

**Analytický podklad pro přípravu
koncepce poskytování zdravotních
služeb v Ústeckém kraji a Mapa
projektových záměrů v oblasti
zdravotnictví**

Zpracoval: Ing. Petr Landa
[REDACTED]
[REDACTED] Ústí nad Labem

Tel: [REDACTED]
e-mail: [REDACTED]

V Ústí nad Labem, dne 25.11.2013

OBSAH

1	Úvod.....	7
1.1	Účel dokumentu.....	7
1.2	Definice základních pojmů.....	7
1.3	Použité zkratky	11
2	Analytický podklad pro přípravu koncepce poskytování zdravotních služeb v ÚK.....	13
2.1	Analýza současné situace a potřeb v oblasti zdravotnictví v Ústeckém kraji.....	13
2.1.1	Demografická východiska	13
2.1.1.1	Ústecký kraj – základní charakteristika.....	13
2.1.1.2	Obyvatelstvo (základní demografické ukazatele)	15
	Vývoj počtu obyvatel	15
	Přírůstek obyvatel a jeho dílčí faktory	18
	Věkové složení obyvatel	20
2.1.1.3	Zdravotní stav obyvatel	27
	Zdraví a ukazatele zdravotního stavu.....	27
	Úmrtnost	28
	Úmrtnost celková	28
	Úmrtnost podle příčin.....	30
	Střední délka života	41
	Reprodukční zdraví	46
	Počet narozených dětí.....	46
	Potratovost	48
	Kojenecká a novorozenecká úmrtnost.....	49
	Nemocnost.....	51
	Nemoci oběhové soustavy	51
	Zhoubné novotvary.....	52
	Vybraná Infekční onemocnění.....	56
	Diabetes mellitus.....	58
	Demence.....	59
	Vrozené vývojové vady	61
	Hospitalizace	62
	Ambulantní ošetření - vyšetření	77
	Dispenzarizované nemoci u praktických lékařů pro dospělé	78
	Onemocnění dětí a dorostu.....	80
2.1.1.4	Očekávaný demografický vývoj.....	82

Projekce demografického vývoje České republiky	82
Projekce demografického vývoje Ústeckého kraje.....	87
2.1.1.5 Prognóza zdravotního stavu obyvatelstva.....	95
Souhrnné hodnocení současného zdravotního stavu	95
Základní trendy budoucího populačního vývoje v Ústeckém kraji.....	97
Prognóza vývoje zdravotního stavu obyvatelstva	98
2.1.1.6 Migrace pacientů (kraj / mimo kraj)	99
2.1.1.7 Priority pro zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva	104
2.1.1.8 Potřeby rozvoje zdravotních služeb	105
2.1.2 Dostupnost a vybavenost zdravotních služeb	106
2.1.2.1 Souhrnné údaje o poskytovatelích zdravotní péče.....	106
2.1.2.2 Vybavenost ambulantní péče	107
Primární péče	109
Praktičtí lékaři pro dospělé.....	111
Praktičtí lékaři pro děti a dorost.....	113
Ambulantní gynekologové	115
Stomatologové	116
Ambulantní specialisté.....	118
2.1.2.3 Vybavenost lůžková péče	120
Lůžková péče akutní	121
Lůžková péče akutní specializovaná a superspecializovaná (centra).....	130
Lůžková péče následná, rehabilitační a ošetrovatelská.....	134
Lůžková péče paliativní.....	139
2.1.2.4 Dostupnost zdravotní péče	141
Místní dostupnost.....	141
Ambulantní péče	143
Lůžková péče.....	151
Časová dostupnost	155
2.1.2.5 Management zdravotních služeb	162
Vlastnická struktura poskytovatelů zdravotních služeb	162
Ekonomika zdravotních služeb	163
Zajištění kvality a bezpečí zdravotních služeb.....	167
2.1.2.6 Priority pro rozvoj dostupnosti a vybavenosti zdravotních služeb.....	169
2.1.3 Lidské zdroje zdravotních služeb	170
2.1.3.1 Pracovníci ve zdravotnických zařízeních Ústeckého kraje	170
2.1.3.2 Věková struktura lékařských pracovníků.....	175
2.1.3.3 Odměňování pracovníků ve zdravotnictví.....	177

2.1.3.4	Vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví	179
2.1.3.5	Věda a výzkum	181
2.1.4	Podpora veřejného zdraví	183
2.1.4.1	Aktivity státních institucí (orgány ochrany veřejného zdraví, zdravotní ústavy)	184
	Ministerstvo zdravotnictví	184
	Státní zdravotní ústav, Centrum podpory veřejného zdraví	186
2.1.4.2	Aktivity municipalit	187
2.1.4.3	Aktivity neziskového sektoru	188
	Národní síť podpory zdraví, o.s.	188
	Národní síť Zdravých měst České republiky (NSZM ČR)	190
2.1.4.4	Aktivity zdravotních pojišťoven	190
	VZP ČR	190
	ZPMV	192
	OZP	193
	VoZP	194
2.1.4.5	Návrh aktivit ve vztahu k prioritám zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva.	196
2.1.5	Zdravotní služby zajišťované krajem	197
2.1.5.1	Zdravotnická záchranná služba	197
2.1.5.2	Pohotovostní služba	204
	Lékařská pohotovostní služba	204
	Analýza současného stavu	204
	Návrh řešení	210
	Lékárenská pohotovostní služba	210
	Analýza současného stavu	210
	Návrh řešení	210
	Pohotovostní služby v oboru zubní lékařství	211
	Analýza současného stavu	211
	Návrh řešení	211
2.1.5.3	Prohlídky těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení	212
	Analýza současného stavu	212
	Návrh řešení	213
2.1.5.4	Protialkoholní a protitoxikomanické zachytné stanice	214
	Analýza současného stavu	214
	Návrh řešení	217
2.2	SWOT analýza	219
	Silné stránky	219
	Demografie a zdravotní stav	219

Infrastruktura zdravotních služeb.....	219
Lidské zdroje	220
Management zdravotních služeb	220
Slabé stránky	220
Demografie a zdravotní stav	220
Infrastruktura zdravotních služeb.....	221
Lidské zdroje	223
Management zdravotních služeb	223
Příležitosti.....	223
Ohrožení.....	224
2.3 Definice cílů, návrh priorit a opatření	225
2.3.1 V oblasti podpory veřejného zdraví	225
2.3.2 V oblasti dostupnosti a vybavenosti zdravotních služeb.....	226
2.3.3 V oblasti podpory lidských zdrojů	227
2.3.4 V oblasti zdravotních služeb v přímé povinnosti kraje.....	228
2.3.5 V oblasti kvality a bezpečí zdravotních služeb	228
3 Mapa projektových záměrů v oblasti zdravotnictví.....	229
3.1 Zmapování projektových záměrů	229
3.1.1 Poskytovatelé zdravotní péče.....	230
3.1.2 Zdravotnická záchranná služba.....	234
3.1.3 Ostatní	234
3.1.4 Rekapitulace.....	235
3.2 Prověření možností financování projektů (projektových záměrů) z externích zdrojů.	237
Seznam grafů	240
Seznam tabulek	244
Použité zdroje	247

1 ÚVOD

1.1 ÚČEL DOKUMENTU

Tento dokument představuje výchozí analytický podklad pro potřeby zpracování Koncepce poskytování zdravotních služeb v Ústeckém kraji. Jeho účelem je shrnutí dostupných relevantních dat, jejich statistické vyhodnocení a formulace základních zjištění, která jsou z hlediska poskytování zdravotních služeb významná. Jako podklady při zpracování dokumentu byly použity materiály poskytnuté zadavatelem a dále dokumenty a data z veřejných informačních zdrojů (ČSÚ, ÚZIS, SZÚ, MZ ČR, WHO, VZP ČR a další).

V druhé části dokumentu (mapa projektových záměrů) je proveden soupis projektových záměrů připravovaných různými subjekty, které se vztahují k problematice poskytování zdravotních služeb v Ústeckém kraji.

1.2 DEFINICE ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Od 1. 4. 2012 nabyla účinnosti celá řada právních předpisů, které nově upravují podmínky poskytování zdravotní péče. Tato legislativa nově definovala i řadu pojmů z oblasti zdravotních služeb, které jsou pak používány i v tomto dokumentu. Pro lepší orientaci jsou vybrané pojmy dále blíže specifikovány.

Základní legislativní normou upravující oblast poskytování zdravotní péče je zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále je „zákon o zdravotních službách“).

Ve smyslu zákona o zdravotních službách se **zdravotní službou** rozumí:

- **poskytování zdravotní péče** zdravotnickými pracovníky a dále činnosti vykonávané jinými odbornými pracovníky, jsou-li tyto činnosti vykonávány v přímé souvislosti s poskytováním zdravotní péče,
- **konzultační služby**, jejichž účelem je posouzení individuálního léčebného postupu, popřípadě navržení jeho změny nebo doplnění, a další konzultace podporující rozhodování pacienta ve věci poskytnutí zdravotních služeb prováděné dalším poskytovatelem zdravotních služeb nebo zdravotnickým pracovníkem, kterého si pacient zvolil,
- **nakládání s tělem zemřelého** včetně převozu těla zemřelého na patologicko-anatomickou pitvu nebo zdravotní pitvu a z patologicko-anatomické pitvy nebo ze zdravotní pitvy prováděné poskytovatelem podle zákona o pohřebnictví,
- **zdravotnická záchranná služba**,
- **zdravotnická dopravní služba**, jejímž účelem je přeprava pacientů mezi poskytovateli nebo k poskytovateli a zpět do vlastního sociálního prostředí, je-li to nezbytné k zajištění poskytnutí zdravotních služeb nebo rychlá přeprava zdravotnických pracovníků k zabezpečení neodkladné péče u poskytovatele nebo přeprava osob včetně zemřelého pacienta související s prováděním transplantací, neodkladná přeprava tkání a buněk určených k použití u člověka, přeprava léčivých přípravků, krve a jejích složek a zdravotnických prostředků nezbytných pro poskytnutí neodkladné péče nebo přeprava dalšího biologického materiálu,
- **přeprava pacientů neodkladné péče**, kterou se rozumí jejich přeprava mezi poskytovateli výhradně za podmínek soustavného poskytování neodkladné péče během přepravy,
- **zdravotní služby v rozsahu činnosti odběrových zařízení nebo tkáňových zařízení**,

- **zdravotní služby v rozsahu činnosti zařízení transfuzní služby nebo krevní banky** podle právního předpisu upravujícího výrobu transfuzních přípravků, jejich skladování a výdej,
- **specifické zdravotní služby podle zákona o specifických zdravotních službách**, zdravotní služby podle zákona upravujícího transplantace nebo zákona upravujícího umělé přerušování těhotenství.

Základní členění zdravotní péče je možné provést podle jejích forem na:

- **Ambulantní péče** - péče, při níž se nevyžaduje hospitalizace pacienta nebo přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení poskytovatele jednodenní péče. Člení se na:
 - **Primární ambulantní péči** – zdravotní péče poskytovaná registrovaným poskytovatelem,
 - **Specializovanou ambulantní péči** – farmacie, odbornosti nelékařských zdravotnických pracovníků, obory specializačního vzdělávání nebo certifikovaných kurzů lékařů, zubních lékařů, farmaceutů a nelékařských zdravotnických pracovníků,
 - **Stacionární péči** - poskytování zdravotní péče pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje opakované denní poskytování ambulantní péče.
- **Jednodenní péče** - péče, při jejímž poskytnutí se vyžaduje pobyt pacienta na lůžku po dobu kratší než 24 hodin.
- **Lůžková péče** - péče, kterou nelze poskytnout ambulantně a pro její poskytnutí je nezbytná hospitalizace pacienta. Člení se na:
 - **Akutní lůžkovou péči intenzivní** - péče poskytovaná pacientovi v případech náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí nebo v případech, kdy lze tyto stavy důvodně předpokládat,
 - **Akutní lůžkovou péči standardní** – péče poskytovaná pacientovi s náhlým onemocněním nebo náhlým zhoršením chronické nemoci, které vážně ohrožují jeho zdraví, ale nevedou bezprostředně k selhávání životních funkcí, nebo za účelem provedení zdravotních výkonů, které nelze provést ambulantně; v rámci akutní lůžkové péče je poskytována též včasná léčebná rehabilitace,
 - **Následnou lůžkovou péči** – péče, která je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též následná intenzivní péče pacientům, kteří jsou částečně nebo úplně závislí na podpoře základních životních funkcí,
 - **Dlouhodobou lůžkovou péči** – péče poskytovaná pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též intenzivní ošetrovatelská péče pacientům s poruchou základních životních funkcí.
- **Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta** - návštěvní služba, domácí péče, kterou je ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče poskytované v domácím prostředí pacienta.

Druhy zdravotní péče podle časové naléhavosti jejího poskytnutí jsou

- **Neodkladná péče** – péče, jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí,
- **Akutní péče** – péče, jejímž účelem je odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu nebo snížení rizika vážného zhoršení zdravotního stavu tak, aby byly včas zjištěny skutečnosti nutné pro stanovení nebo změnu individuálního léčebného postupu nebo aby se pacient nedostal do stavu, ve kterém by ohrozil sebe nebo své okolí,
- **Nezbytná péče** – péče, kterou z lékařského hlediska vyžaduje zdravotní stav pacienta, který je zahraničním pojištěncem, s přihlédnutím k povaze dávek a k délce pobytu na území České republiky; v případě zahraničních pojištěnců z členského státu Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru nebo Švýcarské konfederace musí být zdravotní péče poskytnuta v takovém rozsahu, aby zahraniční pojištěnec nemusel vycestovat do země pojištění dříve, než původně zamýšlel,
- **Plánovaná péče** – péče, která není zdravotní péčí uvedenou výše.

Druhy zdravotní péče podle účelu jejího poskytnutí jsou:

- **Preventivní péče** – péče, jejímž účelem je včasné vyhledávání faktorů, které jsou v příčinné souvislosti se vznikem nemoci nebo zhoršením zdravotního stavu, a provádění opatření směřujících k odstraňování nebo minimalizaci vlivu těchto faktorů a předcházení jejich vzniku,
- **Diagnostická péče** – péče, jejímž účelem je zjišťování zdravotního stavu pacienta a okolností, jež mají na zdravotní stav pacienta vliv, informací nutných ke zjištění nemoci, jejího stavu a závažnosti, dalších informací potřebných ke stanovení diagnózy, individuálního léčebného postupu a informací o účinku léčby,
- **Dispenzární péče** – péče, jejímž účelem je aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu, u kterého lze podle vývoje nemoci důvodně předpokládat takovou změnu zdravotního stavu, jejíž včasné zjištění může zásadním způsobem ovlivnit další léčbu a vývoj nemoci,
- **Léčebná péče** – péče, jejímž účelem je příznivé ovlivnění zdravotního stavu na základě realizace individuálního léčebného postupu, s cílem vyléčení nebo zmírnění důsledků nemoci a zabránění vzniku invalidity nebo nesoběstačnosti nebo zmírnění jejich rozsahu,
- **Posudková péče** - péče, jejímž účelem je zjištění, zda nebude stabilizovaný zdravotní stav pacienta negativně ovlivněn nároky, které na něho klade výkon práce, služby, povolání nebo jiných činností v konkrétních podmínkách, nebo zdravotní stav pacienta je v souladu s předpoklady nebo požadavky stanovenými pro výkon práce, služby, povolání, jiných činností nebo pro jiné účely,
- **Léčebně rehabilitační péče** - péče, jejímž účelem je maximální možné obnovení fyzických, poznávacích, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta cestou odstranění vzniklých funkčních poruch nebo náhradou některé funkce jeho organismu, popřípadě zpomalení nebo zastavení nemoci a stabilizace jeho zdravotního stavu; v případě, že jsou při jejím poskytování využívány přírodní léčivé zdroje nebo klimatické podmínky příznivé k léčení podle lázeňského zákona, jde o lázeňskou léčebně rehabilitační péči,

- **Ošetrovatelská péče** - péče, jejímž účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevyléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti,
- **Paliativní péče** - péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí,
- **Lékařenská péče a klinickofarmaceutická péče** - péče, jejímž účelem je zajišťování, příprava, úprava, uchovávání, kontrola a výdej léčiv, s výjimkou transfuzních přípravků a surovin pro výrobu krevních derivátů podle zákona o léčivech, laboratorních chemikálií, zkoumadel, dezinfekčních přípravků, a dále zajišťování, uchovávání, výdej a prodej zdravotnických prostředků podle zákona o zdravotnických prostředcích, zajišťování, uchovávání, výdej a prodej potravin pro zvláštní lékařské účely; v rámci této péče je dále poskytováno poradenství, konzultační služby a další služby v oblasti prevence a včasného rozpoznávání onemocnění, podpory zdraví a posuzování a kontrola účelného, bezpečného a hospodárního užívání léčivých přípravků a postupů s tím spojených.

Odborní pracovníci ve zdravotnictví jsou vykazováni:

- dle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta ve znění pozdějších předpisů
- dle zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Podle zákona č. 96/2004 Sb. jsou pracovníci rozděleni do skupin na:

- lékaře
- zubní lékaře
- farmaceuty.

Podle zákona č. 96/2004 Sb. jsou pracovníci rozděleni do skupin na

- zdravotnické pracovníky způsobilé k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti (ZPBD),
- zdravotnické pracovníky způsobilé k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné a specializované způsobilosti (ZPSZ),
- zdravotnické pracovníky způsobilé k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením (ZPOD)
- jiné odborné pracovníky (JOP).

1.3 POUŽITÉ ZKRATKY

V dokumentu jsou používány tyto zkratky:

Zkratka	Význam
ARO	anesteziologické a resuscitační oddělení
AZZ	ambulantní zdravotnické zařízení
CMP	centrální mozková příhoda
CNM	cévní onemocnění mozku
CPVZ	Centrum podpory veřejného zdraví SZÚ
CV	Chomutov
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
DC	Děčín
DRNR	doprava raněných, nemocných a rodiček
DZS	dopravní zdravotní služba
EU	Evropská unie
hl.m. Praha	hlavní město Praha
hospit.	hospitalizovaný
HRA	Královéhradecký kraj
ICHs	Ischemická choroba srdeční
JHC	Jihočeský kraj
JHM	Jihomoravský kraj
JOP	jiný odborný pracovník
KAR	Karlovarský kraj
KZ, KZ,a.s.	Krajská zdravotní a.s.
LDN	léčebna dlouhodobě nemocných
LIB	Liberecký kraj
LN	Louny
LPS	lékařská pohotovostní služba
LT	Litoměřice
LZS	letecká záchranná služba
LZZ	lůžkové zdravotnické zařízení
MNUL	Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem
MO	Most
MSK	Moravskoslezský kraj
MZ, MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NNP	nemocnice následné péče
NPZ-PPZ	Národní program zdraví – projekty podpory zdraví
NRHOSP	Národní registr hospitalizovaných
NsP	nemocnice s poliklinikou
o.z.	odštěpný závod
OLO	Olomoucký kraj
OLÚ	odborný léčebný ústav
ORL	otorhinolaryngologie
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
p.b.	procentní bod
p.o.	příspěvková organizace
PAR	Pardubický kraj
PCIP	perinatologické centrum intenzivní a intermediární péče
PHA	Hlavní město Praha

Zkratka	Význam
PL	praktický lékař
PLD	praktický lékař pro děti
PLP	Psychiatrická léčebna Petrohrad, p.o.
PLZ	Plzeňský kraj
PNsP	Podřipská nemocnice s poliklinikou
PSTOM	praktický stomatolog
PZS	Protialkoholní a protitoxikomanická záchytná stanice
RLP	rychlá lékařská pomoc
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
STC	Středočeský kraj
SZÚ	Státní zdravotní ústav
TP	Teplice
ÚK	Ústecký kraj
UL	Ústí nad Labem
UST	Ústecký kraj
ÚZIS, ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VoZP	Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky
VYS	Kraj Vysočina
VZP, VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
ZLI	Zlínský kraj
ZN	zhoubný nádor
ZPBD	zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti
ZPMV	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR
ZPOD	zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením
ZPSZ	zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné a specializované způsobilosti
ZZ	zdravotnické zařízení
ZZS	zdravotnická záchranná služba

2 ANALYTICKÝ PODKLAD PRO PŘÍPRAVU KONCEPCE POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB V ÚK

2.1 ANALÝZA SOUČASNÉ SITUACE A POTŘEB V OBLASTI ZDRAVOTNICTVÍ V ÚSTECKÉM KRAJI

2.1.1 Demografická východiska

2.1.1.1 Ústecký kraj – základní charakteristika

Základní údaje o velikosti jednotlivých krajů z hlediska rozlohy, počtu obyvatelstva a počtu obcí (k datu 31.12.2012) jsou uvedeny v následující tabulce:

Tabulka 1 – Základní údaje o velikosti krajů v rámci ČR

Území, kraj, okres	Rozloha (km ²)	Počet obyvatel	Průměrný věk (roky)	Hustota obyvatelstva na 1 km ²	Počet obcí
Hlavní město Praha	496	1 246 780	41,9	2 513	1
Středočeský kraj	11 015	1 291 816	40,4	117	1 145
Jihočeský kraj	10 056	636 611	41,4	63	623
Plzeňský kraj	7 561	572 687	41,7	76	501
Karlovarský kraj	3 315	301 726	41,2	91	132
Ústecký kraj	5 334	826 764	40,6	155	354
Liberecký kraj	3 163	438 594	40,9	139	215
Královéhradecký kraj	4 759	552 946	41,8	116	448
Pardubický kraj	4 519	516 440	41,2	114	451
Kraj Vysočina	6 796	511 207	41,3	75	704
Jihomoravský kraj	7 195	1 168 650	41,5	162	673
Olomoucký kraj	5 267	637 609	41,5	121	399
Zlínský kraj	3 963	587 693	41,7	148	305
Moravskoslezský kraj	5 427	1 226 602	41,2	226	300
Česká republika celkem	78 866	10 516 125	41,3	133	6 251

Zdroj: ČSÚ

Ústecký kraj svoji **rozlohou 5 334 km²**, což představuje 6,8 % rozlohy České republiky a řadí se na sedmé místo v pořadí krajů.

Ke konci roku 2011 měl Ústecký kraj **828 026 obyvatel**, což představuje 7,9 % počtu obyvatel České republiky a jej řadí na páté místo v republice. Hustota obyvatel (155 obyvatel/km²) je vyšší než vykazuje celostátní průměr (133 obyvatel/km²) a je po Hlavním městě Praze, Moravskoslezském a Jihomoravském kraji čtvrtou nejžalidnější oblastí.

Charakteristickým rysem kraje je relativně mladé obyvatelstvo, průměrný věk je **40,6 let**.

Největší obcí a zároveň sídlem kraje je město Ústí nad Labem s 93.747 obyvateli.

Území kraje je rozděleno do **sedmi okresů** (Děčín, Chomutov, Litoměřice, Louny, Most, Teplice a Ústí nad Labem), které se dále člení na **354 obcí** nejružnější velikosti, z toho je 58 obcí se statutem města.

Základní údaje o jednotlivých okresech Ústeckého kraje jsou uvedeny v následující tabulce:

Tabulka 2 – Základní údaje o velikosti okresů v rámci Ústeckého kraje

Území, kraj, okres	Rozloha (km ²)	Počet obyvatel	Hustota obyvatelstva na 1 km ²	Počet obcí
Děčín	909	132 540	146	52
Chomutov	935	125 306	134	44
Litoměřice	1 032	119 318	116	105
Louny	1 118	86 613	78	70
Most	467	115 005	246	26
Teplice	469	128 266	274	34
Ústí nad Labem	405	119 716	296	23
Ústecký kraj celkem	5 334	826 764	155	354

Zdroj: ČSÚ

Od 2. fáze reformy veřejné správy (od r. 2003) vzniklo v Ústeckém kraji **16 správních obvodů obcí s rozšířenou působností**: Bílina, Děčín, Chomutov, Kadaň, Litoměřice, Litvínov, Louny, Lovosice, Most, Podbořany, Roudnice nad Labem, Rumburk, Teplice, Ústí nad Labem, Varnsdorf a Žatec a **30 správních obvodů obcí s pověřeným obecním úřadem**.

Administrativní členění Ústeckého kraje je znázorněno na následujícím obrázku:

Graf 1 – Administrativní členění Ústeckého kraje



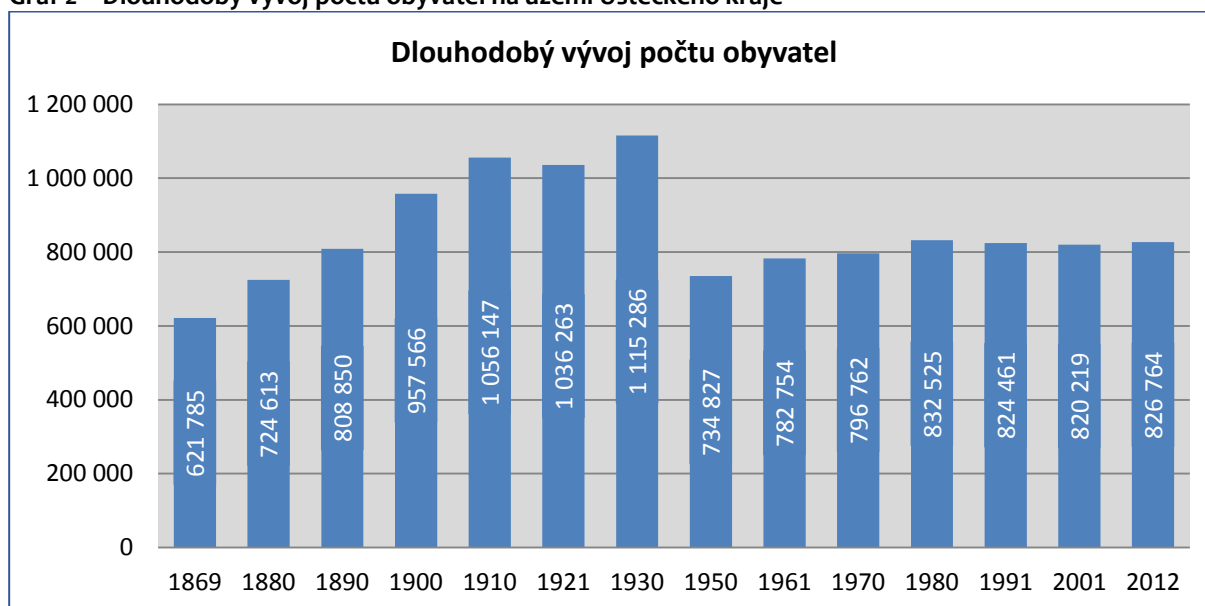
Zdroj: ČSÚ - Statistická ročenka Ústeckého kraje 2012

2.1.1.2 Obyvatelstvo (základní demografické ukazatele)

VÝVOJ POČTU OBYVATEL

Ústecký kraj z významné části zahrnuje území zasažené těžbou nerostných surovin a následným rozvojem především těžkého průmyslu, což s sebou především v Podkrušnohoří neslo likvidaci malých sídel (obcí) a výstavbu velkých aglomerací (měst). Výrazný pokles průmyslové výroby po roce 1990 se pak stal příčinou stále se prohlubujících strukturálních problémů, které se odrážejí i v demografickém vývoji.

