech:						
Neudáno	0,00	0,00	0,57	1,47	0,92	1,03
999	0,35	0,38	0,38	0,41	0,44	0,44
1000-2499	5,47	6,34	7,28	7,23	7,09	6,98
2500-4499	92,98	92,22	90,90	90,11	90,69	90,76
4500+	1,19	1,05	0,86	0,78	0,87	0,78
Celkem	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Živě narození podle hmotnosti a místa porodu v roce 2016



Porodní hmotnost je jedním ze základních ukazatelů viability narozeného a do značné míry determinuje jeho poporodní adaptaci.

Podíl dětí s nízkou porodní hmotností do 2500 g („nedonošenost“) v posledních letech mírně klesá, přesto však zůstává nad 7 % narozených.

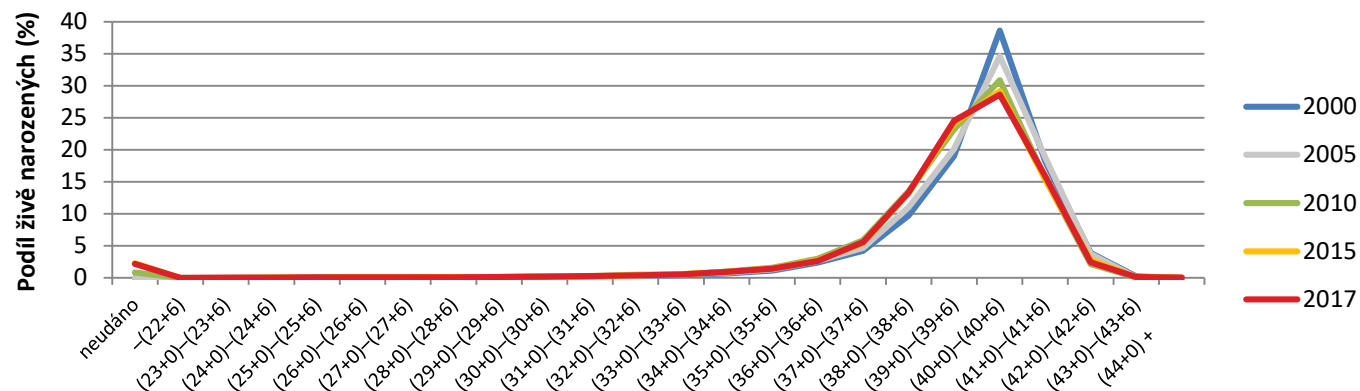
Rizikové porody, tedy porody dětí s nízkou porodní hmotností, jsou v ČR vysoce centralizovány do perinatologických a intermediárních center. Je to velmi pozitivní jev, který se významně podílí na kvalitě péče o tyto děti.

Meziročně se toto rozdělení příliš nemění. Novorozenci s porodní hmotností 2 500g+ přichází na svět přibližně stejnou měrou v obou typech center, jako v ostatních zařízeních a mimo ně.

Rozložení gestačního stáří

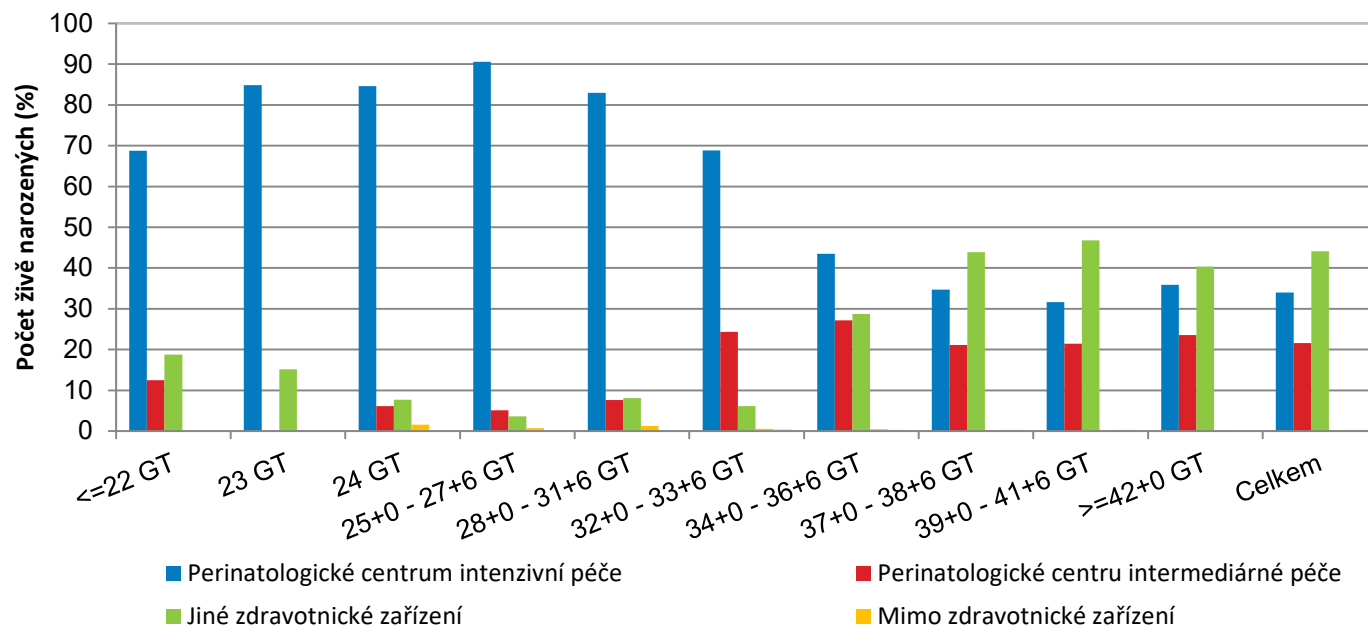
Zdroj: ÚZIS ČR – NRNAR, ČSÚ - ISDEM

Živě narození podle gestačního stáří v letech 2000–2017 (ČSÚ)



Stejně jako porodní hmotnost, i gestační stáří je ukazatelem porodní zralosti. Příčin nárůstu počtu dětí narozených před 38. týdnem těhotenství (nedonošených) je celá řada. **Narůstá počet dětí narozených po umělém oplodnění, zvyšuje se také průměrný věk matek, přičemž starší ženy mívají vyšší riziko předčasného porodu.** S rostoucí úrovní péče o matku a předčasně narozené děti se také častěji podaří zachránit děti narozené ve 26. týdnu těhotenství i dříve.

Živě narození podle gestačního stáří a místa porodu v roce 2016



Za bezpochyby pozitivní jev lze opět považovat koncentraci porodů nedonošených dětí do specializovaných perinatologických a intermediárních center.