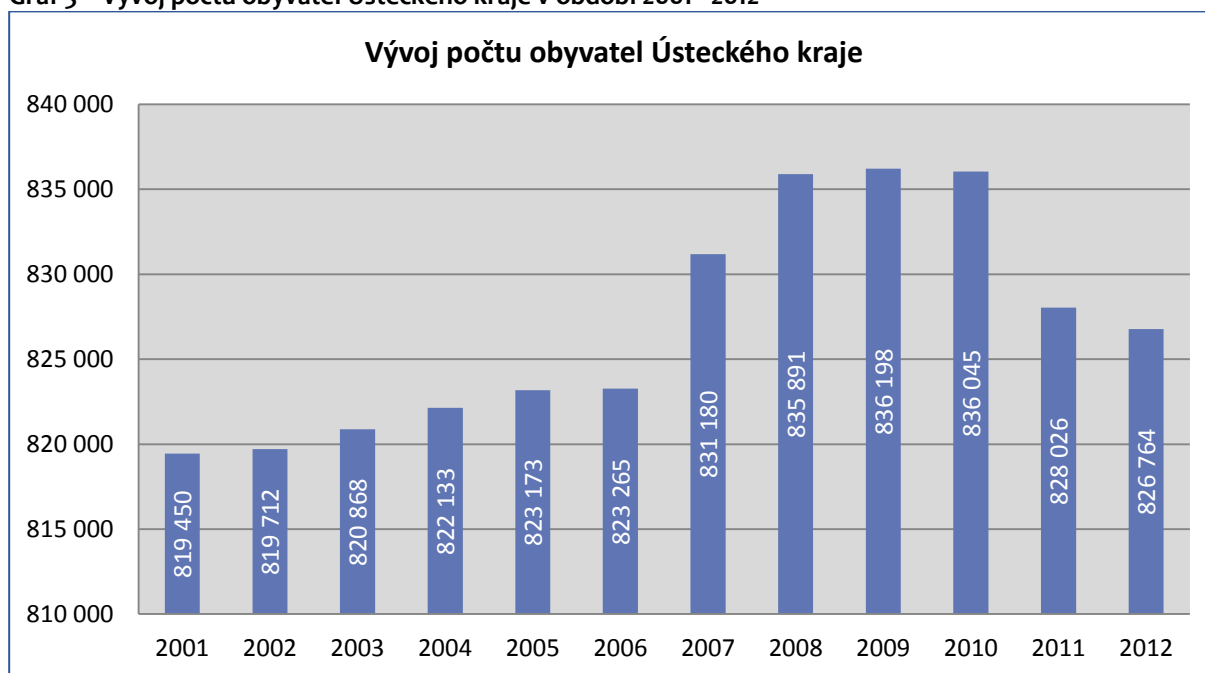
Graf 2 – Dlouhodobý vývoj počtu obyvatel na území Ústeckého kraje



Zdroj: ČSÚ - Historický lexikon obcí ČR 1869 – 2005

Z grafu je zřejmý pozvolný nárůst počtu obyvatel v poválečném období na hodnotu cca 830 tis. obyvatel v roce 1980 a následná stagnace počtu obyvatel v této úrovni až do současnosti.

Podrobný vývoj celkového počtu obyvatel v Ústeckém kraji v posledních 10 letech je pak analyzován v následujícím grafu:

Graf 3 – Vývoj počtu obyvatel Ústeckého kraje v období 2001 - 2012

Pozn. V roce 2011 bylo provedeno sčítání lidu, proto údaje v tomto roce nejsou zcela kompatibilní s předchozími roky (je zde zahrnut rozdíl mezi vypočteným stavem dle přírůstku v předchozím roce a skutečně zjištěným stavem dle sčítání lidu)

Zdroj: ČSÚ

Jak je z grafu patrné ke konci roku 2012 žilo v Ústeckém kraji celkem 826.764 obyvatel a oproti předchozímu roku v Ústeckém kraji ubylo 1.262 obyvatel. Pokračoval tak sestupný trend započatý v roce 2010. Ve srovnání s rokem 2006 však počet obyvatel Ústeckého kraje vzrostl o 3,5 tisíce osob, především díky vysoké zahraniční migraci v letech 2007 a 2008. Již v roce 2009 však vliv stěhování ze zahraničí radikálně klesl a celková bilance obyvatelstva se tak v letech 2010 a 2011 dostala do záporných hodnot.

Vývoj počtu obyvatel jednotlivých okresů a jejich podíl na celkovém počtu obyvatel kraje je uveden v následujících tabulkách. Je zřejmý postupný mírný úbytek obyvatel v okresech Most a Děčín, naopak okresy Litoměřice, Teplice a Ústí nad Labem populačně získávají.

Tabulka 3 – Vývoj počtu obyvatel v jednotlivých okresech Ústeckého kraje

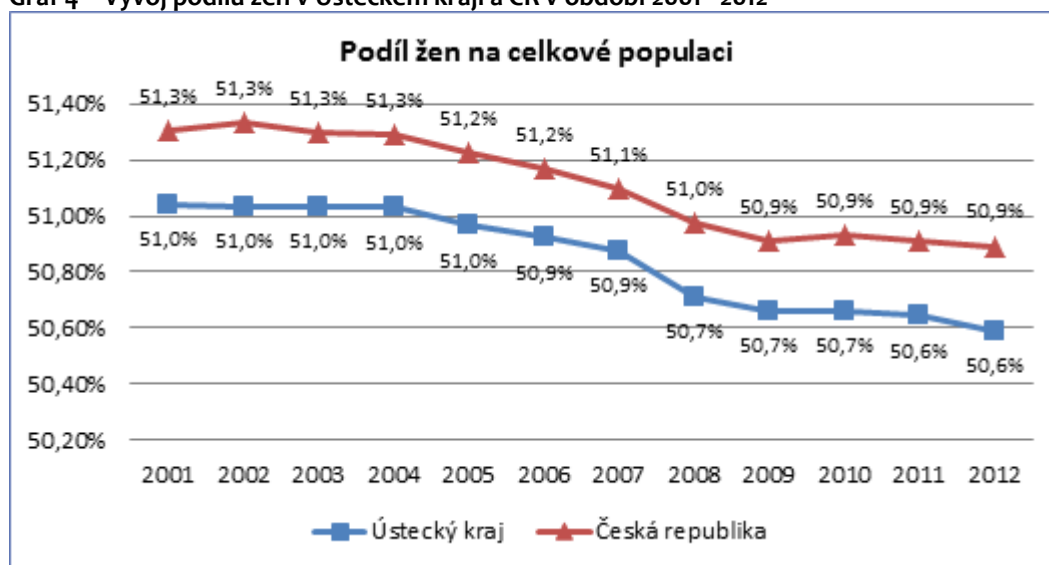
Okres	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Chomutov	124 826	124 744	124 856	125 104	125 231	125 040	125 743	126 353	126 438	127 218	125 758	125 306
Děčín	133 703	133 631	133 734	133 778	134 090	134 576	135 441	135 710	135 740	135 238	132 718	132 540
Litoměřice	114 422	114 497	114 953	115 252	114 848	113 443	117 159	118 243	118 040	117 941	119 250	119 318
Louny	85 844	85 830	85 897	85 958	85 936	86 134	86 710	87 197	87 263	87 220	86 782	86 613
Most	117 000	116 786	116 731	116 685	116 836	116 832	116 728	117 294	117 274	116 797	114 795	115 005
Teplice	126 130	126 635	127 103	127 627	127 599	127 980	129 202	130 070	129 985	129 932	128 464	128 266
Ústí n.L.	117 525	117 589	117 594	117 729	118 633	119 260	120 197	121 024	121 458	121 699	120 259	119 716
Ústecký kraj celkem	819 450	819 712	820 868	822 133	823 173	823 265	831 180	835 891	836 198	836 045	828 026	826 764

Zdroj: ČSÚ

Tabulka 4 – Podíl jednotlivých okresů Ústeckého kraje na celkovém počtu obyvatel

Okres	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Chomutov	15,2%	15,2%	15,2%	15,2%	15,2%	15,2%	15,1%	15,1%	15,1%	15,2%	15,2%	15,2%
Děčín	16,3%	16,3%	16,3%	16,3%	16,3%	16,3%	16,3%	16,2%	16,2%	16,2%	16,0%	16,0%
Litoměřice	14,0%	14,0%	14,0%	14,0%	14,0%	13,8%	14,1%	14,1%	14,1%	14,1%	14,4%	14,4%
Louny	10,5%	10,5%	10,5%	10,5%	10,4%	10,5%	10,4%	10,4%	10,4%	10,4%	10,5%	10,5%
Most	14,3%	14,2%	14,2%	14,2%	14,2%	14,2%	14,0%	14,0%	14,0%	14,0%	13,9%	13,9%
Teplice	15,4%	15,4%	15,5%	15,5%	15,5%	15,5%	15,5%	15,6%	15,5%	15,5%	15,5%	15,5%
Ústí n.L.	14,3%	14,3%	14,3%	14,3%	14,4%	14,5%	14,5%	14,5%	14,5%	14,6%	14,5%	14,5%
Ústecký kraj celkem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: ČSÚ

Graf 4 – Vývoj podílu žen v Ústeckém kraji a ČR v období 2001 - 2012

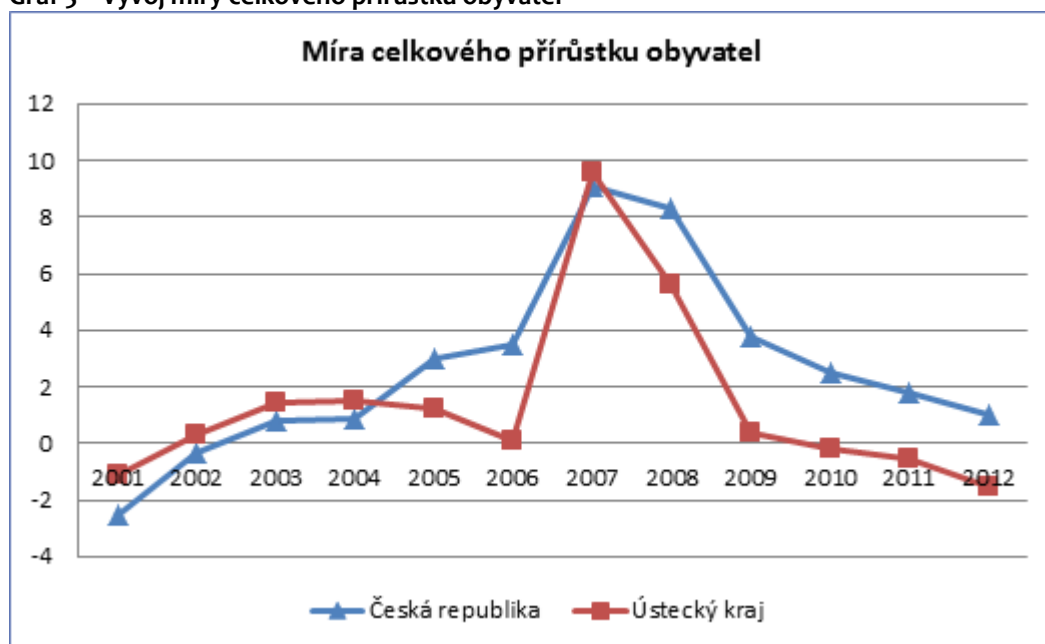
Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012, Demografické ročenky ČR 2001 - 2012

Podíl žen na celkové populaci v rámci České republiky i Ústeckého kraje je nadpoloviční, ale postupně se trvale snižuje. Podíl žen v Ústeckém kraji na celkové populaci dosáhl v roce 2012 hodnoty 50,59% a je trvale o cca 0,3 p.b. nižší než průměr za celou ČR.

PŘÍRŮSTEK OBYVATEL A JEHO DÍLČÍ FAKTORY

Porovnání vývoje počtu obyvatel v Ústeckém kraji s vývojem v celé ČR je provedeno při použití **míry celkového přírůstku** (součet přirozeného přírůstku obyvatel a migračního salda za stejné období a území na 1000 obyvatel středního stavu) v následujícím grafu. Z něj vyplývá, že přírůstek obyvatel je od roku 2005 pod průměrem České republiky. Od roku 2010 pak na rozdíl od celé ČR dosahuje záporných hodnot (dochází k poklesu počtu obyvatel).

Graf 5 – Vývoj míry celkového přírůstku obyvatel



Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012, Demografické ročenky ČR 2001 - 2012

Vývoj počtu obyvatelstva (i jeho přírůstek) ovlivňují tyto faktory:

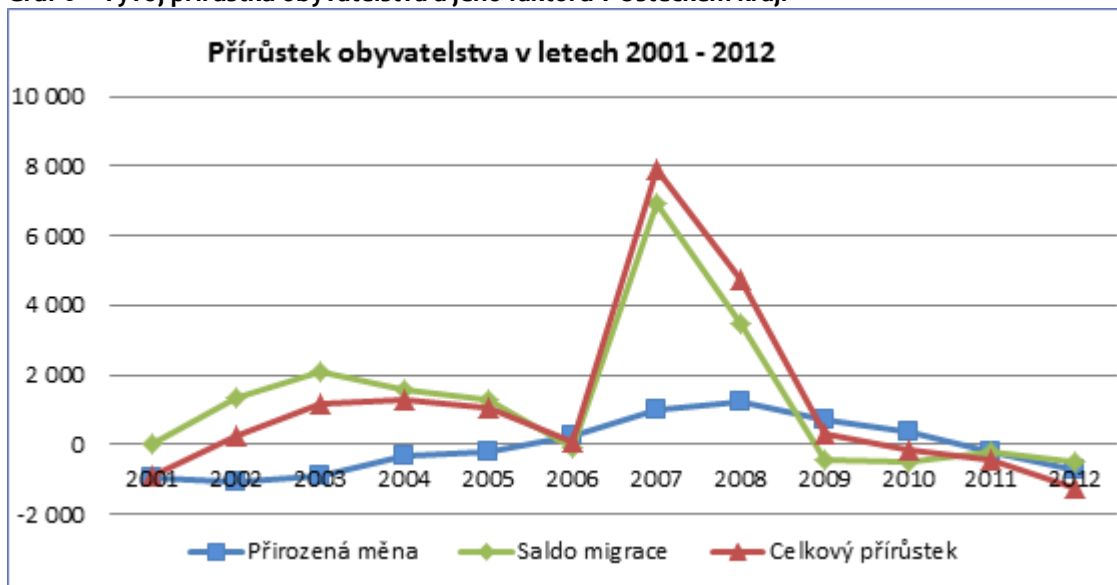
- **přirozená měna** jako rozdíl mezi počtem živě narozených dětí (porodnost) a počtem úmrtí (úmrtnost)
- **saldo migrace** jako rozdíl mezi počty přistěhovalými a vystěhovalými z daného regionu.

Tabulka 5 – Vývoj jednotlivých faktorů přírůstku obyvatel v Ústeckém kraji

Text	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Narození	7 905	8 186	8 344	8 601	8 725	8 935	9 715	10 031	9 626	9 275	8 645	8 215
Zemřelí	8 852	9 289	9 260	8 926	8 951	8 719	8 741	8 809	8 897	8 912	8 841	8 959
Přistěhovaní	6 181	7 908	8 877	8 607	9 236	9 615	16 443	12 606	7 964	7 599	6 605	6 738
Vystěhovalí	6 164	6 543	6 805	7 017	7 970	9 739	9 502	9 117	8 386	8 115	6 831	7 256
Přirozená měna	-947	-1 103	-916	-325	-226	216	974	1 222	729	363	-196	-744
Saldo migrace	17	1 365	2 072	1 590	1 266	-124	6 941	3 489	-422	-516	-226	-518
Celkový přírůstek	-930	262	1 156	1 265	1 040	92	7 915	4 711	307	-153	-422	-1 262

Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012

Graf 6 – Vývoj přírůstku obyvatelstva a jeho faktorů v Ústeckém kraji



Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012, Demografické ročenky ČR 2001 - 2012

Přírůstek obyvatelstva se v letech 2002 – 2009 pohyboval v kladných hodnotách, tento trend se však v roce 2010 změnil a od tohoto roku dosahuje přírůstek obyvatelstva záporných hodnot. Hlavním motorem kladného přírůstku bylo v letech 2002 – 2008 saldo migrace, které nejvyšších hodnot dosáhlo v letech 2007 a 2008 a nejvýrazněji se tak podílelo na celkovém přírůstku obyvatel za celé období mezi roky 2001 – 2012 (celkové saldo migrace za toto období je 14.934 osob). Následně od roku 2009 již saldo migrace klesá a stejně tak i celkový přírůstek obyvatelstva. Tento vývoj lze interpretovat jako důsledek ekonomické krize, která se projevila od roku 2009 a která se v regionech výrazně orientovaných na průmyslovou výrobu projevila menším přílivem nových pracovníků resp. jejich odlivem do jiných regionů méně postižených krizí.

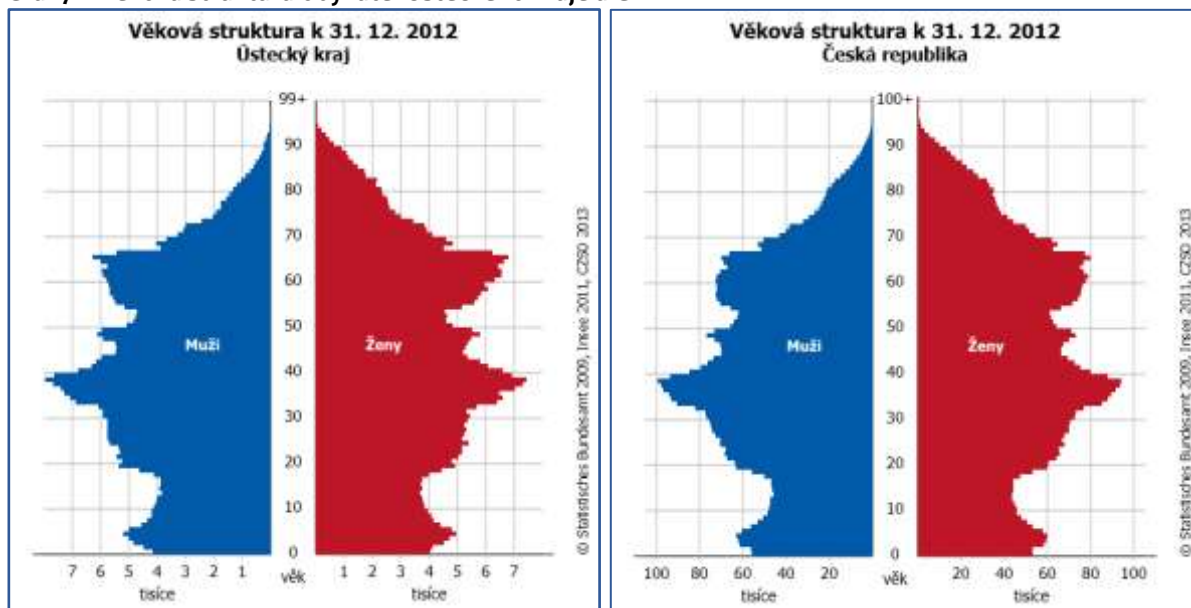
Přirozená měna se do roku 2005 pohybuje v záporných hodnotách, v letech 2006 – 2010 následuje vlna kladných hodnot a od roku 2011 se opět propadá do hodnot záporných. Tento parametr se za celé období 2001 – 2012 podílel na celkovém přírůstku negativně, (celkové hodnota přirozené měny za toto období je -953 osob).

VĚKOVÉ SLOŽENÍ OBYVATEL

Jedním ze stěžejních demografických ukazatelů významným zejména pro zdravotní stav populace je **věková struktura**, neboť zdravotní stav zajisté těsně souvisí s věkem. Vyšší počet obyvatel ve vyšším věku znamená vyšší nároky na zdravotní péči v absolutních číslech.

Věková struktura obyvatelstva se v každé populaci vytváří dlouhodobým vývojem porodnosti, úmrtnosti a migrace. Promítnutí všech těchto událostí do věkové struktury obyvatelstva Ústeckého kraje nejnázorněji ukazuje věková pyramida pro rok 2012.

Graf 7 – Věková struktura obyvatel Ústeckého kraje a ČR



Zdroj: ČSÚ

Věková skladba obyvatelstva Ústeckého kraje se od celorepublikové struktury lišila v roce 2012 především vyššími podíly obyvatel ve věku 0-14 let a ve věku 15-64 let. Podíl starší generace ve věku 65 a více let (15,7 %) byl sice nižší než celorepublikově (16,8 %), ale i v Ústeckém kraji se projevuje stárnutí populace každoročním zvyšováním podílu obyvatel starších 64 let. Mezi lety 2001 a 2012 dokonce nejstarší věkové skupiny v Ústeckém kraji zvýšily svůj podíl rychleji (+ 3,5 p. b.), než tomu bylo na celorepublikové úrovni (+ 3,0 p.b.)

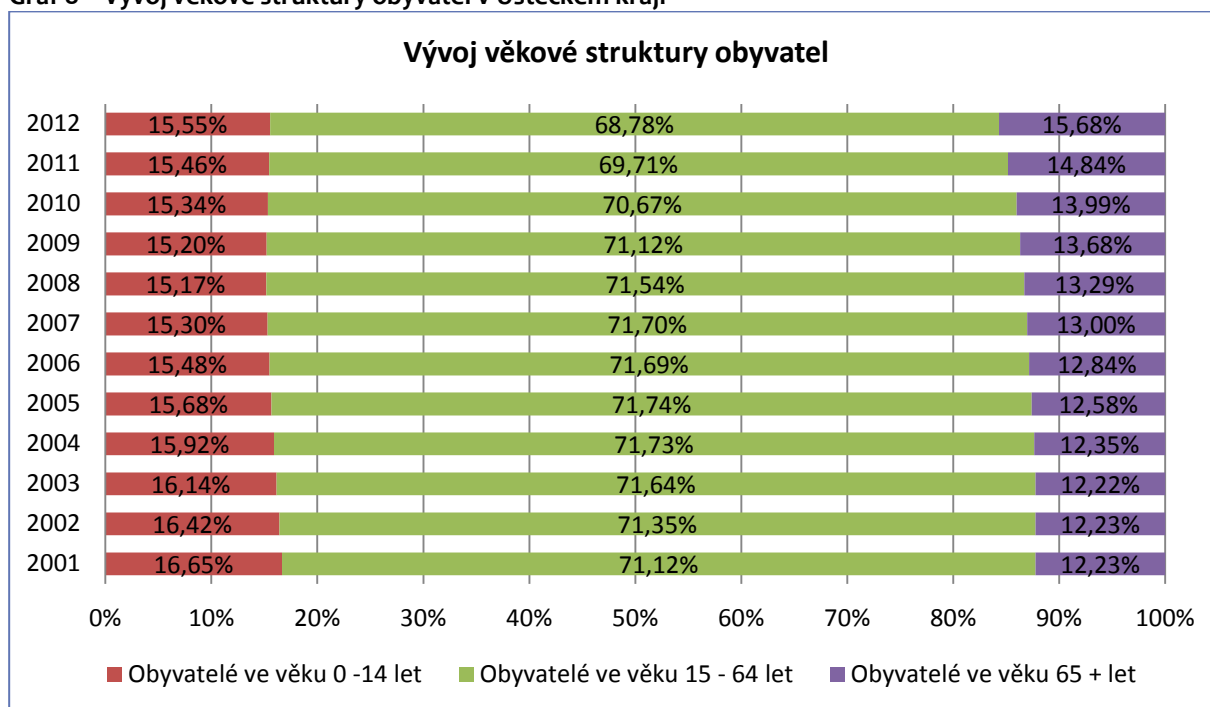
Podrobný vývoj věkové struktury obyvatel Ústeckého kraje je pak analyzován v následujících tabulkách a grafech.

Tabulka 6 – Vývoj věkové struktury obyvatel v Ústeckém kraji

Text	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Obyvatelé ve věku 0 - 14 let	136 459	134 587	132 486	130 843	129 047	127 404	127 148	126 837	127 116	128 212	127 990	128 524
Obyvatelé ve věku 15 - 64 let	582 808	584 869	588 058	589 719	590 567	590 169	595 938	597 980	594 705	590 843	577 193	568 628
Obyvatelé ve věku 65 + let	100 183	100 256	100 324	101 571	103 559	105 692	108 094	111 074	114 377	116 990	122 843	129 612
Celkový přírůstek	819 450	819 712	820 868	822 133	823 173	823 265	831 180	835 891	836 198	836 045	828 026	826 764

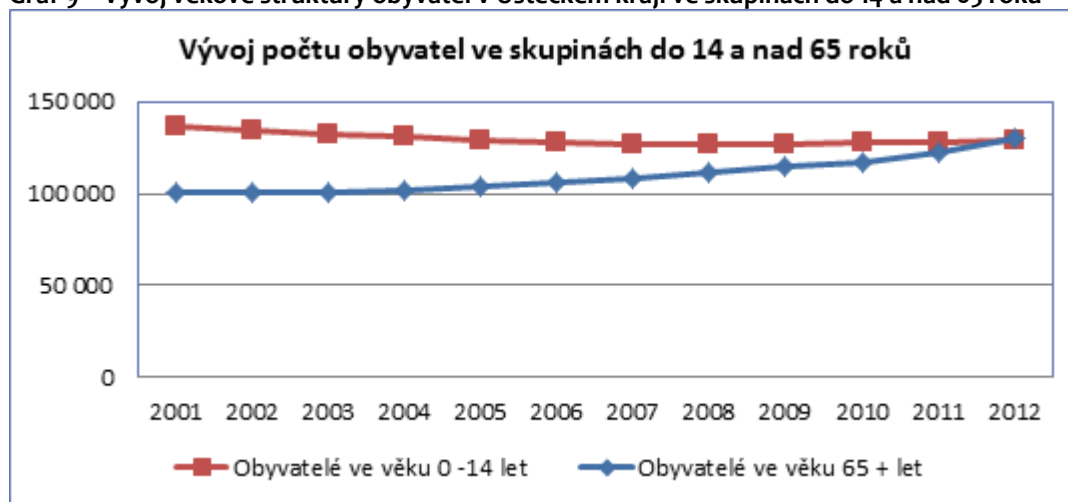
Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012

Graf 8 – Vývoj věkové struktury obyvatel v Ústeckém kraji



Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012

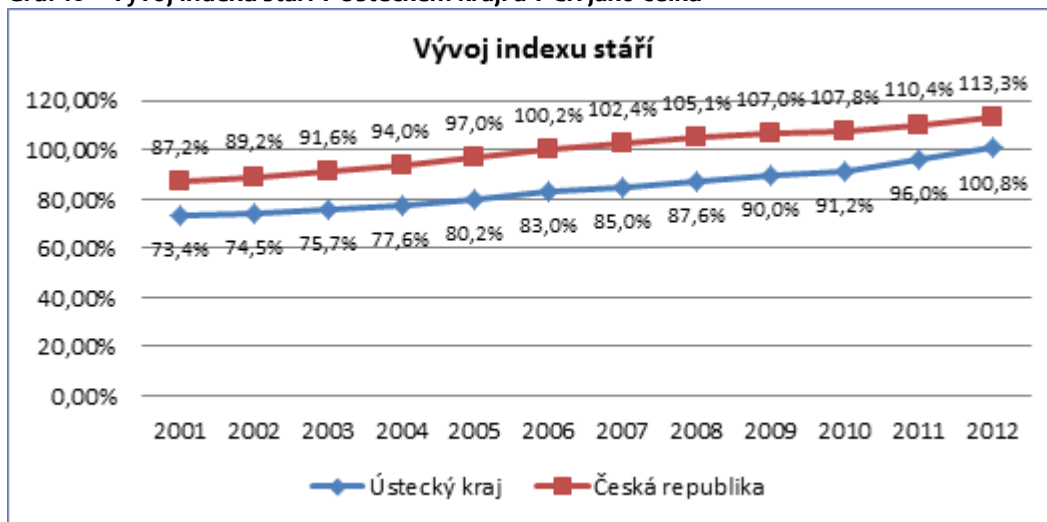
Graf 9 – Vývoj věkové struktury obyvatel v Ústeckém kraji ve skupinách do 14 a nad 65 roků



Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012

Z údajů vyplývá, že charakteristickým rysem vývoje populace v Ústeckém kraji je **demografické stárnutí**, tj. proces, při němž se postupně mění věková struktura obyvatelstva takovým způsobem, že se zvyšuje podíl osob starších 65 let a snižuje se podíl osob mladších 15 let, tj. starší věkové skupiny rostou početně relativně rychleji než populace jako celek. Problém stárnutí populace je aktuální nejen v Ústeckém kraji, ale i v celé ČR podobně jako ve většině zemí Evropy.

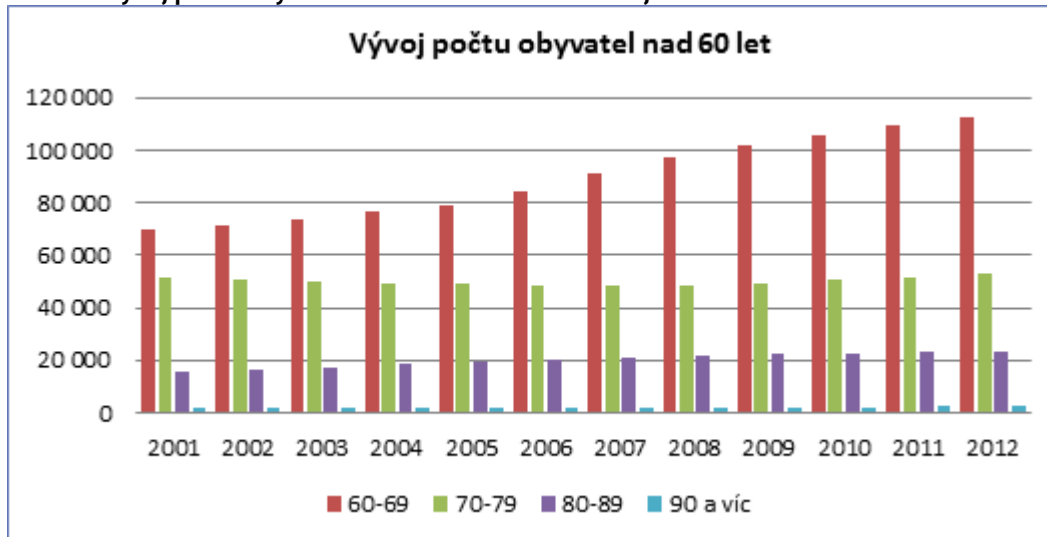
Tento proces demografického stárnutí lze rovněž charakterizovat pomocí tzv. „**indexu stárnutí**“, který vyjadřuje kolik je v populaci obyvatel ve věku 65 let a více na 100 dětí ve věku 0-14 let.

Graf 10 – Vývoj indexu stáří v Ústeckém kraji a v ČR jako celku

Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012, Demografické ročenky ČR 2001 - 2012

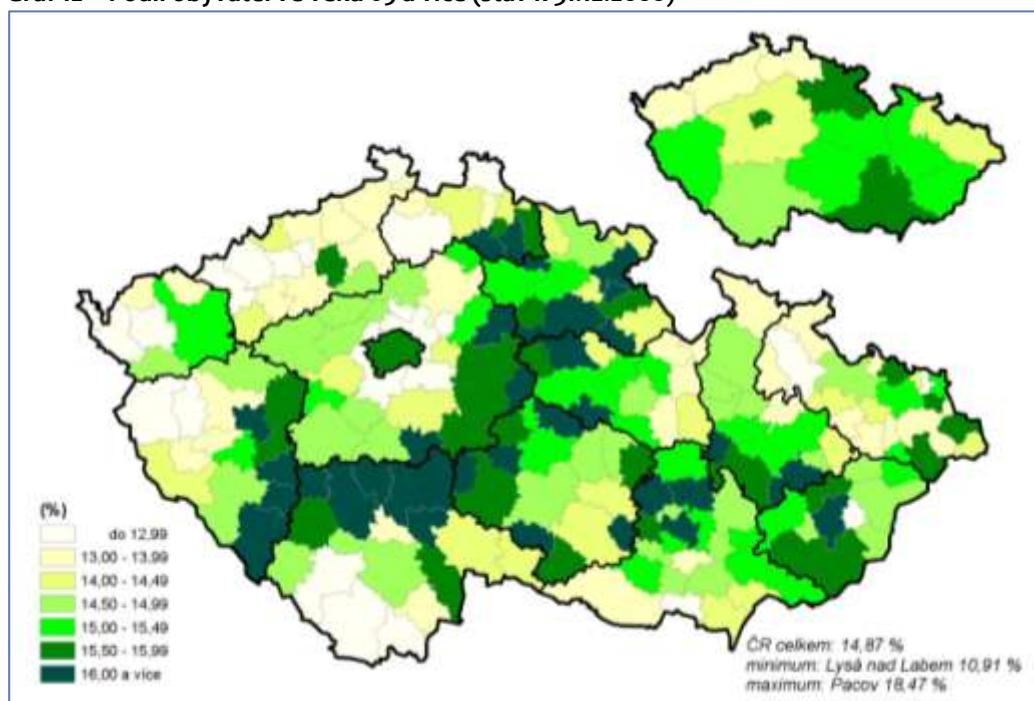
Ve sledovaném období 2001 – 2012 hodnota indexu stáří trvale roste jak v Ústeckém kraji, tak i celé ČR. V roce 2012 pak v Ústeckém kraji převýšil počet obyvatel starších 65 let počet obyvatel mladších 15 let a index stáří tak prolomil hranici 100%. Ve srovnání s průměrem za celou Českou republiku je však hodnota indexu stáří trvale nižší o cca 15 p.b. a trvale patří i mezi nejnižší mezi kraji.

V detailnějším pohledu na vývoj počtu obyvatel starších 60 let je patrný od roku 2006 strmější nárůst obyvatel ve věku 60 – 69 let, zatímco počet obyvatel v ostatních kategoriích roste jen mírně.

Graf 11 – Vývoj počtu obyvatel nad 60 let v Ústeckém kraji

Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012, Demografické ročenky ČR 2001 - 2012

Přehlednou orientaci při hodnocení regionálních rozdílů ve věkové struktuře krajů poskytuje následující **graf (kartogram) zobrazující** podíly obyvatel nad 65 let podle krajů a obvodů obcí s rozšířenou působností.

Graf 12 – Podíl obyvatel ve věku 65 a více (stav k 31.12.2008)

Zdroj: ČSÚ – Zdravotnictví v regionálním pohledu 2011

Podle ČSÚ¹ patří k příčinám menšího podílu seniorů v Ústeckém kraji masivní investice do těžby, průmyslu a výstavby bytů před rokem 1989, které přitahovaly mladší populaci, dále mladší věková struktura v řadě pohraničních regionů souvisí také s dosídlováním po 2. sv. válce a také se zastoupením Romů, kteří jsou v české populaci demograficky nejvíce odlišným etnikem, se všemi konsekvencemi pro zdravotní stav populace a zdravotnické služby (např. menší naděje dožití, vyšší úmrtnost v nižším věku, vyšší potratovost, podíl dětí narozených mimo manželství, apod.).

O přetrvávání těchto regionálních rozdílů ve věkové struktuře obyvatel svědčí i vývoj indexu stárí v období 2002 – 2012 uvedený v následující tabulce, který je v jednotlivých krajích víceméně rovnoměrný.

¹ ČSÚ, Zdravotnictví v regionálním pohledu, 2011, s. 3-4

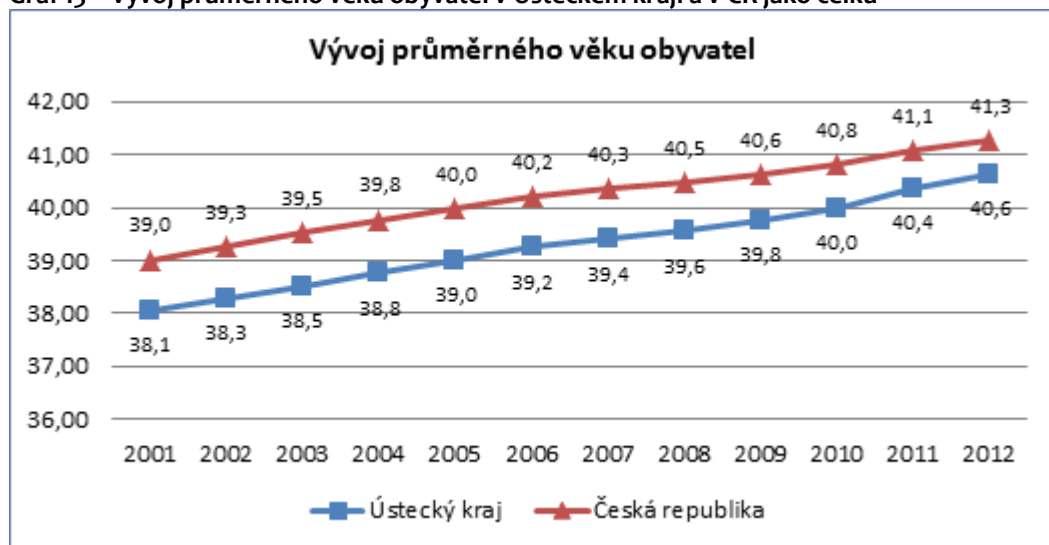
Tabulka 7 – Vývoj indexu stáří v krajích

Kraj	2002	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hl. m. Praha	123,4	129,4	130,0	129,5	127,6	129,7	129,2
Středočeský	91,5	95,3	95,6	95,4	94,8	95,9	97,4
Jihočeský	86,4	100,2	103,2	105,5	106,8	109,8	113,2
Plzeňský	94,6	107,3	110,1	112,3	113,4	116,6	119,2
Karlovarský	74,4	90,9	93,7	96,3	98,1	103,4	108,7
Ústecký	74,5	85,0	87,6	90,0	91,2	96,0	100,8
Liberecký	78,5	91,2	94,1	96,0	97,1	100,7	105,2
Královéhradecký	92,9	106,1	109,6	111,7	113,4	116,5	120,5
Pardubický	87,3	100,6	103,7	106,2	107,1	110,0	113,1
Vysočina	84,7	100,6	104,5	107,5	109,6	112,6	116,2
Jihomoravský	94,0	108,9	112,3	114,2	114,8	116,1	118,4
Olomoucký	86,7	103,5	107,1	109,4	110,3	112,9	116,5
Zlínský	88,4	107,2	110,8	113,6	115,7	117,8	121,1
Moravskoslezský	76,8	97,2	101,2	104,3	105,8	108,6	112,5
ČR	89,2	102,4	105,1	107,0	107,8	110,4	113,3

Zdroj: ČSÚ – Populační vývoj v krajích, 1991-2012

O stárnutí populace v Ústeckém kraji i celé ČR svědčí vývoj **průměrného věku obyvatel** (= aritmetický průměr věku všech jedinců v dané populaci). Ten trvale roste a ve sledovaném období se v Ústeckém kraji zvýšil o 2,58 roku. Ve srovnání s průměrem za celou ČR je hodnota průměrného věku obyvatel v Ústeckém kraji trvale nižší, ale tento rozdíl se postupně snižuje z 1 roku (2001) na 0,6 roku (2012).

Graf 13 – Vývoj průměrného věku obyvatel v Ústeckém kraji a v ČR jako celku



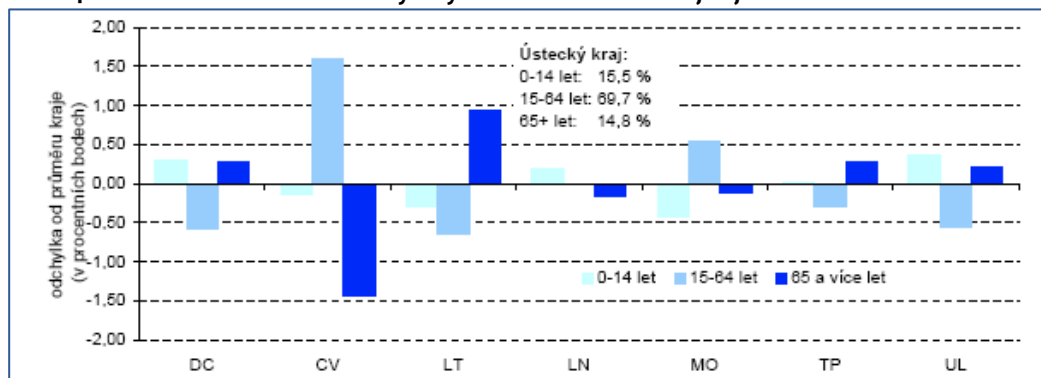
Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012, Demografické ročenky ČR 2001 - 2012

Tabulka 8 – Vývoj průměrného věku obyvatel v krajích

Kraj	2002	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hl. m. Praha	41,5	41,7	41,6	41,6	41,6	41,9	41,9
Středočeský	39,5	40,0	40,0	40,0	40,1	40,3	40,4
Jihočeský	39,0	40,3	40,5	40,7	40,9	41,2	41,4
Plzeňský	39,7	40,7	40,8	41,0	41,2	41,5	41,7
Karlovarský	38,3	39,6	39,8	40,1	40,4	40,9	41,2
Ústecký	38,3	39,4	39,6	39,8	40,0	40,4	40,6
Liberecký	38,6	39,8	40,0	40,1	40,3	40,6	40,9
Královéhradecký	39,6	40,7	40,9	41,1	41,3	41,5	41,8
Pardubický	39,0	40,2	40,4	40,6	40,8	41,0	41,2
Vysočina	38,7	40,0	40,3	40,5	40,8	41,1	41,3
Jihomoravský	39,5	40,6	40,8	40,9	41,1	41,3	41,5
Olomoucký	39,0	40,3	40,5	40,7	40,9	41,2	41,5
Zlínský	39,0	40,4	40,7	40,9	41,2	41,4	41,7
Moravskoslezský	38,5	39,9	40,2	40,4	40,6	40,9	41,2
ČR	39,3	40,3	40,5	40,6	40,8	41,1	41,3

Zdroj: ČSÚ – Populační vývoj v krajích, 1991-2012

Porovnání věkové struktury obyvatel v Ústeckém kraji a jeho okresech je uvedeno v následujícím grafu:

Graf 14 – Srovnání věkové struktury obyvatel v Ústeckém kraji a jeho okresech v roce 2011

Zdroj: ČSÚ – Základní tendence demografického vývoje v Ústeckém kraji v roce 2011

Z grafu je patrná výraznější odchylka od průměrných hodnot pouze v okresech Chomutov a Litoměřice.

Z uvedených demografických údajů vyplývají tyto **základní trendy**:

- celkový počet obyvatel Ústeckého kraje stagnuje od roku 1980 v úrovni cca 830 tis. obyvatel (aktuální stav k 31.12.2012 byl 826.764 obyvatel)
- přírůstek obyvatel je od roku 2005 pod průměrem České republiky, od roku 2010 pak na rozdíl od celé ČR dochází k poklesu počtu obyvatel
- přírůstek obyvatel od roku 2001 je cca 7.300 obyvatel, hlavním motorem tohoto kladného přírůstku bylo kladné saldo migrace, přirozená měna se naopak podílela na celkovém přírůstku negativně (-953 osob)
- tak jako v celé ČR je i v Ústeckém kraji patrný nepříznivý demografický trend stárnutí populace, kdy se zvyšuje podíl osob starších 65 let a snižuje se podíl osob mladších 15 let
- v období 2001 – 2012 trvale rostla hodnota indexu stárání, v roce 2012 pak počet obyvatel starších 65 let převýšil počet obyvatel mladších 15 let a index stárání tak prolomil hranici 100%. Ve srovnání s průměrem za celou Českou republiku je však hodnota indexu stárání trvale nižší a patří i mezi nejnižší mezi kraji
- stárnutí populace v Ústeckém kraji i celé ČR svědčí i vývoj průměrného věku obyvatel. Ten trvale roste a ve sledovaném období 2001 – 2012 se v Ústeckém kraji zvýšil o 2,58 roku. Ve srovnání s průměrem za celou ČR je hodnota průměrného věku obyvatel v Ústeckém kraji trvale nižší, ale tento rozdíl se postupně snižuje z 1 roku (2001) na 0,6 roku (2012)
- rozdíl indexu stárání i průměrného věku v Ústeckém kraji a ČR jako celku se v posledních letech snižuje, což svědčí o zrychlení tempa demografického stárnutí populace v Ústeckém kraji ve srovnání s průměrem ČR.

2.1.1.3 Zdravotní stav obyvatel

ZDRAVÍ A UKAZATELE ZDRAVOTNÍHO STAVU

Zdraví je Světovou zdravotnickou organizací definováno jako **stav plné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoli jen jako nepřítomnost nemoci či vady** (WHO, 1946). Tato definice vymezuje zdraví jako ideální stav, který však neumožňuje jeho objektivní měření. Proto byla tato definice postupně upřesňována a doplňována do podoby „**snížení úmrtnosti, nemocnosti a postižení v důsledku zjištěných nemocí a poruch a nárůst pocíťované úrovně zdraví**“ (WHO, 1999).

Zdraví je složitě podmíněný fenomén, který má složku biologickou i sociálně-ekonomickou. Rozpětí faktorů sahá například od podmiňujících faktorů genetických a demografických, přes fyzickogeografické podmínky pro život (zejména stav životního prostředí), charakter práce a strukturu zaměstnanosti, hygienické a bezpečnostní normy, životní styl a hodnotové orientace, stravovací zvyklosti, vzdělanost a účinnost zdravotnické osvěty, až po dostupnost a kvalitu zdravotnické péče.

Zdraví je tak výsledkem působení mnoha **faktorů – determinant**, které lze definovat jako osobní, společenské a ekonomické faktory a faktory životního prostředí, které jsou vzájemně se ovlivňujícími proměnnými, a zároveň významně ovlivňují a určují zdravotní stav jedince, skupiny lidí nebo společnosti. Mezi základní determinanty zdraví patří:

- **životní a pracovní prostředí** - ovzduší, voda, půda, hluk, elektromagnetické záření, klimatické podmínky, potravinový řetězec, výrobní technologie, pracovní prostředí, předměty běžného užívání, bydlení, služby, doprava, urbanistika (odhadovaný vliv cca **15-20%**),
- **genetická výbava** - podmiňuje např. některé rozdíly ve zdraví mužů a žen, úroveň intelektových schopností, vývojové vady, dispozice ke vzniku nemoci, odolnost vůči rizikům (odhadovaný vliv cca **10-15%**),
- **životní styl** včetně všech rizikových prvků v něm obsažených - individuální životní úroveň, způsob života, úroveň vzdělání, postoj ke zdraví, péče o vlastní zdraví a prevence onemocnění, stravovací návyky, fyzická aktivita, kouření, alkohol, drogy (odhadovaný vliv cca **50%**),
- **efektivita a kvalita zdravotní péče** spojená s rozvojem medicíny a lékařské techniky, zdravotní politika, zdravotnický systém, úroveň zdravotnictví, dostupnost lékařské péče, organizace financování a řízení zdravotnictví (odhadovaný vliv cca **10-15%**).

Zdravotní stav obyvatel lze hodnotit na základě tzv. **ukazatelů (indikátorů) zdravotního stavu** (zdraví), které můžeme třídit do tří základních skupin

- demografické ukazatele související se zdravím,
- ukazatele úmrtnosti (mortality),
- ukazatele nemocnosti (morbidity).

Mezi **demografické ukazatele**, které jsou důležité z hlediska hodnocení zdravotního stavu, patří především počet obyvatel, věková struktura, střední délka života, počet živě narozených dětí, přirozený přírůstek, ev. počet potratů.

Úmrtnost (mortalita) vyjadřuje počet zemřelých osob v dané populaci za určitou dobu, nejčastěji za jeden rok. Je to nepřímý ukazatel, protože o úmrtnosti nerozhoduje jen zdraví lidí, ale také mnohé jiné faktory, jako např. dostupnost a úroveň zdravotních služeb.

Důležitým ukazatelem zdravotního stavu je výskyt nemocí = **nemocnost (morbidity)**. Nemocnost je poměr počtu nemocných k počtu lidí v dané populaci.

Používají se dva základní ukazatelé nemocnosti

- **incidence** počítá s počtem nově vzniklých onemocnění,
- **prevalence** pak s počtem všech onemocnění, která v populaci existují k určitému datu nebo v daném období.

Při hodnocení zdraví obyvatel Ústeckého kraje bude provedena analýza následujících k tomuto účelu standardně používaných ukazatelů (indikátorů):

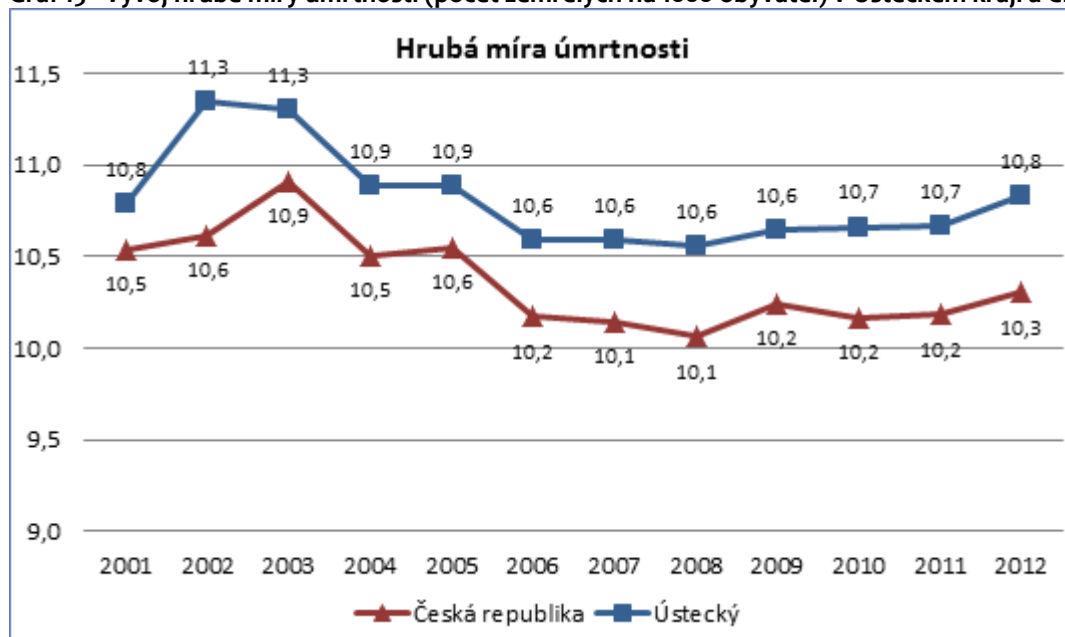
- úmrtnost - celková i podle příčin,
- střední délka života,
- reprodukční zdraví (počet narozených dětí, kojenecká a novorozenecká úmrtnost, potratovost, vrozené vývojové vady),
- nemocnost
 - incidence a prevalence vybraných onemocnění
 - hospitalizovanost
 - počty ambulantních vyšetření / ošetření
 - dispenzarizovanost vybraných diagnóz.

ÚMRTNOST

ÚMRTNOST CELKOVÁ

Hrubá míra úmrtnosti se od roku 2006 v České republice pohybuje v rozmezí 10,1 – 10,3 zemřelých na 1000 obyvatel. V Ústeckém kraji je hodnota tohoto trvale vyšší (o cca 0,5).

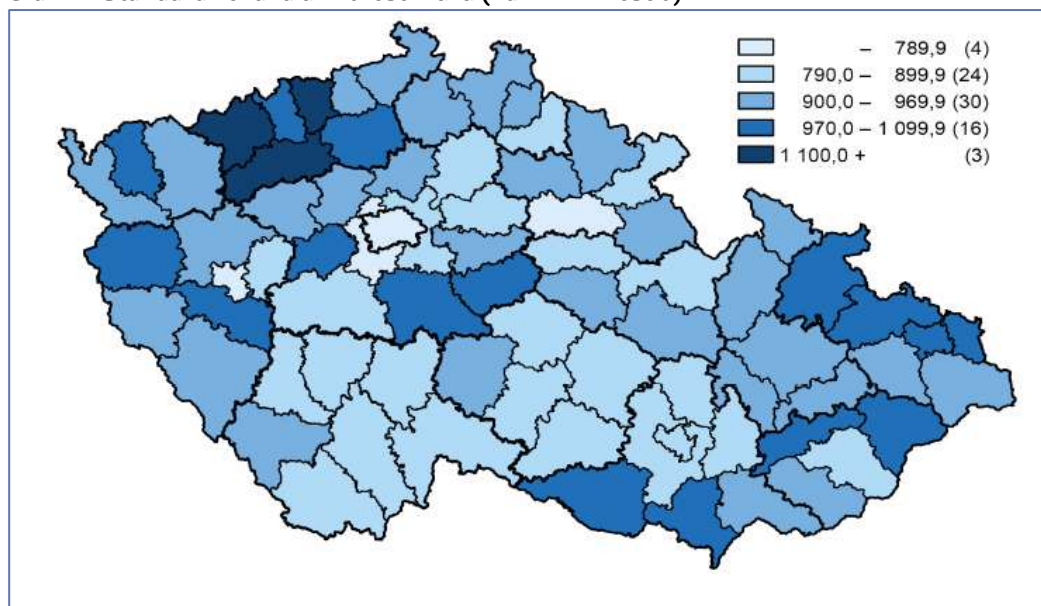
Graf 15 – Vývoj hrubé míry úmrtnosti (počet zemřelých na 1000 obyvatel) v Ústeckém kraji a ČR



Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012, Demografické ročenky ČR 2001 - 2012

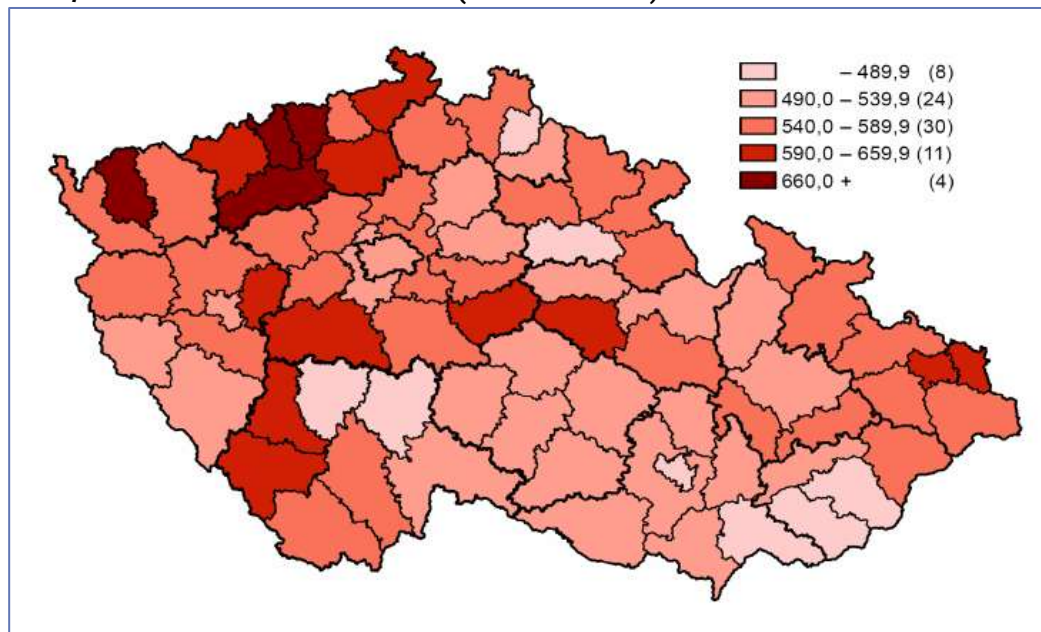
Regionální rozdíly v úmrtnosti jsou patrné z následujících grafů standardizované (očištěné o vliv rozdílného věkového složení) úmrtnosti mužů a žen.

Graf 16 – Standardizovaná úmrtnost mužů (na 100.000 osob)



Zdroj: ÚZIS – Zemřelí 2012

Graf 17 – Standardizovaná úmrtnost žen (na 100.000 osob)

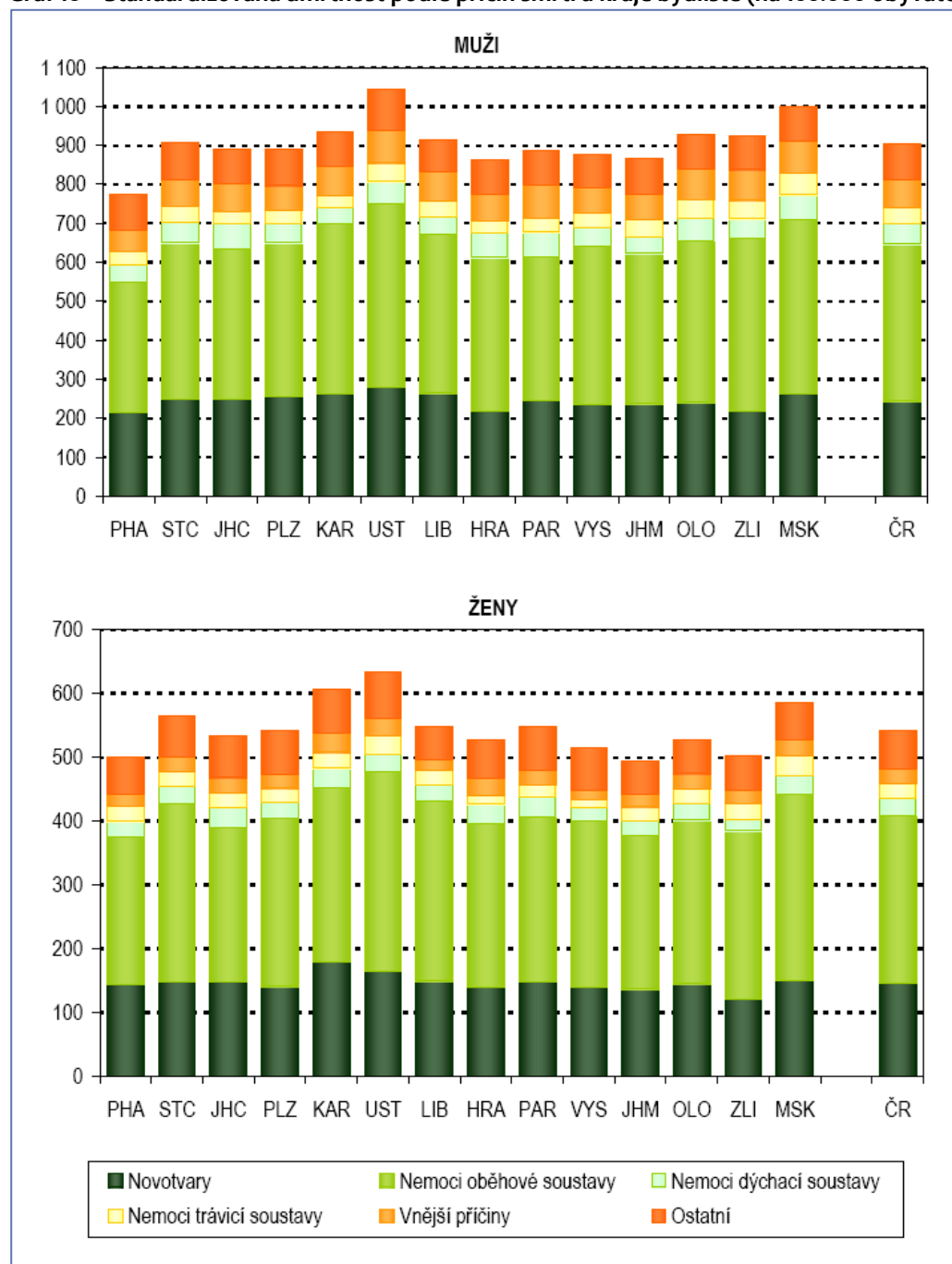


Zdroj: ÚZIS – Zemřelí 2012

Z grafů je patrné, že v Ústeckém kraji a v jeho jednotlivých okresech je dosahována **nejvyšší úroveň standardizované úmrtnosti v rámci celé ČR**. Konkrétně pak v případě okresů byla nejvyšší standardizovaná úmrtnost mužů v roce 2012 evidována v okresech Teplice a Chomutov (1 148,2, resp. 1 126,0), dále pak v okresech Louny, Karviná a Most. U žen byla nejvyšší standardizovaná úmrtnost v okrese Sokolov (674,1), a dále pak Most (668,6), Teplice (664,6), Louny (661,5) a Chomutov (646,2).

ÚMRTNOST PODLE PŘÍČIN

Graf 18 – Standardizovaná úmrtnost podle příčin smrti a kraje bydliště (na 100.000 obyvatel), 2012



Zdroj: ÚZIS – Zemřelí 2012

Tabulka 9 – Standardizované míry úmrtnosti dle příčin smrti v krajích (na 100.000 obyvatel), 2012

Kraj	Muži					Ženy				
	novotvary	nemoci oběhové soustavy	nemoci dýchací soustavy	vnější příčiny	celkem	novotvary	nemoci oběhové soustavy	nemoci dýchací soustavy	vnější příčiny	celkem
Hl. m. Praha	213,6	334,8	45	54	773,9	143,6	230,7	24,4	20,1	501,5
Středočeský	247,7	401,6	53,3	67,9	905,9	146,6	279,7	28,6	22,6	565,5
Jihočeský	248,7	384,3	66,3	72,8	891,8	147,7	241,7	31,9	24,1	534,6
Plzeňský	256,6	392,8	50,9	62,8	889,9	140	263,3	26,4	21,3	543
Karlovarský	261,1	438,5	41	75,8	935,4	179,2	273,4	30	29,5	607,6
Ústecký	278,5	472,1	55,9	84,5	1 042,20	163,7	314,1	27,1	27,9	633,6
Liberecký	263,8	408,7	42,7	73,3	912,9	148,5	282,6	24,6	17,3	548,7
Královéhradecký	216,2	395,7	64,8	67,3	863,5	138,8	257,4	29,6	26,8	528,3
Pardubický	244	370,6	62,4	83,4	885,6	147,1	258,9	31,3	21,6	548,3
Vysočina	234,8	406,7	46,3	66,1	877,8	138,9	261,3	21,3	15,6	516
Jihomoravský	236,7	385,5	43,1	64,6	865,3	135,9	241,5	22,5	20,5	493,2
Olomoucký	240,2	413,6	59,6	78	927	144,3	256,7	25,3	23,9	527,7
Zlínský	218,7	443,2	48,8	77,6	922,9	119,5	264,7	18,1	21,8	502,1
Moravskoslezský	262,1	447,4	62,6	81,2	1 000,10	150,2	291,6	29	24,9	586,8
ČR	243,2	403,1	53,1	70,9	903,1	145	264	26,3	22,6	542,6

Zdroj: ČSÚ – Populační vývoj v krajích, 1991-2012

Z hlediska čtyř nejčastějších příčin smrti (novotvary, nemoci oběhové soustavy, nemoci dýchací soustavy a vnější příčiny) byly v roce 2012 nejlepší úmrtnostní poměry v Hl. m. Praha a Jihomoravském kraji, v nichž ve všech sledovaných skupinách příčin smrti byla u mužů i u žen úroveň standardizovaných měř úmrtnosti pod republikovým průměrem. Naopak **nejhorší úmrtnostní poměry byly u mužů i u žen v Ústeckém** a Moravskoslezském kraji, v nichž ve všech sledovaných skupinách příčin smrti byly standardizované míry úmrtnosti nad hodnotou republikového průměru.

Podrobný vývoj úmrtnosti podle příčin v Ústeckém kraji v období 2001-2012 je uveden v následujících tabulkách:

Tabulka 10 – Úmrtnost podle příčin v Ústeckém kraji (absolutní hodnoty) – muži

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
I. Některé infekční a parazitární nemoci (A00 - B99)	16	11	14	23	11	23	22	40	37	40	65	56
tuberkulóza dýchacího ústrojí (A15-A16)	9	4	5	7	4	4	1	5	3	3	6	3
II. Novotvary (C00 - D48)	1 317	1 506	1 420	1 351	1 325	1 334	1 347	1 342	1 317	1 347	1 279	1 304
zhoubné novotvary (C00 - C97)	1 306	1 495	1 413	1 337	1 315	1 322	1 324	1 326	1 304	1 328	1 263	1 293
zhoubný novotvar tlustého střeva (C18)	116	138	129	101	125	101	115	97	102	115	83	102
zhoubné novotvary konečníku (C20)	65	83	72	75	59	55	62	58	44	51	55	57
zhoubné novotvary hrtanu (C32)	24	19	21	26	22	22	23	26	18	24	22	34
zhoubný novotvar průdušky a plice (C34)	400	475	427	447	414	450	409	390	437	391	410	374
zhoubný novotvar prsu (C50)	3	4	3		1	2		3	2		1	1
zhoubný novotvar mízní, krevetvorné a příbuzné tkáně (C81 - C96)	66	76	77	57	66	64	57	87	73	58	75	71
III. Nemoci krve, krevetvorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity (D50 - D89)	1	3	5	1	1	4	7	7	2	6	5	4
IV. Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek (E00 - E90)	54	55	68	64	63	64	110	81	86	73	108	117
V. Poruchy duševní a poruchy chování (F00 - F99)	4	3	1	5	13	6	4	11	8	8	32	34
VI. Nemoci nervové soustavy (G00 - G99)	67	64	82	80	64	66	54	44	50	43	67	85
VII. Nemoci oka a očních adnex (H00 - H59)												
VIII. Nemoci ucha a bradavkového výběžku (H60 - H95)												
IX. Nemoci oběhové soustavy (I00 - I99)	2 083	2 197	2 181	2 095	2 070	1 995	1 951	1 994	2 096	1 988	1 918	2 023
infarkt myokardu (I21 - I23)	518	511	502	502	468	376	398	373	341	316	345	315
ostatní formy ischemické choroby srdeční (I20, I24, I25)	471	478	470	459	467	462	523	603	740	688	668	758
cévní nemoci mozku (I60 - I69)	650	709	683	639	615	487	471	441	476	419	401	401
X. Nemoci dýchací soustavy (J00 - J99)	195	200	212	176	213	215	216	231	310	281	257	247
zánehy plic (J12 - J18)	62	69	69	49	62	83	77	104	140	152	105	99
XI. Nemoci trávicí soustavy (K00 - K93)	219	223	255	247	262	236	253	222	229	207	226	223
XII. Nemoci kůže a podkožního vaziva (L00 - L99)	1			2		2		3	3	4	8	9
XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně (M00 - M99)	4	4	3	3	1	2		2	6	4	6	11
XIV. Nemoci močové a pohlavní soustavy (N00 - N99)	48	61	55	66	73	70	64	59	55	58	60	54
XV. Těhotenství, porod a šestinedělí (O00 - O99)												
XVI. Některé stavy vzniklé v perinatálním období (P00 - P96)	17	12	19	16	23	25	17	15	10	11	12	7
XVII. Vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality (Q00 - Q99)	11	4	10	8	8	5	9	9	7	12	6	9
XVIII. Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde (R00 - R99)	24	34	33	31	26	35	55	66	50	69	53	46
XX. Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti (V01 - Y98)	370	421	418	417	389	376	384	351	365	373	372	364
sebevraždy (X60 - X84)	103	112	117	117	123	108	108	86	96	101	118	127
CELKEM	4 431	4 798	4 776	4 585	4 542	4 458	4 493	4 477	4 631	4 524	4 474	4 593

Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012, Demografické ročenky ČR 2001 – 2012

Tabulka 11 – Úmrtnost podle příčin v Ústeckém kraji (relativní hodnoty)- muži

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
I. Některé infekční a parazitární nemoci (A00 - B99)	0,4%	0,2%	0,3%	0,5%	0,2%	0,5%	0,5%	0,9%	0,8%	0,9%	1,5%	1,2%
tuberkulóza dýchacího ústrojí (A15-A16)	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
II. Novotvary (C00 - D48)	29,7%	31,4%	29,7%	29,5%	29,2%	29,9%	30,0%	30,0%	28,4%	29,8%	28,6%	28,4%
zhoubné novotvary (C00 - C97)	29,5%	31,2%	29,6%	29,2%	29,0%	29,7%	29,5%	29,6%	28,2%	29,4%	28,2%	28,2%
zhoubný novotvar tlustého střeva (C18)	2,6%	2,9%	2,7%	2,2%	2,8%	2,3%	2,6%	2,2%	2,2%	2,5%	1,9%	2,2%
zhoubné novotvary konečníku (C20)	1,5%	1,7%	1,5%	1,6%	1,3%	1,2%	1,4%	1,3%	1,0%	1,1%	1,2%	1,2%
zhoubné novotvary hrtanu (C32)	0,5%	0,4%	0,4%	0,6%	0,5%	0,5%	0,5%	0,6%	0,4%	0,5%	0,5%	0,7%
zhoubný novotvar průdušky a plic (C34)	9,0%	9,9%	8,9%	9,7%	9,1%	10,1%	9,1%	8,7%	9,4%	8,6%	9,2%	8,1%
zhoubný novotvar prsu (C50)	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
zhoubný novotvar mizní, krvetvorné a příbuzné tkáně (C81 - C96)	1,5%	1,6%	1,6%	1,2%	1,5%	1,4%	1,3%	1,9%	1,6%	1,3%	1,7%	1,5%
III. Nemoci krve, krvetvorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity (D50 - D89)	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,2%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
IV. Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek (E00 - E90)	1,2%	1,1%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	2,4%	1,8%	1,9%	1,6%	2,4%	2,5%
V. Poruchy duševní a poruchy chování (F00 - F99)	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,3%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,7%	0,7%
VI. Nemoci nervové soustavy (G00 - G99)	1,5%	1,3%	1,7%	1,7%	1,4%	1,5%	1,2%	1,0%	1,1%	1,0%	1,5%	1,9%
VII. Nemoci oka a očních adnex (H00 - H59)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
VIII. Nemoci ucha a bradavkového výběžku (H60 - H95)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
IX. Nemoci oběhové soustavy (I00 - I99)	47,0%	45,8%	45,7%	45,7%	45,6%	44,8%	43,4%	44,5%	45,3%	43,9%	42,9%	44,0%
infarkt myokardu (I21 - I23)	11,7%	10,7%	10,5%	10,9%	10,3%	8,4%	8,9%	8,3%	7,4%	7,0%	7,7%	6,9%
ostatní formy ischemické choroby srdeční (I20, I24, I25)	10,6%	10,0%	9,8%	10,0%	10,3%	10,4%	11,6%	13,5%	16,0%	15,2%	14,9%	16,5%
cévní nemoci mozku (I60 - I69)	14,7%	14,8%	14,3%	13,9%	13,5%	10,9%	10,5%	9,9%	10,3%	9,3%	9,0%	8,7%
X. Nemoci dýchací soustavy (J00 - J99)	4,4%	4,2%	4,4%	3,8%	4,7%	4,8%	4,8%	5,2%	6,7%	6,2%	5,7%	5,4%
zánehy plic (J12 - J18)	1,4%	1,4%	1,4%	1,1%	1,4%	1,9%	1,7%	2,3%	3,0%	3,4%	2,3%	2,2%
XI. Nemoci trávicí soustavy (K00 - K93)	4,9%	4,6%	5,3%	5,4%	5,8%	5,3%	5,6%	5,0%	4,9%	4,6%	5,1%	4,9%
XII. Nemoci kůže a podkožního vaziva (L00 - L99)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%
XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně (M00 - M99)	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%
XIV. Nemoci močové a pohlavní soustavy (N00 - N99)	1,1%	1,3%	1,2%	1,4%	1,6%	1,6%	1,4%	1,3%	1,2%	1,3%	1,3%	1,2%
XV. Těhotenství, porod a šestinedělí (O00 - O99)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
XVI. Některé stavy vzniklé v perinatálním období (P00 - P96)	0,4%	0,3%	0,4%	0,3%	0,5%	0,6%	0,4%	0,3%	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%
XVII. Vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality (Q00 - Q99)	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,1%	0,2%
XVIII. Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde (R00 - R99)	0,5%	0,7%	0,7%	0,7%	0,6%	0,8%	1,2%	1,5%	1,1%	1,5%	1,2%	1,0%
XX. Vnější příčiny nemoci a úmrtnosti (V01 - Y98)	8,4%	8,8%	8,8%	9,1%	8,6%	8,4%	8,5%	7,8%	7,9%	8,2%	8,3%	7,9%
sebevraždy (X60 - X84)	2,3%	2,3%	2,4%	2,6%	2,7%	2,4%	2,4%	1,9%	2,1%	2,2%	2,6%	2,8%
CELKEM	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012, Demografické ročenky ČR 2001 – 2012

Tabulka 12 – Úmrtnost podle příčin v Ústeckém kraji (absolutní hodnoty) - ženy

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
I. Některé infekční a parazitární nemoci (A00 - B99)	16	15	4	20	19	18	34	25	43	47	65	54
tuberkulóza dýchacího ústrojí (A15-A16)	3	3	1	1	1		1			1	1	1
II. Novotvary (C00 - D48)	1 135	1 106	1 124	1 102	1 068	1 082	1 059	1 081	1 014	1 056	1 092	1 040
zhoubné novotvary (C00 - C97)	1 127	1 098	1 112	1 095	1 059	1 067	1 041	1 063	998	1 042	1 071	1 023
zhoubný novotvar tlustého střeva (C18)	96	120	123	96	101	97	84	82	83	78	83	80
zhoubné novotvary konečníku (C20)	44	25	31	40	29	36	33	31	24	29	28	33
zhoubné novotvary hrtanu (C32)	2	4	2	4	3	3	1			5	4	4
zhoubný novotvar průdušky a plice (C34)	158	119	153	154	172	137	161	151	162	177	206	181
zhoubný novotvar prsu (C50)	167	198	157	164	153	149	135	145	111	119	144	118
zhoubný novotvar mízní, krevetvorné a příbuzné tkáně (C81 - C96)	81	56	49	65	58	63	61	61	62	57	62	66
III. Nemoci krve, krevetvorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity (D50 - D89)	9	5	4	5	7	4	11	12	2	4	13	11
IV. Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek (E00 - E90)	71	66	69	98	85	92	157	104	95	95	140	121
V. Poruchy duševní a poruchy chování (F00 - F99)	4	2	2	3	4	8	3	7	4	6	43	36
VI. Nemoci nervové soustavy (G00 - G99)	64	94	102	83	90	72	76	52	36	39	95	101
VII. Nemoci oka a očních adnex (H00 - H59)												
VIII. Nemoci ucha a bradavkového výběžku (H60 - H95)								1				
IX. Nemoci oběhové soustavy (I00 - I99)	2 535	2 609	2 553	2 379	2 405	2 366	2 269	2 354	2 406	2 444	2 287	2 351
infarkt myokardu (I21 - I23)	399	403	387	371	360	270	282	256	223	211	216	239
ostatní formy ischemické choroby srdeční (I20, I24, I25)	511	526	499	553	592	590	675	810	854	798	801	798
cévní nemoci mozku (I60 - I69)	972	1 070	1 017	868	880	837	711	731	695	740	659	653
X. Nemoci dýchací soustavy (J00 - J99)	129	153	157	154	174	158	142	229	211	219	178	179
zánehy plic (J12 - J18)	59	70	58	63	70	69	66	122	116	131	76	74
XI. Nemoci trávicí soustavy (K00 - K93)	160	177	165	172	204	176	175	158	176	157	182	175
XII. Nemoci kůže a podkožního vaziva (L00 - L99)	2	2		1	7	6	7	3	5	5	6	12
XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně (M00 - M99)	5	5	4	2	5	7	5	4	8	2	3	11
XIV. Nemoci močové a pohlavní soustavy (N00 - N99)	75	58	65	70	82	75	75	57	61	76	63	67
XV. Těhotenství, porod a šestinedělí (O00 - O99)		1				3	1	1				2
XVI. Některé stavy vzniklé v perinatálním období (P00 - P96)	16	13	11	11	15	13	15	8	12	18	14	15
XVII. Vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality (Q00 - Q99)	4	6	5	4	10	4	6	8	10	6	9	6
XVIII. Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde (R00 - R99)	17	15	21	36	26	25	45	42	29	52	39	27
XX. Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti (V01 - Y98)	179	164	198	201	208	152	168	186	154	162	138	158
sebevraždy (X60 - X84)	26	29	30	29	25	22	21	24	18	24	14	19
CELKEM	4 421	4 491	4 484	4 341	4 409	4 261	4 248	4 332	4 266	4 388	4 367	4 366

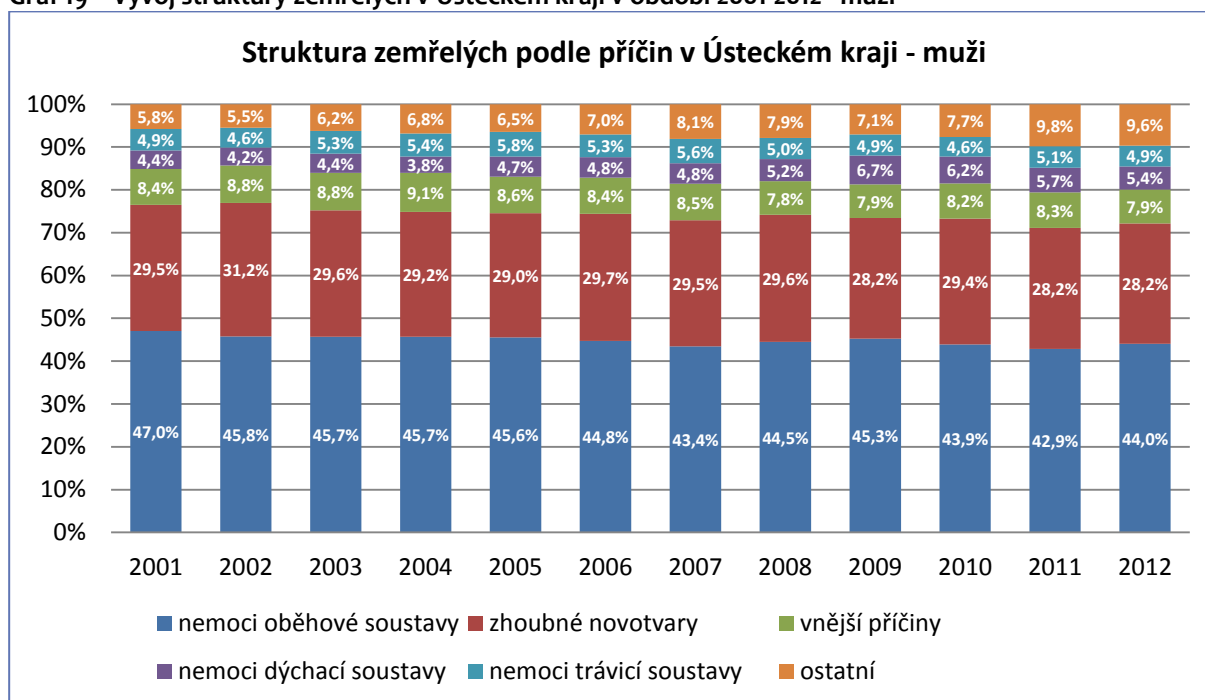
Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012, Demografické ročenky ČR 2001 – 2012

Tabulka 13 – Úmrtnost podle příčin v Ústeckém kraji (relativní hodnoty) - ženy

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
I. Některé infekční a parazitární nemoci (A00 - B99)	0,4%	0,3%	0,1%	0,5%	0,4%	0,4%	0,8%	0,6%	1,0%	1,1%	1,5%	1,2%
tuberkulóza dýchacího ústrojí (A15-A16)	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
II. Novotvary (C00 - D48)	25,7%	24,6%	25,1%	25,4%	24,2%	25,4%	24,9%	25,0%	23,8%	24,1%	25,0%	23,8%
zhoubné novotvary (C00 - C97)	25,5%	24,4%	24,8%	25,2%	24,0%	25,0%	24,5%	24,5%	23,4%	23,7%	24,5%	23,4%
zhoubný novotvar tlustého střeva (C18)	2,2%	2,7%	2,7%	2,2%	2,3%	2,3%	2,0%	1,9%	1,9%	1,8%	1,9%	1,8%
zhoubné novotvary konečníku (C20)	1,0%	0,6%	0,7%	0,9%	0,7%	0,8%	0,8%	0,7%	0,6%	0,7%	0,6%	0,8%
zhoubné novotvary hrtanu (C32)	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
zhoubný novotvar průdušky a plic (C34)	3,6%	2,6%	3,4%	3,5%	3,9%	3,2%	3,8%	3,5%	3,8%	4,0%	4,7%	4,1%
zhoubný novotvar prsu (C50)	3,8%	4,4%	3,5%	3,8%	3,5%	3,5%	3,2%	3,3%	2,6%	2,7%	3,3%	2,7%
zhoubný novotvar mizní, krvetvorné a příbuzné tkáně (C81 - C96)	1,8%	1,2%	1,1%	1,5%	1,3%	1,5%	1,4%	1,4%	1,5%	1,3%	1,4%	1,5%
III. Nemoci krve, krevetvorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity (D50 - D89)	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,3%	0,3%	0,0%	0,1%	0,3%	0,3%
IV. Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek (E00 - E90)	1,6%	1,5%	1,5%	2,3%	1,9%	2,2%	3,7%	2,4%	2,2%	2,2%	3,2%	2,8%
V. Poruchy duševní a poruchy chování (F00 - F99)	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	1,0%	0,8%
VI. Nemoci nervové soustavy (G00 - G99)	1,4%	2,1%	2,3%	1,9%	2,0%	1,7%	1,8%	1,2%	0,8%	0,9%	2,2%	2,3%
VII. Nemoci oka a očních adnex (H00 - H59)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
VIII. Nemoci ucha a bradavkového výběžku (H60 - H95)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
IX. Nemoci oběhové soustavy (I00 - I99)	57,3%	58,1%	56,9%	54,8%	54,5%	55,5%	53,4%	54,3%	56,4%	55,7%	52,4%	53,8%
infarkt myokardu (I21 - I23)	9,0%	9,0%	8,6%	8,5%	8,2%	6,3%	6,6%	5,9%	5,2%	4,8%	4,9%	5,5%
ostatní formy ischemické choroby srdeční (I20, I24, I25)	11,6%	11,7%	11,1%	12,7%	13,4%	13,8%	15,9%	18,7%	20,0%	18,2%	18,3%	18,3%
cévní nemoci mozku (I60 - I69)	22,0%	23,8%	22,7%	20,0%	20,0%	19,6%	16,7%	16,9%	16,3%	16,9%	15,1%	15,0%
X. Nemoci dýchací soustavy (J00 - J99)	2,9%	3,4%	3,5%	3,5%	3,9%	3,7%	3,3%	5,3%	4,9%	5,0%	4,1%	4,1%
zánehy plic (J12 - J18)	1,3%	1,6%	1,3%	1,5%	1,6%	1,6%	1,6%	2,8%	2,7%	3,0%	1,7%	1,7%
XI. Nemoci trávicí soustavy (K00 - K93)	3,6%	3,9%	3,7%	4,0%	4,6%	4,1%	4,1%	3,6%	4,1%	3,6%	4,2%	4,0%
XII. Nemoci kůže a podkožního vaziva (L00 - L99)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%
XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně (M00 - M99)	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%	0,0%	0,1%	0,3%
XIV. Nemoci močové a pohlavní soustavy (N00 - N99)	1,7%	1,3%	1,4%	1,6%	1,9%	1,8%	1,8%	1,3%	1,4%	1,7%	1,4%	1,5%
XV. Těhotenství, porod a šestinedělí (O00 - O99)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
XVI. Některé stavy vzniklé v perinatálním období (P00 - P96)	0,4%	0,3%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	0,2%	0,3%	0,4%	0,3%	0,3%
XVII. Vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality (Q00 - Q99)	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%
XVIII. Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde (R00 - R99)	0,4%	0,3%	0,5%	0,8%	0,6%	0,6%	1,1%	1,0%	0,7%	1,2%	0,9%	0,6%
XX. Vnější příčiny nemoci a úmrtnosti (V01 - Y98)	4,0%	3,7%	4,4%	4,6%	4,7%	3,6%	4,0%	4,3%	3,6%	3,7%	3,2%	3,6%
sebevraždy (X60 - X84)	0,6%	0,6%	0,7%	0,7%	0,6%	0,5%	0,5%	0,6%	0,4%	0,5%	0,3%	0,4%
CELKEM	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

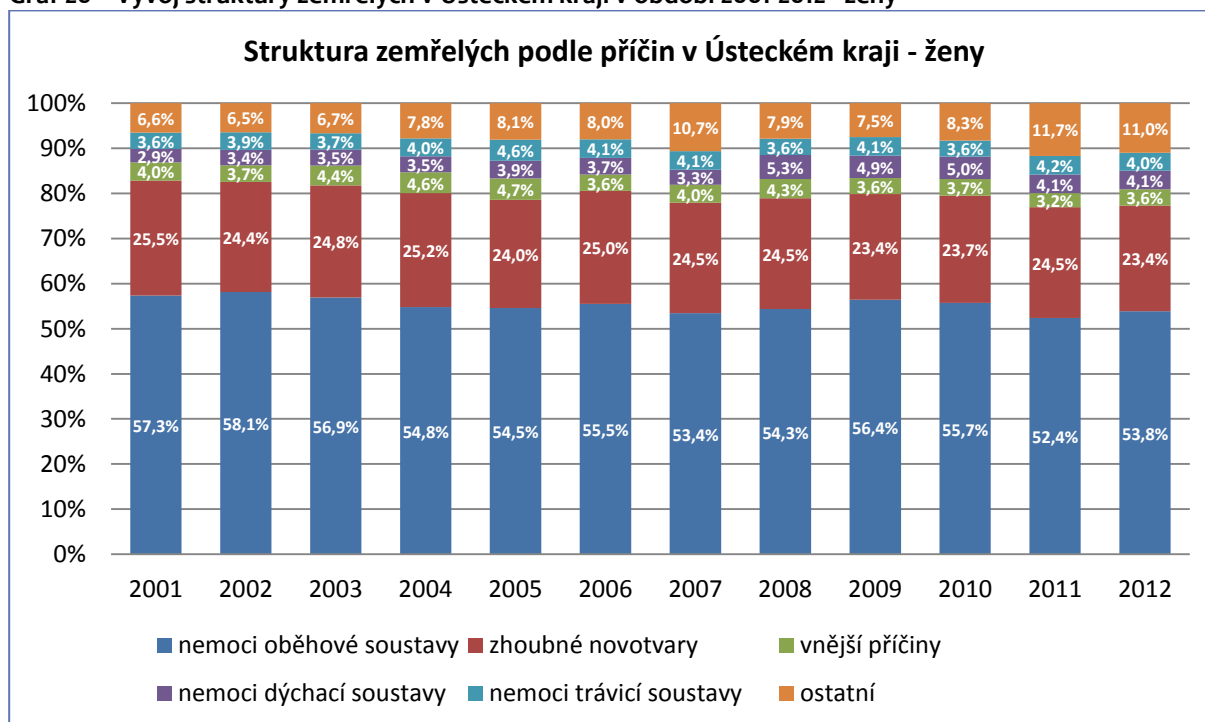
Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012, Demografické ročenky ČR 2001 – 2012

Graf 19 – Vývoj struktury zemřelých v Ústeckém kraji v období 2001-2012 - muži



Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012, Demografické ročenky ČR 2001 – 2012

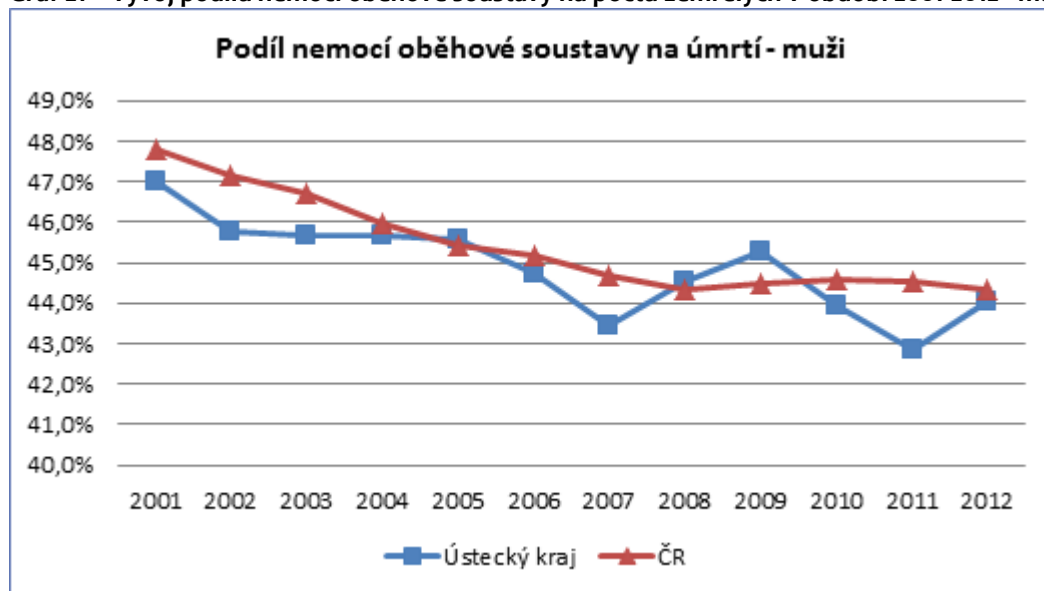
Graf 20 – Vývoj struktury zemřelých v Ústeckém kraji v období 2001-2012 - ženy



Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012, Demografické ročenky ČR 2001 – 2012

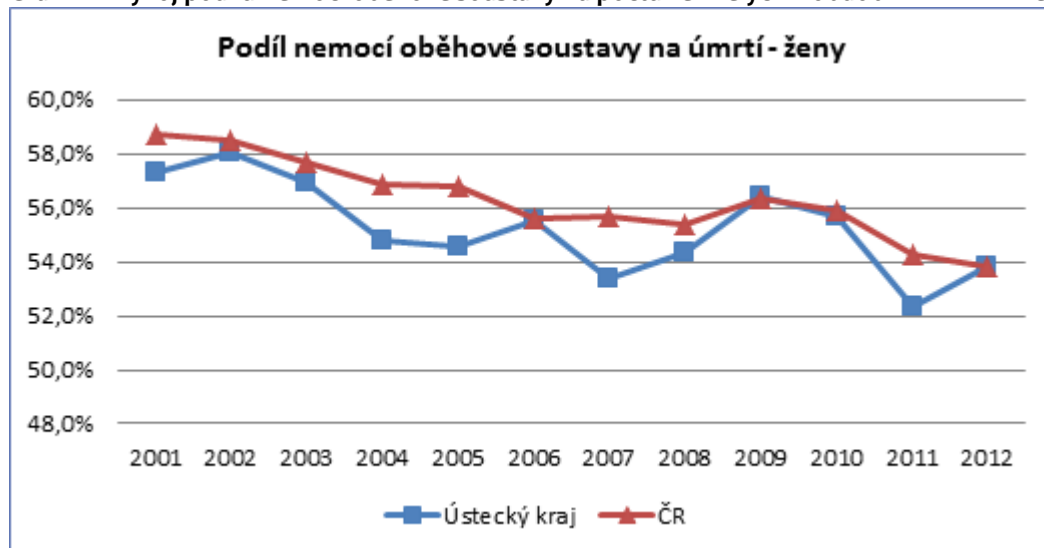
Nejčastější příčinou smrti v České republice i Ústeckém kraji jsou dlouhodobě **nemoci oběhové soustavy**. Podíl zemřelých v jejich důsledku činil v roce 2012 v Ústeckém kraji 44,0% a byl téměř shodný s průměrem ČR (44,3%). Vývoj podílu nemocí oběhové soustavy na celkovém počtu zemřelých v Ústeckém kraji a ČR je analyzován v následujících grafech:

Graf 21 – Vývoj podílu nemocí oběhové soustavy na počtu zemřelých v období 2001-2012 - muži



Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012, Demografické ročenky ČR 2001 – 2012

Graf 22 – Vývoj podílu nemocí oběhové soustavy na počtu zemřelých v období 2001-2012 - ženy

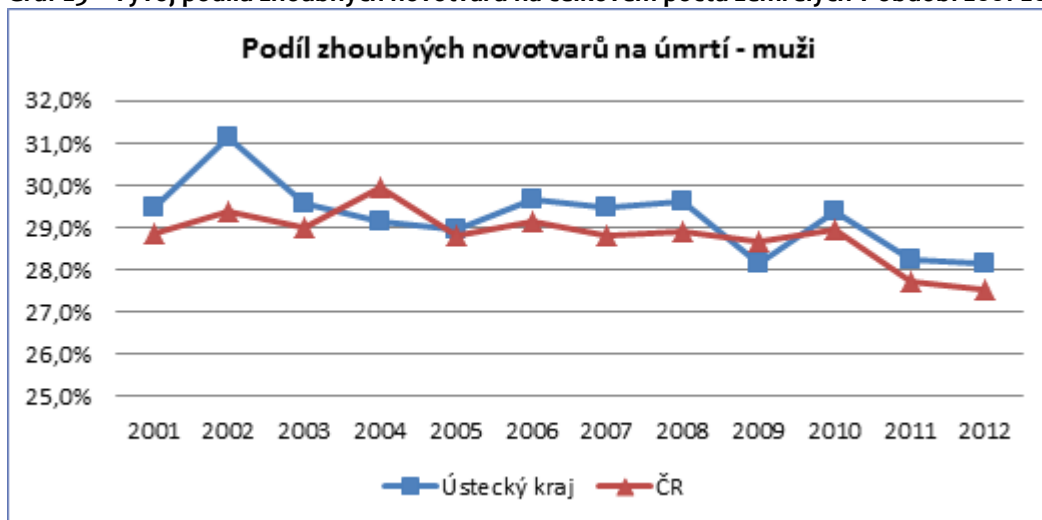


Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012, Demografické ročenky ČR 2001 – 2012

Je zřejmé, že vývoj podílu nemocí oběhové soustavy na celkovém počtu zemřelých v Ústeckém kraji **odpovídá s drobnými odchylkami vývoji v celé ČR**.

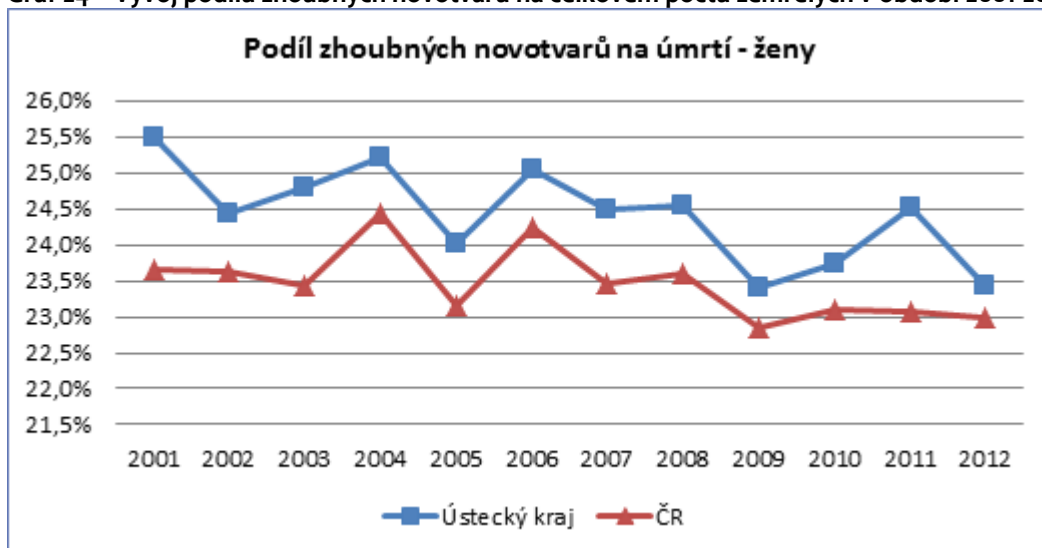
Druhou nejčastější příčinou smrti jsou dlouhodobě **zhoubné novotvary (ZN)**. Zemřelí na novotvary tvořili jak v Ústeckém kraji, tak i v celé ČR cca čtvrtinu všech zemřelých osob, přičemž u mužů byl tento podíl vyšší než u žen. Vývoj podílu zhoubných novotvarů na celkovém počtu zemřelých v Ústeckém kraji a ČR je analyzován v následujících grafech:

Graf 23 – Vývoj podílu zhoubných novotvarů na celkovém počtu zemřelých v období 2001-2012 - muži



Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012, Demografické ročenky ČR 2001 – 2012

Graf 24 – Vývoj podílu zhoubných novotvarů na celkovém počtu zemřelých v období 2001-2012 - ženy

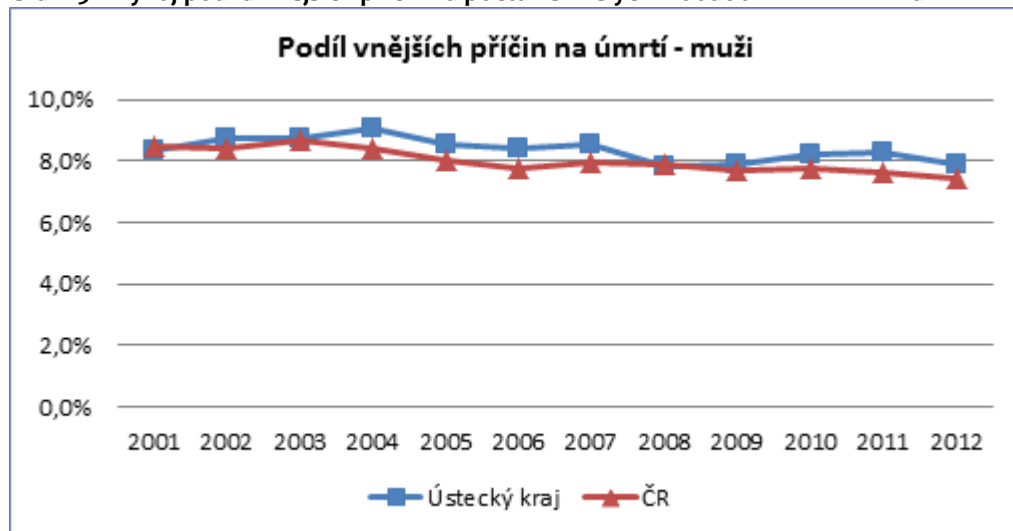


Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012, Demografické ročenky ČR 2001 – 2012

Vývoj podílu zhoubných novotvarů na celkovém počtu zemřelých v Ústeckém kraji **u mužů odpovídá vývoji v celé ČR, u žen je trvale o cca 1 p.b. vyšší.**

Třetím nejčastějším důvodem úmrtí u mužů byly **vnější příčiny** (např. dopravní nehody, pády, sebevraždy, utonutí atd.), které se podílely na celkovém počtu zemřelých 7,9% v Ústeckém kraji resp. 7,4% v rámci ČR (u žen je tento podíl zhruba poloviční).

Graf 25 – Vývoj podílu vnějších příčin na počtu zemřelých v období 2001-2012 - muži

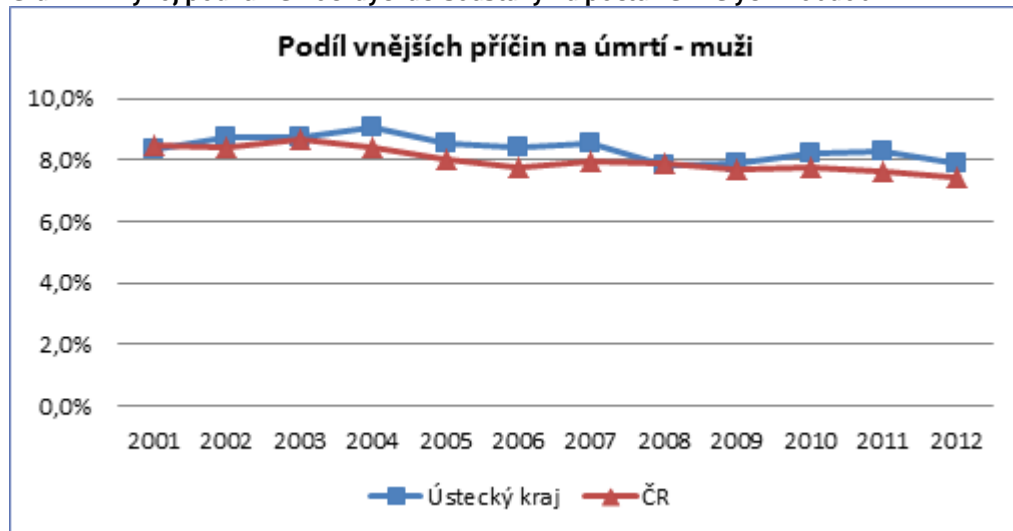


Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012, Demografické ročenky ČR 2001 – 2012

Vývoj podílu vnějších příčin na celkovém počtu zemřelých v Ústeckém kraji **u mužů odpovídá vývoji v celé ČR**.

U žen byly třetím nejčastějším důvodem úmrtí **nemoci dýchací soustavy**, které se podílely na celkovém počtu zemřelých 4,1% v Ústeckém kraji resp. 3,7% v rámci ČR

Graf 26 – Vývoj podílu nemocí dýchací soustavy na počtu zemřelých v období 2001-2012 - ženy



Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012, Demografické ročenky ČR 2001 – 2012

Vývoj podílu nemocí dýchací soustavy na celkovém počtu zemřelých v Ústeckém kraji **u žen odpovídá vývoji v celé ČR** (výjimkou je období 2007-2010) kdy došlo k přechodnému výraznému zvýšení tohoto podílu.

Srovnání standardizovaných intenzit úmrtnosti v krajích podle příčin a pohlaví je provedeno v následující tabulce. Indexy jsou konstruovány z průměrné úmrtnosti v krajích z let 2000-2008, které jsou vztaženy ke specifickým úmrtnostem dle příčin. Indexy nad 100 % znamenají vyšší (horší) intenzitu úmrtnosti a naopak. Intenzity nad 110 % jsou zvýrazněny červeně.

Tabulka 14 – Úmrtnost podle příčin v Ústeckém kraji (relativní hodnoty)

	úmrtnost celkem		novotvary II.		oběhové choroby IX.		dýchací choroby X.		trávicí choroby XI.		vnější příčiny XX.	
	m	ž	m	ž	m	ž	m	ž	m	ž	m	ž
PHA	87,7%	96,8%	93,5%	108,7%	87,0%	93,1%	80,5%	96,2%	82,9%	97,1%	87,3%	120,4%
STC	100,9%	106,9%	103,4%	102,8%	104,1%	111,9%	92,3%	95,6%	85,4%	89,0%	102,4%	119,7%
JHC	96,0%	101,5%	103,2%	103,5%	94,6%	100,3%	91,1%	93,5%	71,9%	90,5%	104,0%	125,1%
PLK	98,6%	105,1%	107,2%	108,3%	97,7%	104,4%	93,2%	102,2%	78,5%	96,3%	94,6%	107,2%
KVK	107,0%	108,6%	111,2%	113,8%	102,3%	103,6%	119,7%	115,9%	100,0%	113,8%	117,3%	117,1%
ULK	118,4%	118,1%	117,8%	118,2%	125,7%	121,9%	95,4%	89,6%	113,4%	114,3%	120,0%	130,0%
LBK	103,1%	102,1%	105,2%	106,6%	106,4%	102,7%	79,4%	83,9%	93,8%	98,6%	111,4%	125,1%
HKK	93,5%	98,9%	91,6%	94,3%	100,1%	103,5%	90,0%	100,0%	71,0%	81,4%	101,2%	113,7%
PAK	96,6%	99,9%	92,2%	93,8%	102,7%	103,1%	107,7%	112,5%	81,7%	84,9%	102,2%	118,1%
VYS	95,3%	96,8%	94,3%	94,3%	107,1%	106,7%	74,8%	82,4%	69,4%	67,3%	95,4%	94,2%
JHM	98,7%	96,0%	95,8%	94,3%	107,1%	102,6%	79,0%	79,3%	98,4%	85,9%	102,3%	105,4%
OLK	99,8%	98,1%	98,7%	97,7%	102,9%	100,2%	81,6%	82,1%	109,2%	103,1%	115,3%	110,5%
ZLK	103,0%	95,4%	90,0%	85,1%	113,0%	104,9%	81,0%	82,2%	120,8%	97,7%	125,2%	119,4%
MSK	112,8%	103,9%	107,1%	99,8%	117,5%	108,7%	110,6%	91,9%	131,0%	124,4%	113,9%	97,5%
ČR	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Zdroj: ČSÚ – Zdravotnictví v regionálním pohledu, 2011

Podle ČSÚ² lze Interpretovat uvedené rozdíly takto:

- je zřejmá všeobecně nižší úmrtnost v hl. m. Praha, ale také na Vysočině, Královéhradeckém kraji aj.;
- u jednotlivých tříd příčin se ukazuje poměrně výrazný gradient poklesu úmrtnosti od západu na východ ČR u novotvarů (výjimkou z poklesu je Moravskoslezský kraj);
- u oběhových chorob je územní vzorec složitý, projevují se zde dopravní poměry v krajích a dostupnost rychlé lékařské péče, samozřejmě na podkladě ostatních základních faktorů (životní styl apod.);
- vyslovení obecnějších závěrů a vysvětlení některých mezikrajských rozdílů u zbývajících tříd příčin je obtížné, viz např. rozdíl mezi Karlovarským a Ústeckým krajem u dýchacích chorob (možný je vliv vyššího zastoupení cizinců v populaci malého Karlovarska);
- zvýšená intenzita úmrtnosti u trávicích chorob na Moravě je snad částečně vysvětlitelná rozdíly ve stravovacích návycích.

Z tabulky je rovněž zřejmé **postavení Ústeckého kraje jako nejhůře hodnoceného u většiny příčin úmrtí**. Hodnota úmrtnosti je **výrazně nadprůměrná u všech příčin** u mužů i žen s výjimkou úmrtnosti na dýchací choroby.

² ČSÚ, Zdravotnictví v regionálním pohledu, 2011, s. 10

STŘEDNÍ DÉLKA ŽIVOTA

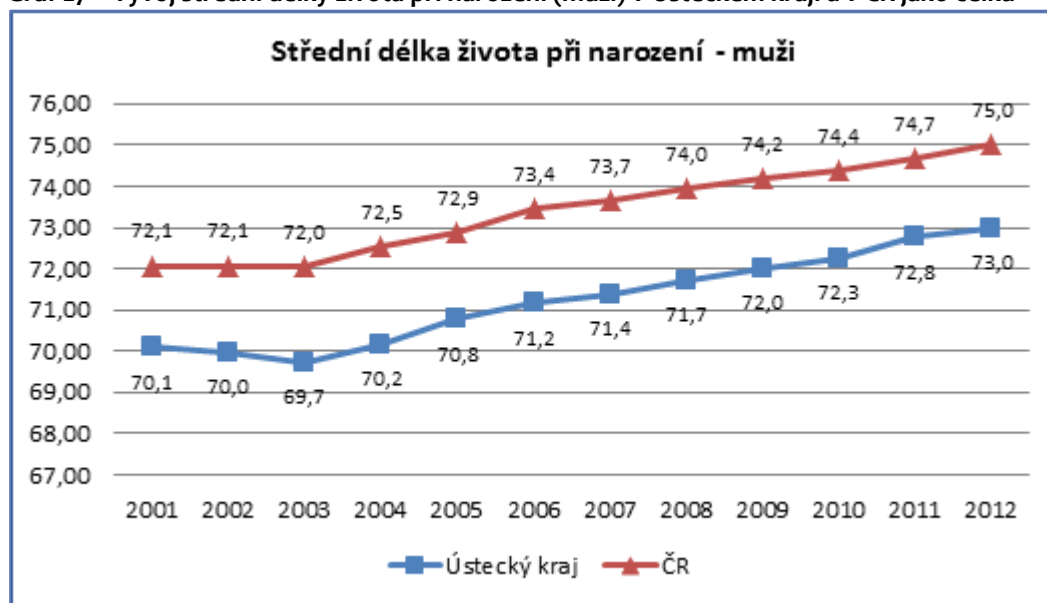
Jedním ze stěžejních ukazatelů pro zdravotní stav populace je její věková struktura, neboť zdravotní stav zajisté těsně souvisí s věkem. Vyšší počet obyvatel ve vyšším věku znamená vyšší nároky na zdravotní péči v absolutních číslech. Vývoj věkové struktury populace ukazující na stárnutí populace v Ústeckém kraji i celé ČR již byl analyzován v předchozí části. Na tomto stárnutí populace se také podílí zlepšování úmrtnostních poměrů po roce 1989, které lze vyjádřit pomocí rostoucí naděje dožití.

Střední délka života (též naděje dožití) při narození je důležitým demografickým ukazatelem a současně základním ukazatelem úrovně zdravotního stavu ve sledované oblasti. Úzce souvisí se všemi determinantami zdraví, jak byly popsány výše.

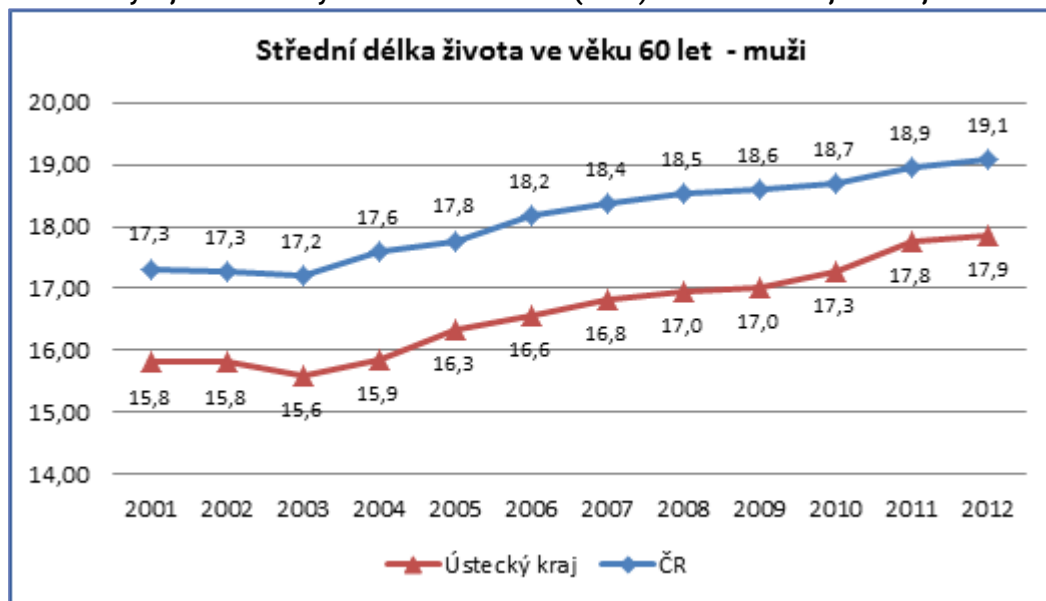
Střední délka života vyjadřuje počet roků, který v průměru ještě prožije osoba právě x-letá za předpokladu, že po celou dobu jejího dalšího života se nezmění řád vymírání, zjištěný úmrtnostní tabulkou, zkonstruovanou pro daný kalendářní rok nebo jiné (zpravidla delší) období. Jedná se tedy o hypotetický údaj, který říká, kolika let by se člověk určitého věku dožil, pokud by úroveň a struktura úmrtnosti zůstala stejná jako v daném roce.

Ukazatel se nejčastěji používá ve formě „Střední délka života při narození“ nebo „Naděje dožití při narození“, ve které vyjadřuje průměrnou délku života osoby právě narozené za předpokladu setrvání úmrtnostních poměrů platných v roce, ve kterém se osoba narodila a pro který je konstruována úmrtnostní tabulka (např. je-li střední délka života při narození pro muže v roce 2002 v ČR 72,1, mají chlapci narození v tomto roce statistickou naději dožít se věku 72,1 let).

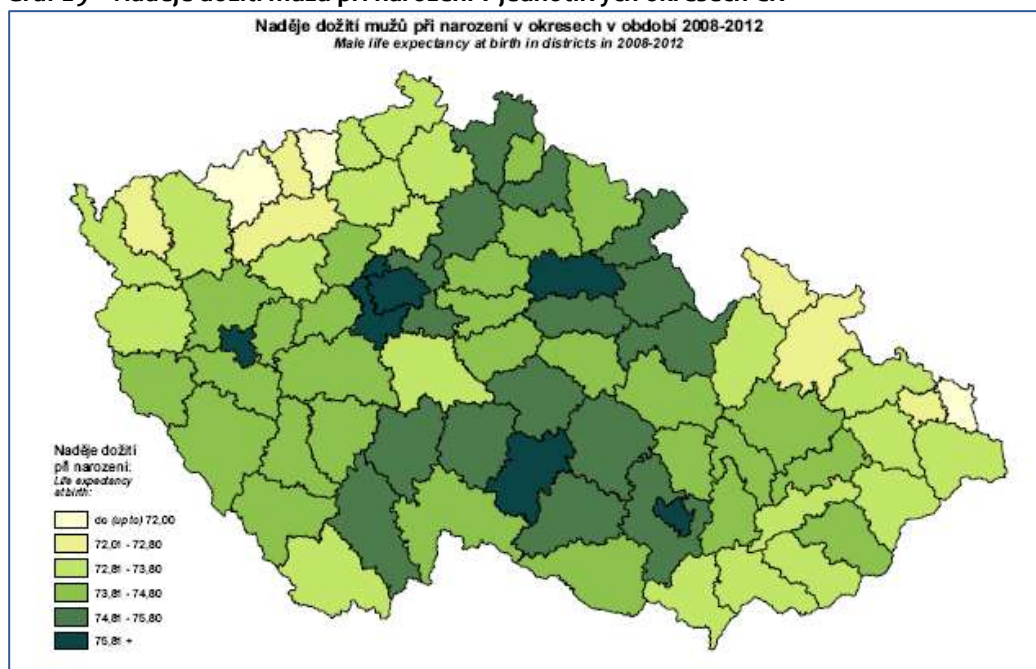
Graf 27 – Vývoj střední délky života při narození (muži) v Ústeckém kraji a v ČR jako celku



Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012, Demografické ročenky ČR 2001 – 2012

Graf 28 – Vývoj střední délky života ve věku 60 let (muži) v Ústeckém kraji a v ČR jako celku

Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012, Demografické ročenky ČR 2001 - 2012

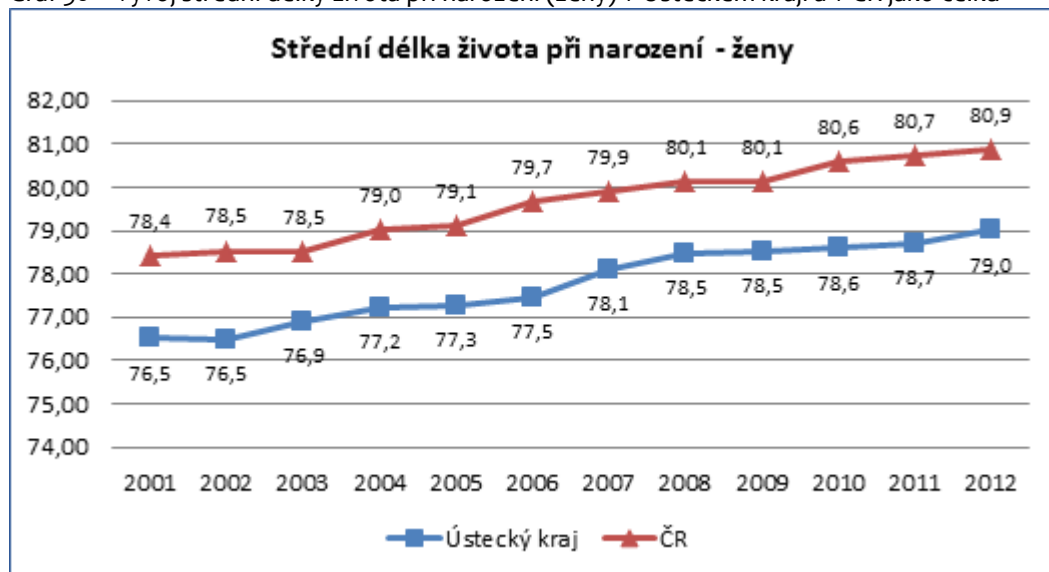
Graf 29 – Naděje dožití mužů při narození v jednotlivých okresech ČR

Zdroj: ČSÚ

Střední délka života při narození mužů v Ústeckém kraji ve sledovaném období 2001 – 2012 vzrostla o 2,88 roku na 73,0 let. Přesto je tato hodnota v celém období trvale o **cca 2,0 roku nižší než průměr za ČR**. V rámci České republiky patří z pohledu tohoto ukazatele **Ústecký kraj** a zejména jeho **okresy Teplice a Chomutov k nejhorším**.

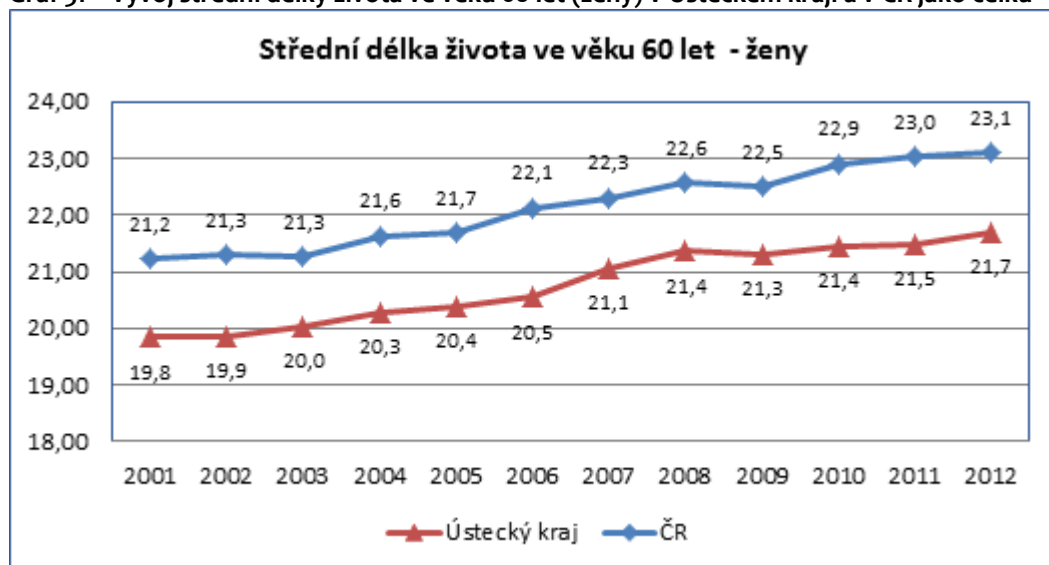
Obdobný je i vývoj střední délky života mužů ve věku 60 let, která je v současné době 1,2 roku nižší než průměr za ČR. Tento rozdíl se však v průběhu sledovaného období mírně snížil.

Graf 30 – Vývoj střední délky života při narození (ženy) v Ústeckém kraji a v ČR jako celku

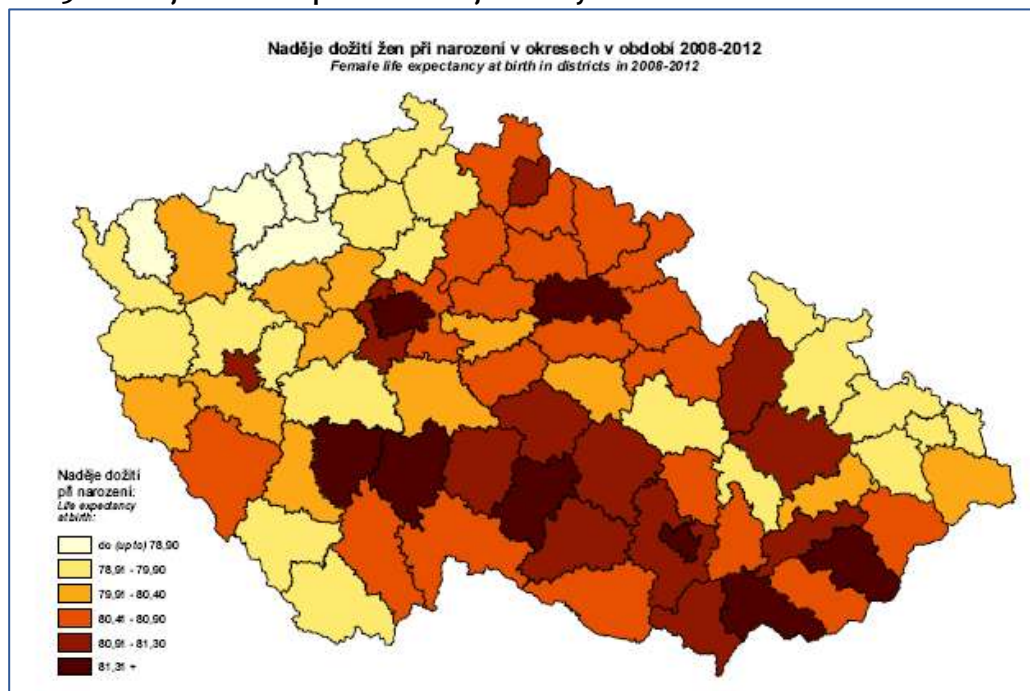


Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012, Demografické ročenky ČR 2001 - 2012

Graf 31 – Vývoj střední délky života ve věku 60 let (ženy) v Ústeckém kraji a v ČR jako celku



Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012, Demografické ročenky ČR 2001 - 2012

Graf 32 – Naděje dožití žen při narození v jednotlivých okresech ČR

Zdroj: ČSÚ

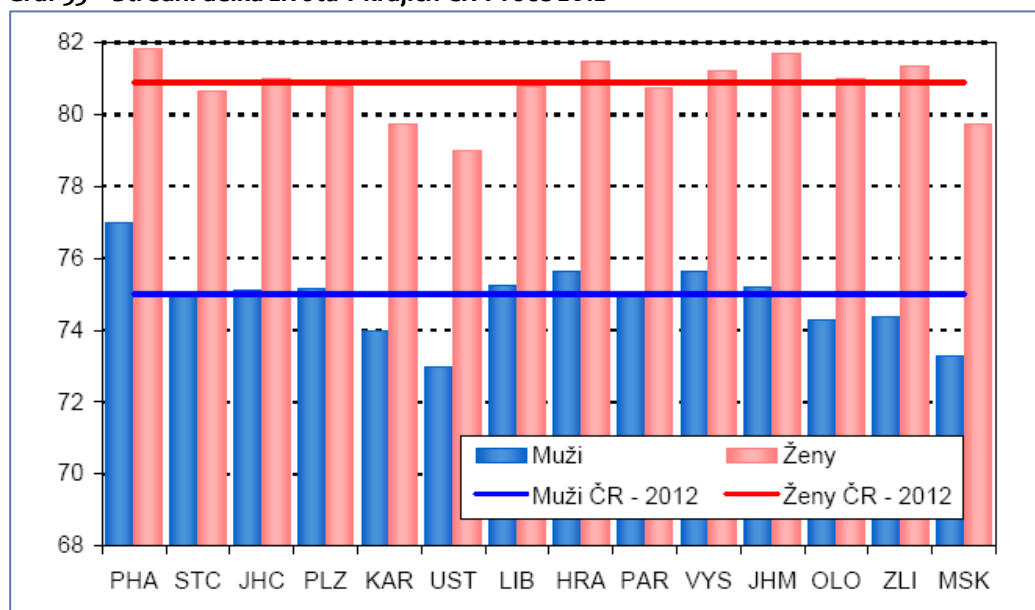
Střední délka života při narození žen v Ústeckém kraji ve sledovaném období 2001 – 2012 vzrostla o 2,51 roku na 79,0 let. Přesto je tato hodnota v celém období o cca **1,9 roku nižší než průměr za ČR**. V rámci České republiky patří z pohledu tohoto ukazatele Ústecký kraj a zejména jeho okresy Teplice, Most, Chomutov a Louny k **nejhorším**.

Tabulka 15 – Naděje dožití při narození v krajích, 2002–2012

Kraj	Muži							Ženy						
	2001	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2001	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	2002	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2002	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hl. město Praha	73,7	75,6	75,9	76,2	76,3	76,5	77,0	78,9	80,7	80,8	80,8	81,2	81,7	81,8
Středočeský	72,1	73,4	73,8	74,0	74,3	74,6	74,9	78,3	79,6	79,8	79,9	80,2	80,6	80,6
Jihočeský	72,2	74,2	74,3	74,5	74,8	75,0	75,1	78,6	79,9	80,0	80,1	80,4	80,8	81,0
Plzeňský	72,5	74,0	74,4	74,5	74,9	75,1	75,2	78,3	79,6	80,2	80,2	80,1	80,4	80,8
Karlovarský	71,2	72,6	72,8	72,7	72,7	73,2	74,0	77,5	78,8	79,0	79,1	79,3	79,5	79,7
Ústecký	70,0	71,4	71,7	72,0	72,3	72,8	73,0	76,5	78,1	78,5	78,5	78,6	78,7	79,0
Liberecký	71,3	73,1	73,3	73,9	74,4	74,8	75,3	78,3	79,4	79,8	80,1	80,1	80,8	80,8
Královéhradecký	73,1	74,8	75,0	75,1	75,2	75,5	75,6	78,8	80,0	80,4	80,6	80,8	81,3	81,5
Pardubický	72,7	73,8	74,2	74,7	74,8	74,8	74,9	78,7	79,5	80,0	80,5	80,5	80,3	80,7
Vysočina	72,9	74,4	74,5	74,8	75,1	75,5	75,6	79,0	81,1	81,1	81,0	81,1	81,3	81,2
Jihomoravský	72,6	73,5	74,1	74,5	74,7	75,1	75,2	79,2	80,3	80,6	80,8	81,1	81,5	81,7
Olomoucký	71,7	73,3	73,5	73,9	74,0	74,1	74,3	78,6	79,9	79,9	80,0	80,3	80,7	81,0
Zlínský	72,1	73,3	73,4	73,4	73,5	73,7	74,4	79,0	80,2	80,4	80,5	80,9	81,3	81,4
Moravskoslezský	70,6	72,3	72,3	72,4	72,6	72,7	73,3	78,0	79,3	79,4	79,4	79,7	79,9	79,7
ČR	72,1	73,7	74,0	74,2	74,4	74,7	75,0	78,5	79,9	80,1	80,1	80,6	80,7	80,9

Zdroj: ČSÚ – Populační vývoj v krajích, 1991-2012

Graf 33 – Střední délka života v krajích ČR v roce 2012



Zdroj: ÚZIS – Zemřelí 2012

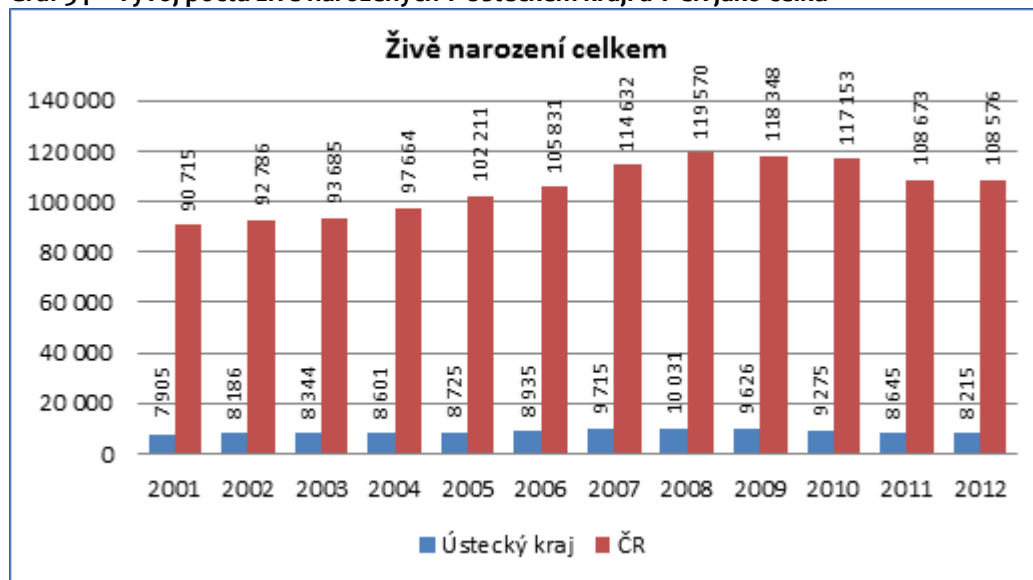
V roce 2012 byla nejnižší střední délka života mužů v Ústeckém (72,97 let), dále pak v Moravskoslezském (73,29 let), a Karlovarském (74,00 let) kraji. Průměr za ČR u mužů činil 75,00 let. Krajem s nejvyšší nadějí dožití při narození mužů bylo Hl. m. Praha (76,99 let) a dále Kraj Vysočina a Královéhradecký kraj (v obou 75,63 let). U žen byla nejnižší naděje dožití při narození v kraji Ústeckém (79,01 let), Moravskoslezském a Karlovarském (shodně 79,73 let), přičemž republikový průměr činil 80,88 let.

V letech 2001 až 2012 došlo ke zvýšení **naděje dožití** při narození jak u mužů, tak i u žen, u mužů dokonce rychleji než u žen, a to jak na krajské, tak i celorepublikové úrovni. Proti průměru České republiky zaostávala v kraji v roce 2011 u obou pohlaví naděje dožití zhruba o **2 roky** a byla **nejnižší ze všech krajů**. Rozdíly jsou z podstatné části dány regionálními odlišnostmi ve skladbě obyvatelstva. Nejlepší postavení Hl. m. Praha je kromě příznivé sociální a vzdělanostní struktury obyvatelstva vysvětlováno rovněž hustou sítí zařízení poskytujících zdravotní péči a rychle dostupnou kvalitní lékařskou službou, což je důležité zejména při náhlých příhodách

REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ

POČET NAROZENÝCH DĚTÍ

Graf 34 – Vývoj počtu živě narozených v Ústeckém kraji a v ČR jako celku



Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012, Demografické ročenky ČR 2001 - 2012

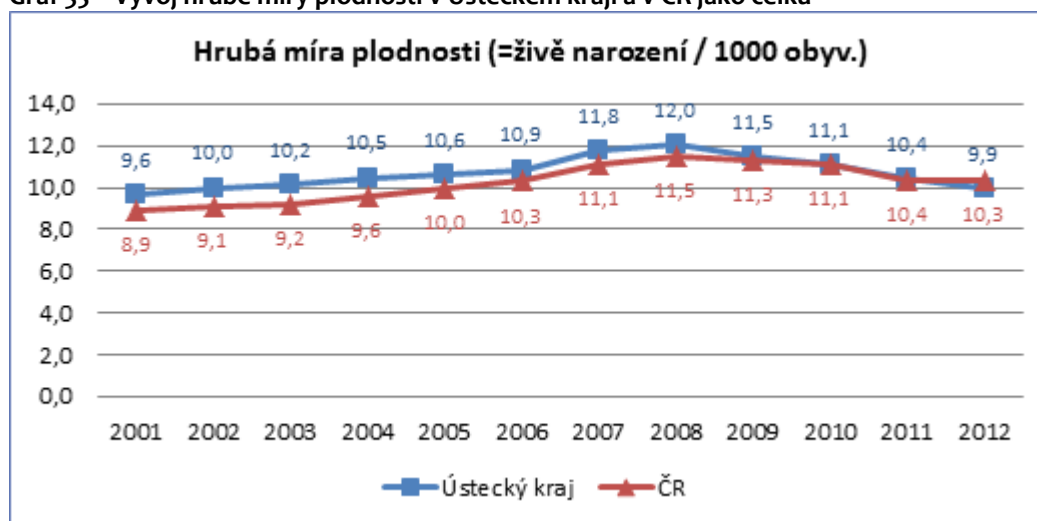
Tabulka 16 – Živě narození v krajích v období 2002 - 2012

Kraj	Živě narození celkem							Živě narození mimo manželství (%)		
	2002	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2002	2007	2012
Hl. m. Praha	9 690	13 195	14 339	14 488	14 792	13 968	14 176	23,6	30,8	37,4
Středočeský	10 483	14 279	15 246	15 219	15 212	14 531	14 428	22,3	31,3	40,5
Jihočeský	5 733	6 922	7 155	7 027	6 933	6 379	6 655	21,9	33,1	43,7
Plzeňský	4 886	6 100	6 385	6 412	6 242	5 566	5 768	24,5	35,1	45,9
Karlovarský	2 949	3 438	3 562	3 425	3 313	3 014	2 820	43,9	51,0	58,7
Ústecký	8 186	9 715	10 031	9 626	9 275	8 645	8 215	42,1	49,6	58,0
Liberecký	4 132	5 045	5 220	5 206	5 120	4 654	4 592	31,9	40,2	48,4
Královéhradecký	4 946	6 122	6 254	6 261	6 021	5 437	5 467	22,5	35,0	43,8
Pardubický	4 653	5 709	5 752	5 644	5 721	5 312	5 385	20,6	30,0	41,6
Vysočina	4 755	5 373	5 649	5 447	5 357	5 075	5 148	14,4	25,2	37,7
Jihomoravský	10 067	12 371	13 196	13 145	13 040	12 404	12 339	20,1	28,8	38,4
Olomoucký	5 667	6 931	7 118	7 134	6 922	6 311	6 303	25,0	34,5	45,1
Zlínský	5 195	6 059	6 261	6 076	6 106	5 570	5 493	15,1	25,8	35,6
Moravskoslezský	11 444	13 373	13 402	13 238	13 099	11 807	11 787	29,2	39,4	47,7
ČR	92 786	114 632	119 570	118 348	117 153	108 673	108 576	25,3	34,5	43,4

Zdroj: ČSÚ – Populační vývoj v krajích, 1991-2012

Po nárůstu počtu živě narozených dětí, který byl zaznamenán jak v celé ČR, tak i v Ústeckém kraji od počátku tisíciletí do roku 2008 dochází od roku 2009 k opačnému, tj. sestupnému trendu, který pokračoval i v roce 2012. V roce 2012 byl pak v Ústeckém kraji zaznamenán dokonce největší absolutní úbytek v počtu živě narozených dětí ze všech krajů.

Graf 35 – Vývoj hrubé míry plodnosti v Ústeckém kraji a v ČR jako celku



Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012, Demografické ročenky ČR 2001 - 2012

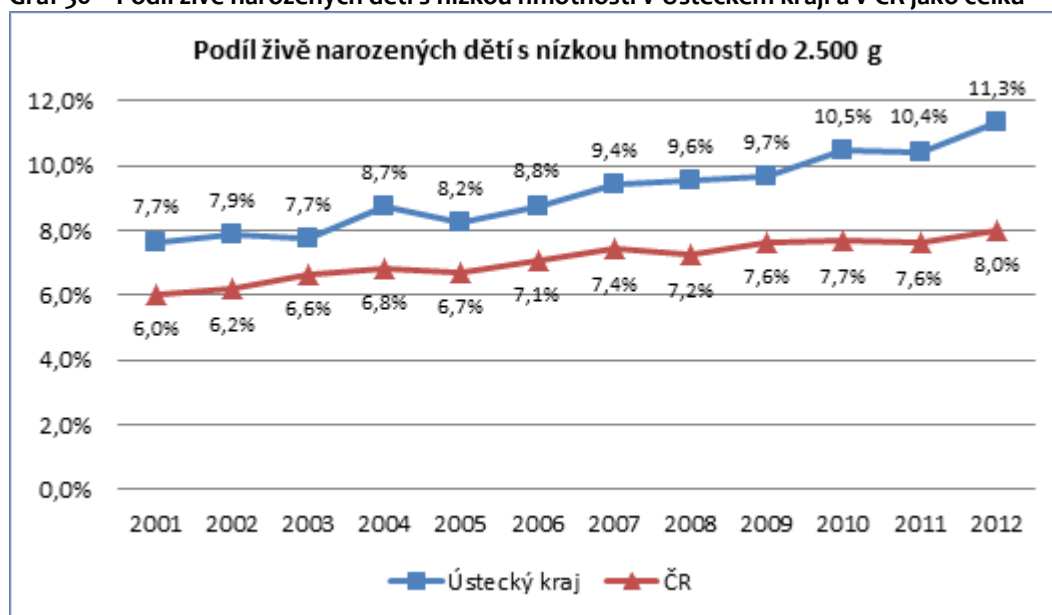
Ukazatel hrubé míry plodnosti (počet živě narozených dětí na 1000 obyvatel) byl v Ústeckém kraji od roku 2001 do roku 2009 nad průměrem České republiky, od roku 2010 ale dochází k jeho postupnému propadu pod tuto průměrnou úroveň.

Tabulka 17 – Plodnost v krajích v období 2002 - 2012

Kraj	Úhrnná plodnost							Průměrný věk žen při porodu						
	2002	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2002	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hl. m. Praha	1,08	1,30	1,37	1,37	1,39	1,35	1,38	29,5	30,8	31,0	31,0	31,2	31,2	31,4
Středočeský	1,20	1,52	1,60	1,58	1,58	1,52	1,54	27,8	29,3	29,3	29,5	29,7	29,8	29,9
Jihočeský	1,18	1,44	1,50	1,49	1,49	1,41	1,51	27,7	28,9	29,1	29,2	29,5	29,6	29,5
Plzeňský	1,15	1,44	1,50	1,51	1,49	1,37	1,45	27,5	29,0	29,1	29,2	29,3	29,4	29,4
Karlovarský	1,23	1,47	1,53	1,50	1,49	1,43	1,37	27,3	28,4	28,6	28,6	28,5	28,6	28,8
Ústecký	1,27	1,56	1,61	1,58	1,55	1,51	1,46	27,0	28,2	28,3	28,3	28,5	28,4	28,5
Liberecký	1,22	1,51	1,56	1,58	1,58	1,48	1,49	27,6	29,0	29,2	29,1	29,3	29,4	29,4
Královéhradecký	1,18	1,49	1,53	1,56	1,53	1,42	1,46	27,8	29,1	29,3	29,5	29,6	29,8	29,8
Pardubický	1,18	1,48	1,49	1,48	1,52	1,46	1,51	27,7	29,2	29,4	29,5	29,6	29,6	29,7
Vysočina	1,18	1,39	1,48	1,45	1,45	1,42	1,47	27,7	29,0	29,2	29,5	29,5	29,7	29,7
Jihomoravský	1,15	1,40	1,49	1,49	1,49	1,44	1,45	28,0	29,3	29,5	29,6	29,8	30,0	30,1
Olomoucký	1,13	1,40	1,46	1,48	1,47	1,39	1,41	27,8	29,1	29,3	29,5	29,5	29,5	29,7
Zlínský	1,12	1,34	1,40	1,39	1,41	1,34	1,35	28,0	29,4	29,7	29,7	29,9	30,2	30,1
Moravskoslezský	1,18	1,44	1,46	1,47	1,47	1,38	1,41	27,2	28,6	28,8	28,7	29,0	29,0	29,1
ČR	1,17	1,44	1,50	1,49	1,49	1,43	1,45	27,8	29,1	29,3	29,4	29,6	29,7	29,8

Zdroj: ČSÚ – Populační vývoj v krajích, 1991-2012

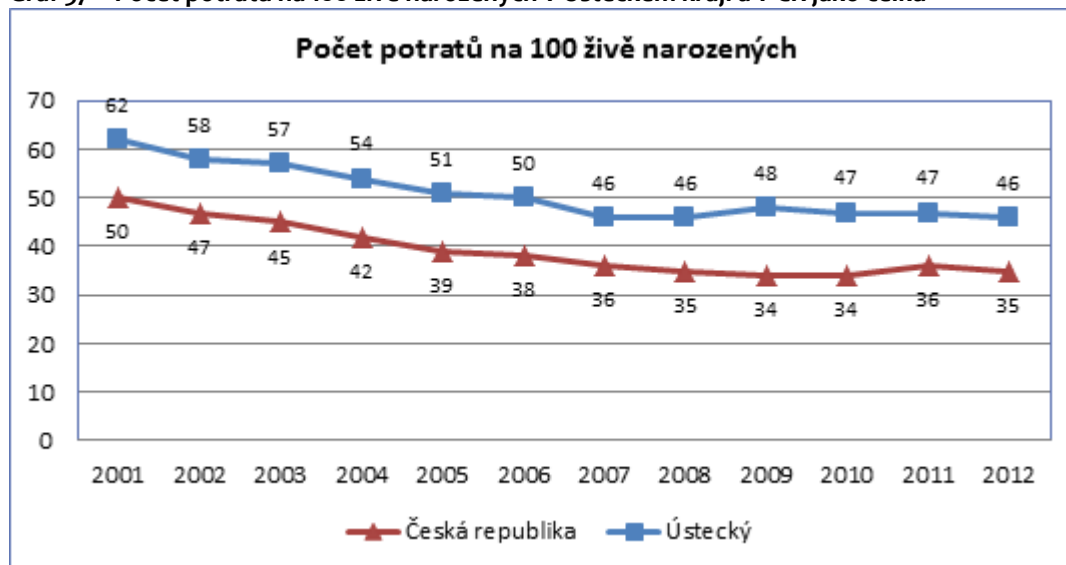
Úhrnná plodnost (počet živě narozených dětí připadajících na jednu ženu) se v ČR v období 2002-2012 zvýšila na 1,45 dítěte na ženu (je tak výrazně pod magickým číslem úhrnné plodnosti, kterým je hodnota 2,1, která zajišťuje udržení početního stavu populace). **V Ústeckém kraji se plodnost trvale drží na nadprůměrných hodnotách**, i když v roce 2012 došlo k jejímu významnému poklesu na hodnotu **1,46**, tj. téměř na úroveň průměru. Průměrný věk žen při porodu se trvale pohybuje na nejnižších hodnotách v rámci všech krajů.

Graf 36 – Podíl živě narozených dětí s nízkou hmotností v Ústeckém kraji a v ČR jako celku

Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012, Demografické ročenky ČR 2001 - 2012

Podíl živě narozených dětí s nízkou hmotností do 2.500 g trvale roste jak v Ústeckém kraji, tak i celé ČR. Podíl v Ústeckém kraji v celém období dosahuje **nadprůměrných hodnot**. Tempo růstu tohoto podílu je navíc v Ústeckém kraji výrazně rychlejší, rozdíl mezi hodnotami dosahovanými v Ústeckém kraji oproti průměru ČR se zvýšil ze 1,7 p.b. v roce 2001 na 3,3 p.b. v roce 2012.

POTRATOVOST

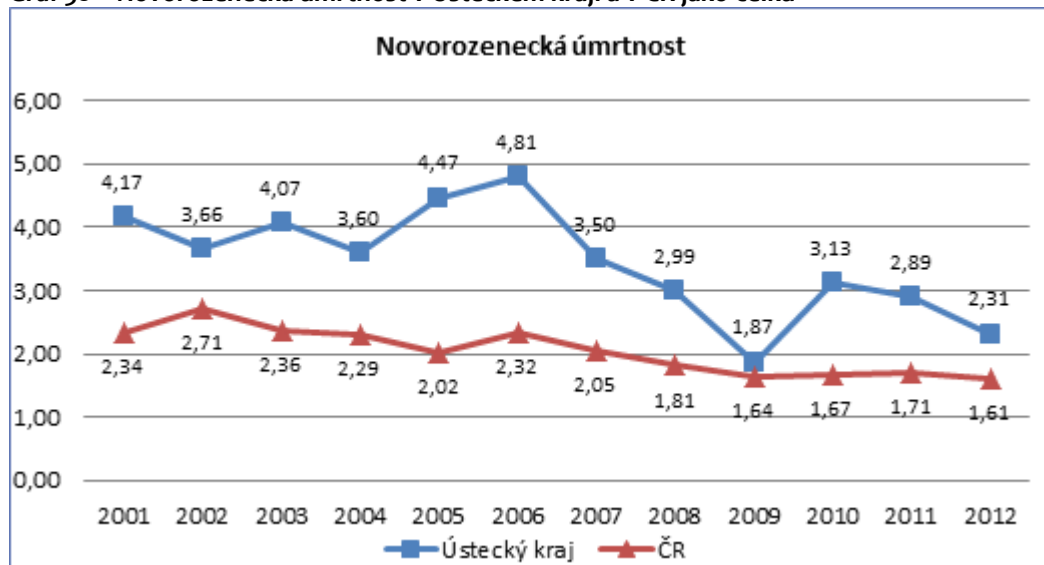
Graf 37 – Počet potratů na 100 živě narozených v Ústeckém kraji a v ČR jako celku

Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012, Demografické ročenky ČR 2001 - 2012

Celkový počet potratů jak v Ústeckém kraji, tak i v celé ČR trvale klesá. Územní variabilita úrovně potratovosti v rámci krajů je poměrně značná, přičemž nejvyšší hodnoty jsou trvale dosahovány právě v Ústeckém kraji. Z celkového počtu potratů připadalo v roce 2012 na umělé přerušování těhotenství v průměru 61,0% a v Ústeckém kraji 64,0%.

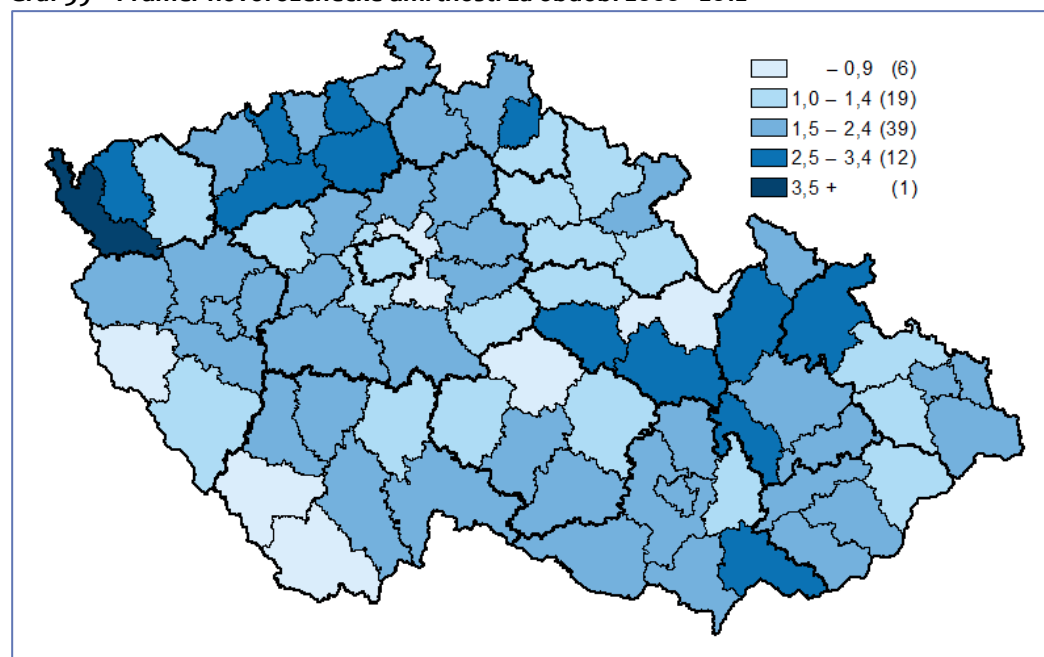
KOJENECKÁ A NOVOROZENECKÁ ÚMRTNOST

Graf 38 – Novorozenecká úmrtnost v Ústeckém kraji a v ČR jako celku

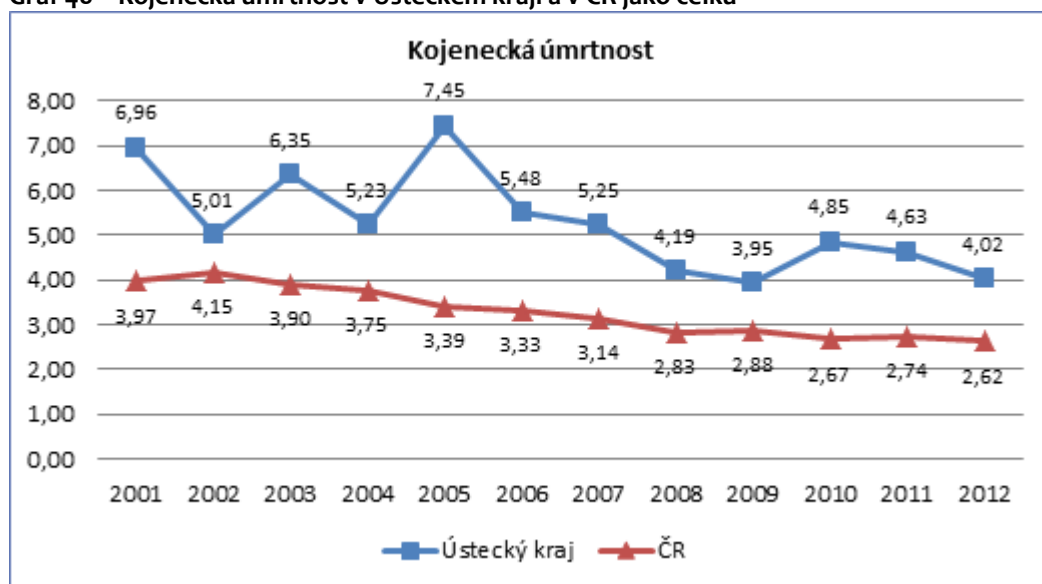


Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012, Demografické ročenky ČR 2001 - 2012

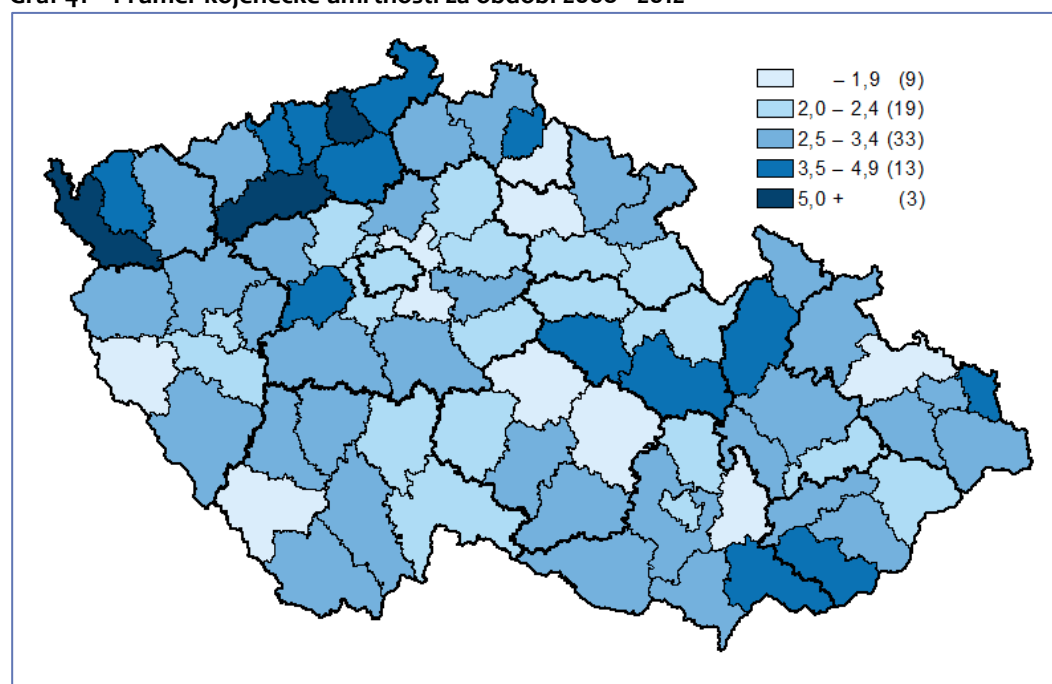
Graf 39 – Průměr novorozenecké úmrtnosti za období 2008 - 2012



Zdroj: ÚZIS – Narození a zemřelí do 1 roku 2012

Graf 40 – Kojenecká úmrtnost v Ústeckém kraji a v ČR jako celku

Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2012, Demografické ročenky ČR 2001 - 2012

Graf 41 – Průměr kojenecké úmrtnosti za období 2008 - 2012

Zdroj: ÚZIS – Narození a zemřelí do 1 roku 2012

Kojenecká úmrtnost uvádí počet zemřelých kojenců do jednoho roku věku na 1000 živě narozených dětí, novorozenecká úmrtnost počet zemřelých kojenců do věku 28 dnů na 1000 živě narozených dětí. Kojenecká i novorozenecká úmrtnost patří v České republice dlouhodobě k nejnižším v Evropě a i přesto se ve sledovaném období stále snižuje.

Vývoj obou těchto ukazatelů **v rámci Ústeckého kraje se pohybuje na téměř dvojnásobných hodnotách** a v průběhu celého období značně kolísá. Přesto i zde je celkový trend klesající. V rámci celorepublikového srovnání patří **kojenecká i novorozenecká úmrtnost v Ústeckém kraji i jeho jednotlivých okresech k nejvyšším.**

NEMOCNOST

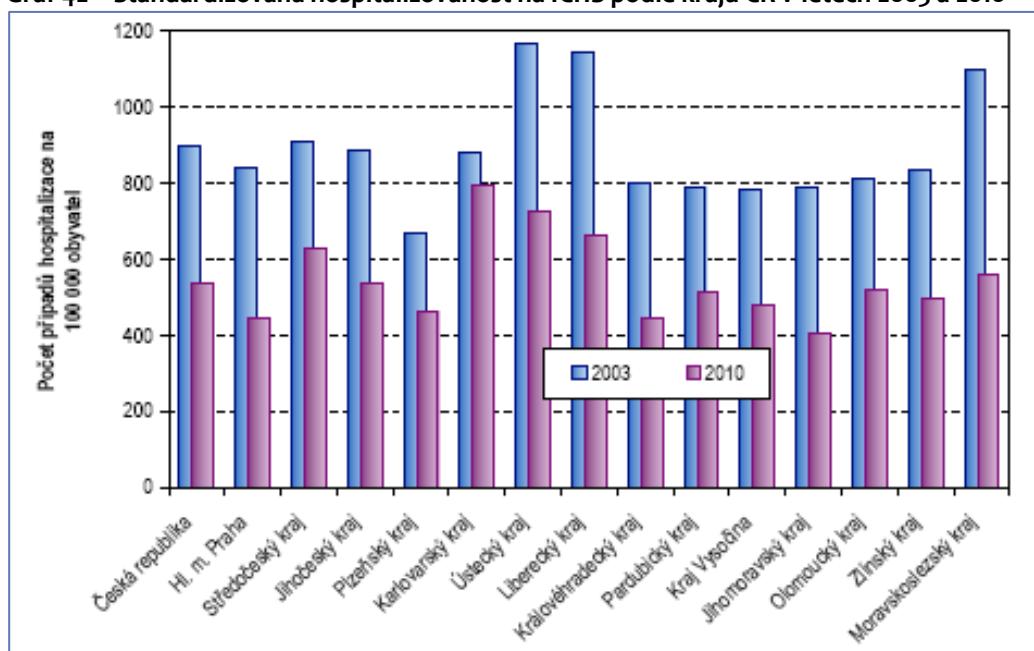
NEMOCI OBĚHOVÉ SOUSTAVY

Ischemická choroba srdeční (ICHS) je akutní nebo chronické onemocnění srdečního svalu vzniklé na podkladě nedostatečného krevního zásobení srdeční svaloviny při poškození věnčitých tepen. Ischemické nemoci srdce jsou nejčastější příčinou hospitalizace v ČR a zároveň nejčastější příčinou úmrtí (na roční úmrtnosti se podílejí přibližně čtvrtinou). Mortalita na ICHS dosáhla v ČR vrcholu v polovině osmdesátých let 20. století a od té doby setrvale klesá. Tento pokles je výrazný především u akutních forem onemocnění a přispívá k růstu střední délky života, zejména u mužů.

V počtu hospitalizací došlo za skupinu ICHS mezi lety 2003–2010 k poklesu o třetinu. U IM pokles případů hospitalizace představoval pouze 5 procent. V uvedeném období došlo u ICHS ke zkrácení průměrné ošetrovací doby o 1,3 dne, respektive 1,8 dne u IM. Výrazně se snížila hospitalizační úmrtnost především u diagnóz IM, a to o 40 %. Také celková úmrtnost během hospitalizace pro základní diagnózu IM se snížila přibližně o 30 %, zatímco celková úmrtnost na všechny diagnózy ICHS vzrostla o přibližně 13 %.

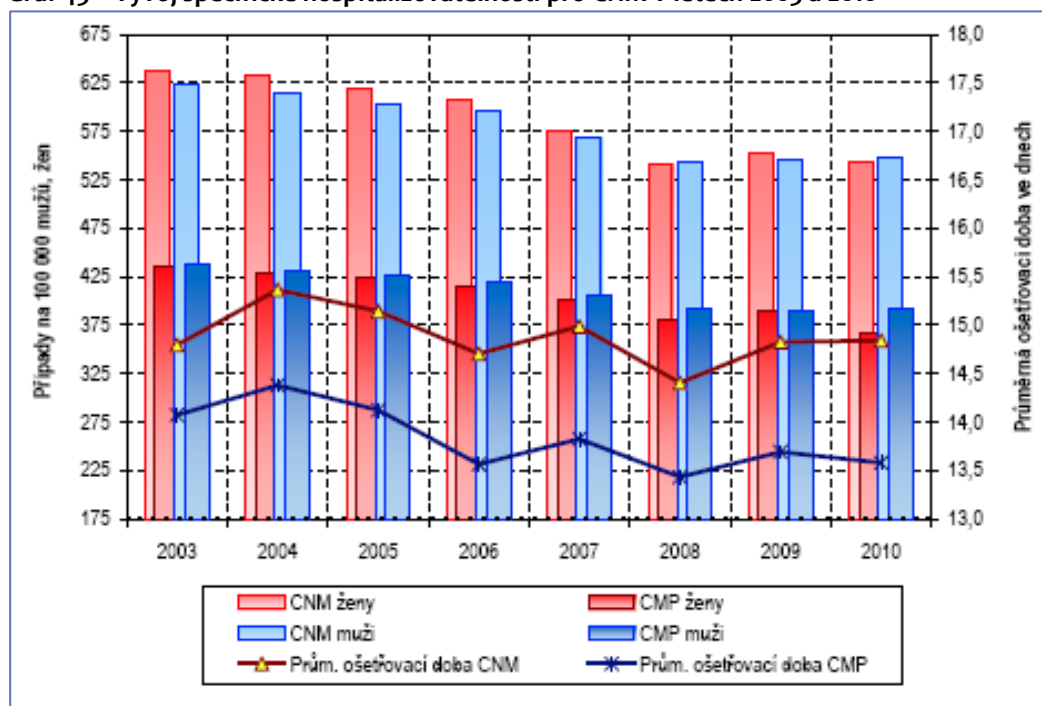
Mezikrajské rozdíly v incidenci těchto onemocnění a jejich vývoj v čase je znázorněn v následujícím grafu, ze kterého je zřejmé, že **Ústecký kraj patří mezi kraje s nejvyšší mírou hospitalizovatelnosti na ICHS (v roce 2003 nejvyšší, v roce 2010 druhá nejvyšší), která o cca 1/3 převyšuje průměr za celou ČR.**

Graf 42 – Standardizovaná hospitalizovanost na ICHS podle krajů ČR v letech 2003 a 2010



Zdroj: ÚZIS – Nemocnost a úmrtnost na ischemické nemoci srdeční v ČR v letech 2003–2010

Cévní onemocnění mozku (CNM) jsou v České republice po onemocněních srdce nejčastější příčinou hospitalizace a umírá na ně ročně přibližně desetina z celkového počtu zemřelých. Pacienti, jejichž průběh onemocnění není fatální, bývají fyzicky i psychicky zatíženi nejen vlastní chorobou, ale také jejími invalidizujícími následky, které jsou často doživotní. Klinicky lze z této podkapitoly vyčlenit skupinu cévních mozkových příhod (CMP).

Graf 43 – Vývoj specifické hospitalizovatelnosti pro CNM v letech 2003 a 2010

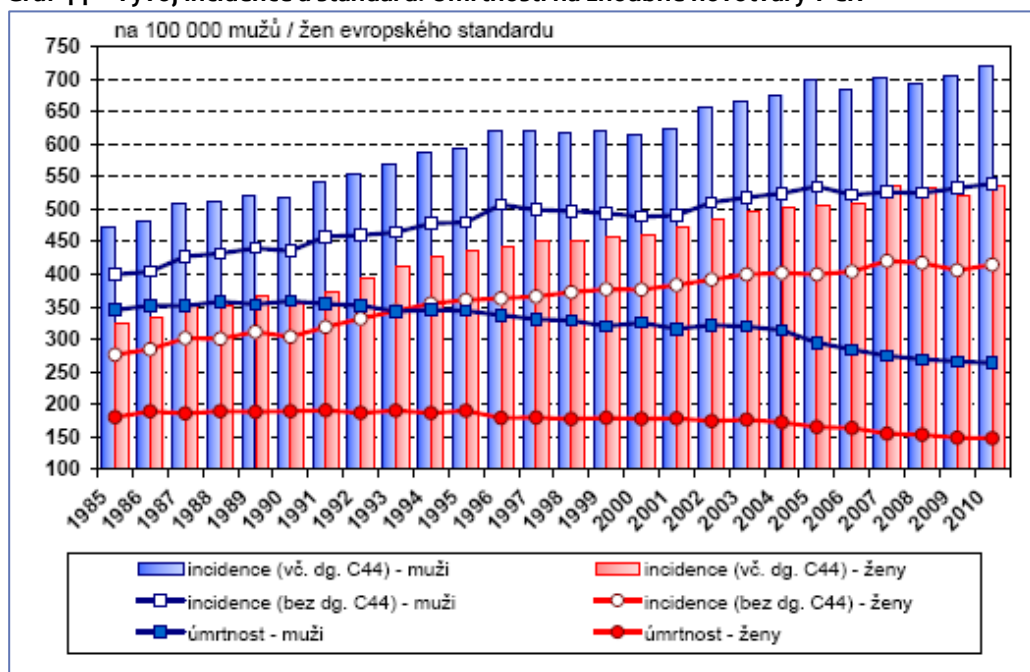
Zdroj: ÚZIS – Hospitalizovaní a zemřelí na cévní nemoci mozku v ČR v letech 2003-2010

V počtu hospitalizací pro cévní nemoci mozku (CNM) došlo mezi roky 2003 a 2010 k poklesu o 10,7 %, u hospitalizací pro cévní mozkové příhody (CMP) o 7,8 %. U celé skupiny CNM zůstává po celé sledované období přibližně stejná průměrná ošetrovací doba (14,8 dne), snižuje se však u CMP (14,1 dne v roce 2003 vs. 13,6 dne v roce 2010). Specifická úmrtnost na CNM v ČR poklesla ve zmíněných letech o 33 % z 164,61 na 109,82 úmrtí na 100 000 obyvatel. Regionální statistiky nejsou u této skupiny onemocnění k dispozici.

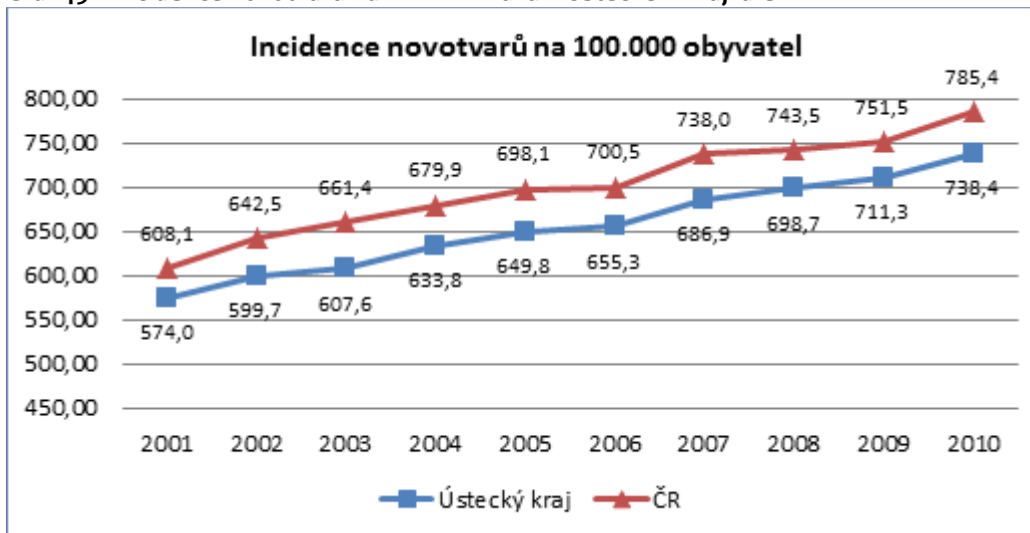
ZHOUBNÉ NOVOTVARY

Zhoubné nádory (ZN) představují závažný zdravotní problém současné české populace, nejen z toho důvodu, že neustále roste počet nově diagnostikovaných onemocnění, ale také proto, že představují čtvrtinu všech úmrtí v ČR a po onemocnění srdce a cév tvoří druhou nejčastější příčinu úmrtí. I přes rostoucí incidenci standardizovaná úmrtnost na ZN mírně klesá. To je dáno jednak zvyšující se kvalitou léčby, ale také včasnějším zachytem těchto onemocnění, kdy je léčba úspěšnější. Přes zlepšování úmrtnostních poměrů z hlediska novotvarů, patří Česko k evropským zemím s vyšší mírou úmrtnosti na ZN.

Údaje jsou získávány z Národního onkologického registru, v současné době jsou k dispozici data do roku 2010. Nejrozšířenějším zhoubným novotvarem, vyjma jiného ZN kůže (dg. C44), je u mužů od roku 2005 ZN předstojné žlázy (131,2 případů na 100 000 mužů v roce 2010), který vystřídal do té doby nejčetnější ZN průdušnice, průdušky a plíce (89,9). Nejčastějším onkologickým onemocněním u žen (kromě C44) je ZN prsu, který v roce 2010 představoval 16 % všech hlášených ZN u žen (121,3 případů na 100 000 žen).

Graf 44 – Vývoj incidence a standard. Úmrtnosti na zhoubné novotvary v ČR

Zdroj: ÚZIS – Zdravotnictví ČR 2012 ve statistických údajích

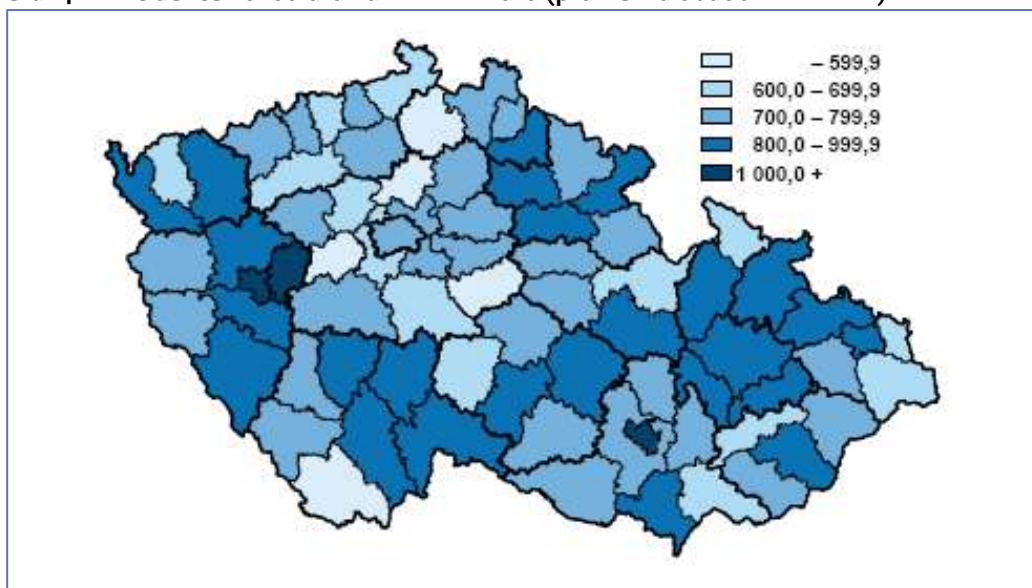
Graf 45 – Incidence novotvarů na 100.000 mužů v Ústeckém kraji a ČR

Zdroj: ÚZIS – Novotvary 2010

Incidence nádorových onemocnění trvale roste i v Ústeckém kraji, zůstává mírně pod republikovým průměrem.

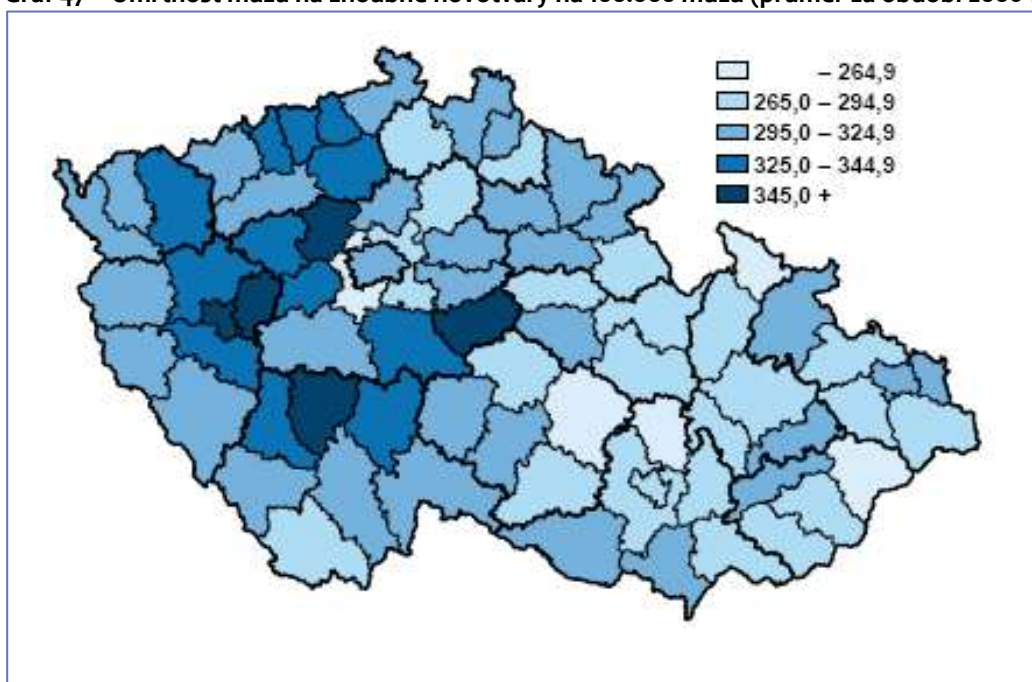
Následující grafy znázorňují regionální rozdíly v incidenci a úmrtnosti na nádorová onemocnění v jednotlivých regionech ČR.

Graf 46 – Incidence novotvarů na 100.000 mužů (průměr za období 2006-2010)



Zdroj: ÚZIS – Novotvary 2010

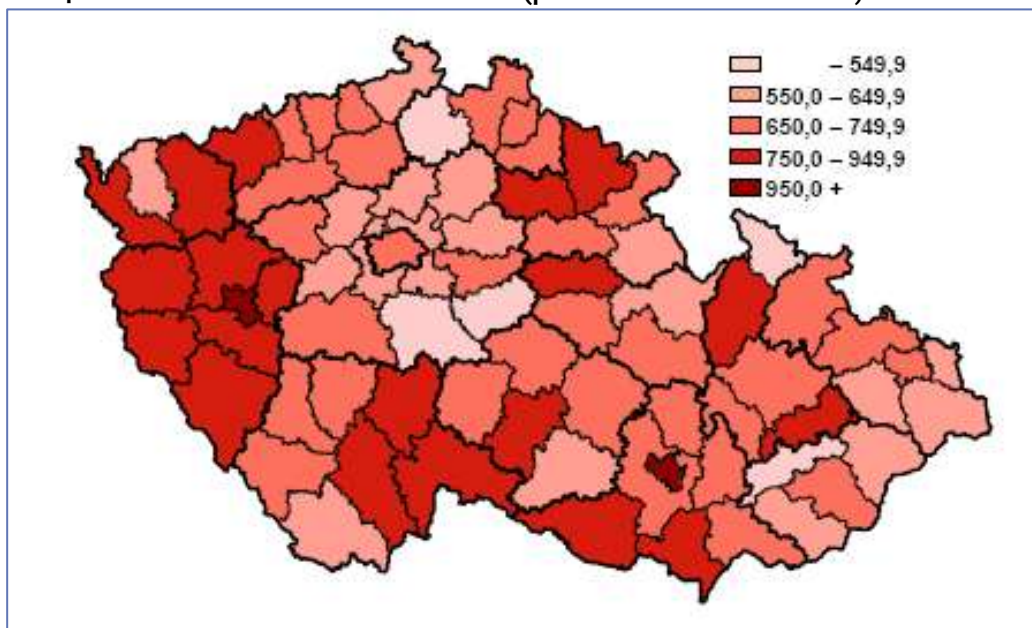
Graf 47 – Úmrtnost mužů na zhoubné novotvary na 100.000 mužů (průměr za období 2006-2010)



Zdroj: ÚZIS – Novotvary 2010

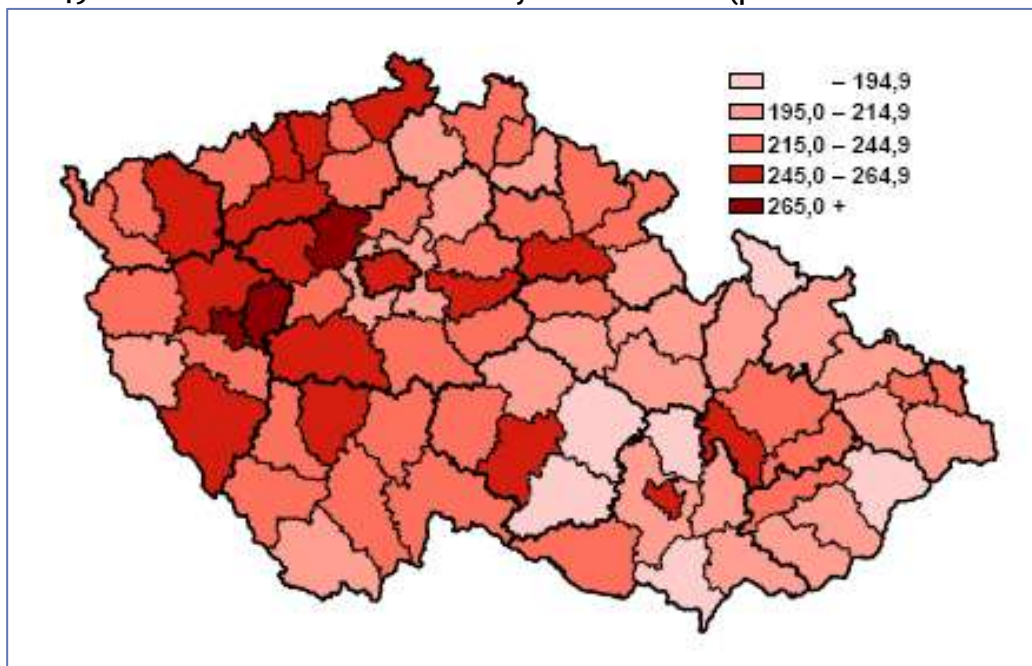
Z hlediska **incidence novotvarů** u mužů patří hodnoty dosahované v rámci Ústeckého kraje i jeho jednotlivých okresů mezi **podprůměrné**, avšak z hlediska **úmrtnosti** na tato onemocnění jsou dosahované hodnoty nepříznivější a **patří mezi nejvyšší**.

Graf 48 – Incidence novotvarů na 100.000 žen (průměr za období 2006-2010)



Zdroj: ÚZIS – Novotvary 2010

Graf 49 – Úmrtnost žen na zhoubné novotvary na 100.000 mužů (průměr za období 2006-2010)



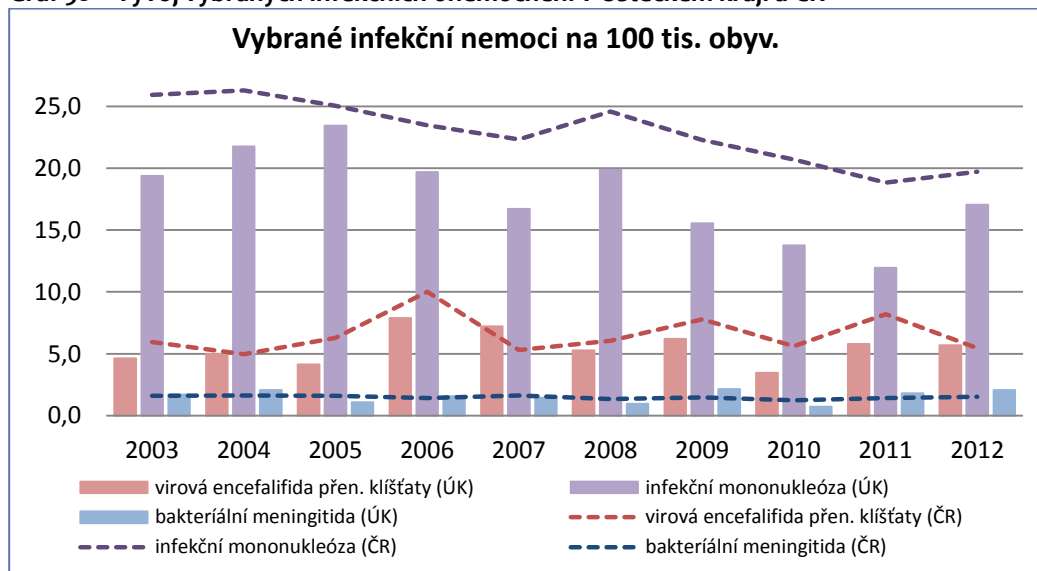
Zdroj: ÚZIS – Novotvary 2010

Rovněž u žen patří **hodnoty incidence novotvarů** dosahované v rámci Ústeckého kraje i jeho jednotlivých okresů mezi **mírně podprůměrné**, avšak z hlediska **úmrtnosti** na tuto onemocnění jsou již dosahované hodnoty **výrazně nadprůměrné**.

VYBRANÁ INFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ

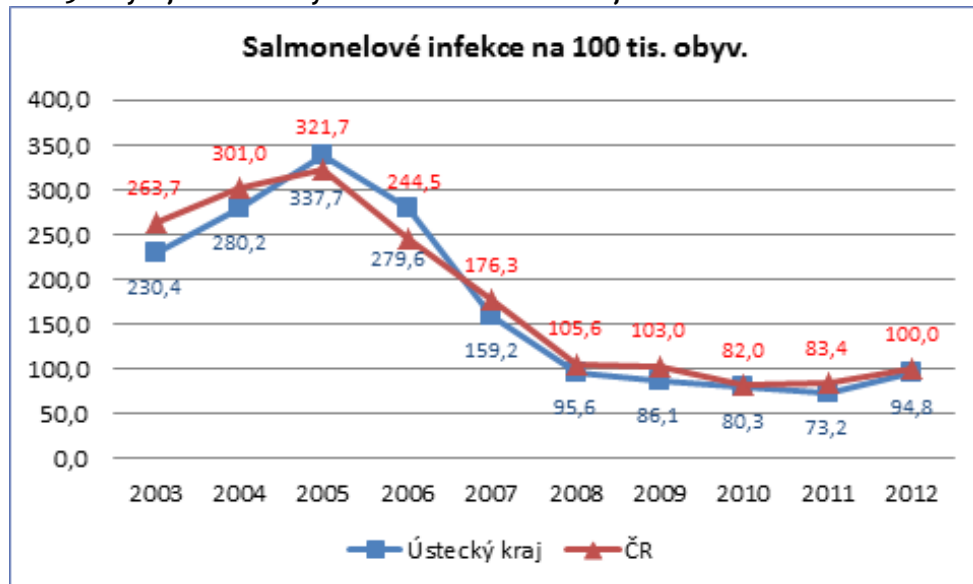
Infekční onemocnění mohou představovat závažné riziko ohrožení zdraví. Česká republika patří k zemím, kde se podařilo snížit výskyt řady závažných infekčních onemocnění a jejich incidence tak má většinou dlouhodobě klesající trend. Některé infekce jsou však typické značnými meziročními výkyvy (např. u virové klíšťové encefalitidy) jak dokumentují následující grafy:

Graf 50 – Vývoj vybraných infekčních onemocnění v Ústeckém kraji a ČR



Zdroj: ÚZIS – Infekční nemoci 2012, Zdravotnictví Ústeckého kraje 2003 - 2012

Graf 51 – Vývoj salmonelových infekcí v Ústeckém kraji a ČR

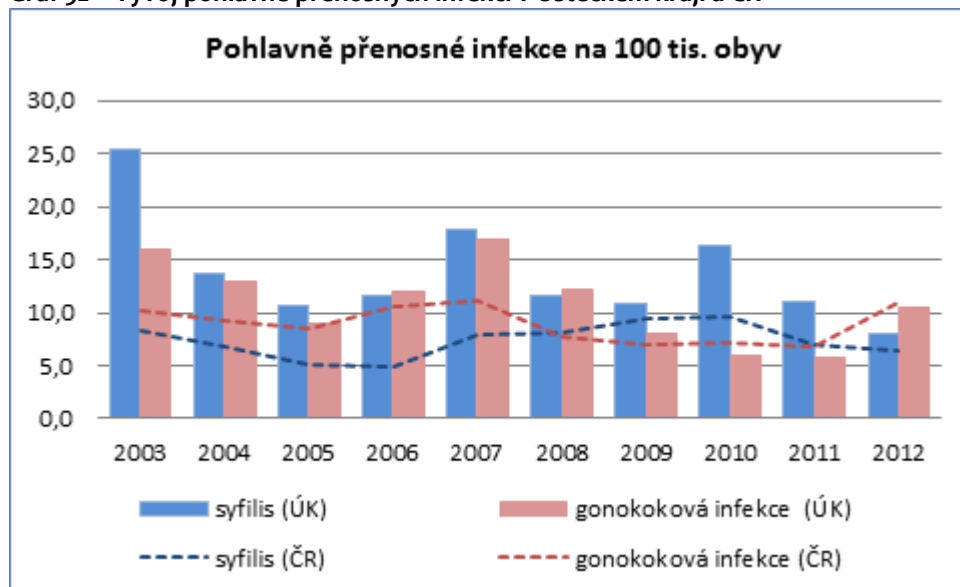


Zdroj: ÚZIS – Infekční nemoci 2012, Zdravotnictví Ústeckého kraje 2003 - 2012

U těchto infekčních onemocnění jsou dosahované hodnoty incidence pod průměrem ČR.

Další skupinu infekčních nemocí představují **pohlavně přenosné infekce**, v jejichž počtu zaujímá **Ústecký kraj dlouhodobě jedno z předních míst v ČR**. Pohlavně přenosné infekce zaznamenaly po roce 1990 dramatický vývoj mj. v souvislosti se zahraniční migrací. V poslední době se však incidence těchto onemocnění v kraji snížila na úroveň celorepublikových průměrů.

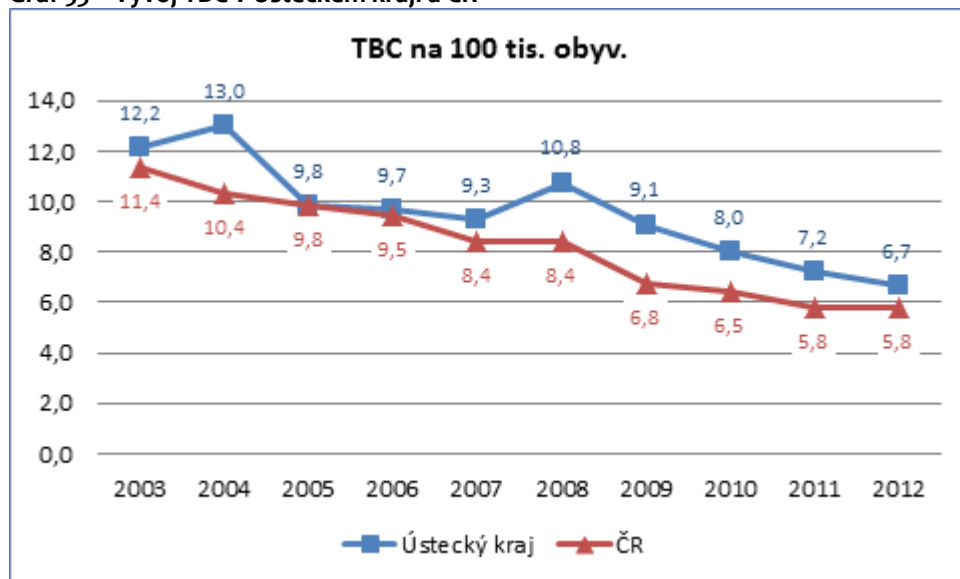
Graf 52 – Vývoj pohlavně přenosných infekcí v Ústeckém kraji a ČR



Zdroj: ÚZIS – Infekční nemoci 2012, Zdravotnictví Ústeckého kraje 2003 - 2012

Dalším závažným infekčním onemocněním je tuberkulóza (TBC).

Graf 53 – Vývoj TBC v Ústeckém kraji a ČR

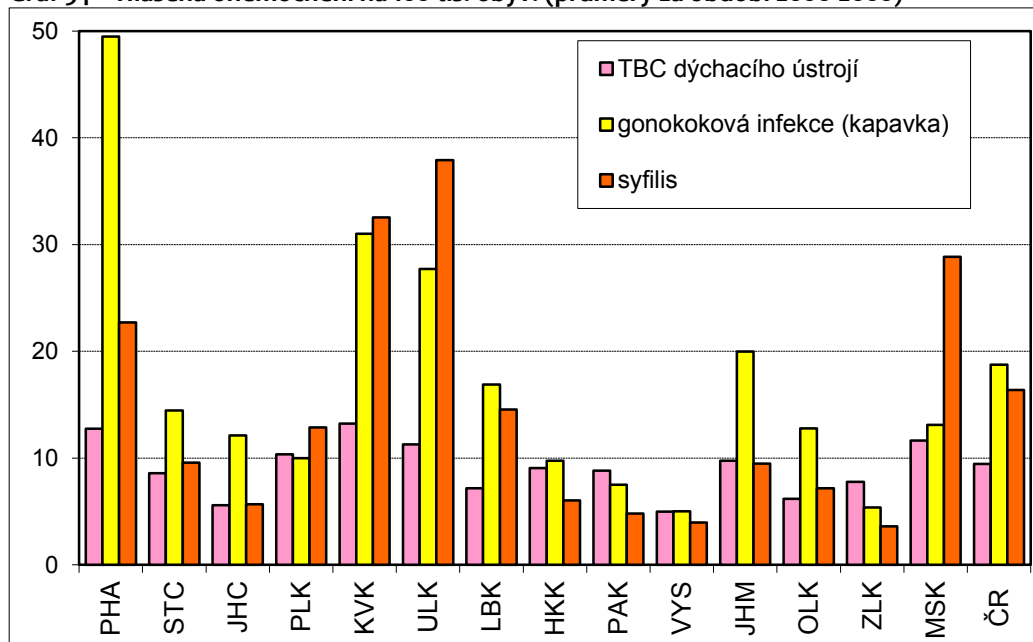


Zdroj: ÚZIS – Infekční nemoci 2012, Zdravotnictví Ústeckého kraje 2003 - 2012

TBC v celosvětovém představuje stále významnou hrozbu. Její zvýšený výskyt je možné očekávat i v souvislosti s větší migrací obyvatelstva. V České republice je problém s tuberkulózou sice celkem úspěšně zvládnán (o čemž svědčí i postupný pokles incidence), ale i přesto je nutné věnovat této nemoci neustálou pozornost. Vývoj v Ústeckém kraji odpovídá celorepublikovému trendu, přesto však dosahované hodnoty trvale **převyšují průměr za celou ČR**.

Následující graf ukazuje výrazné krajské rozdíly v incidenci TBC a pohlavně přenosných infekcí, které můžeme označit za **indikátory narušeného sociálního prostředí**. Ústecký kraj se řadí mezi kraje s **nejvyššími dosaženými hodnotami**.

Graf 54 – Hlášená onemocnění na 100 tis. obyv. (průměry za období 2000-2008)

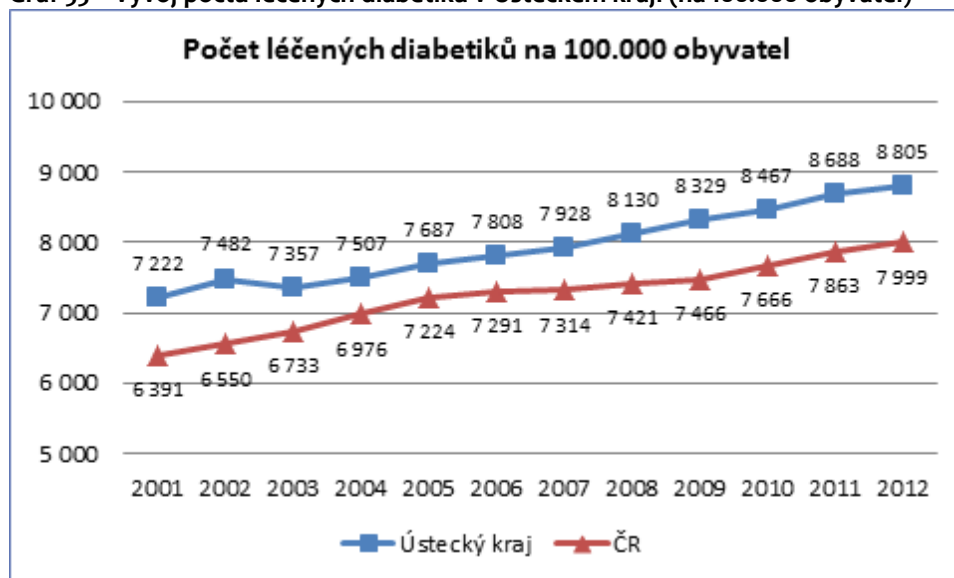


Zdroj: ÚZIS – Zdravotnictví v regionálním pohledu, 2011

DIABETES MELLITUS

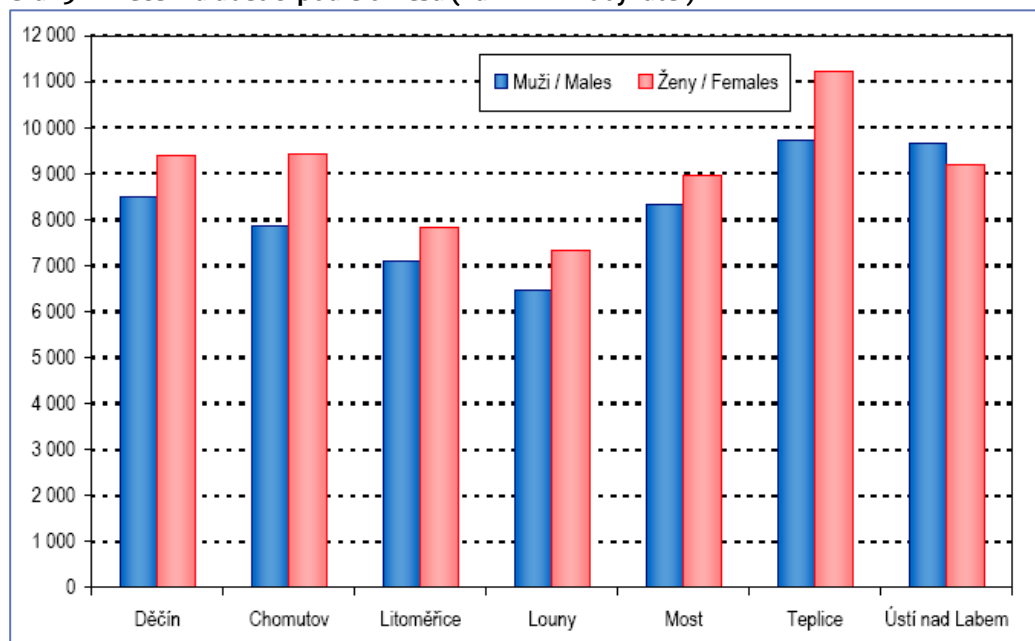
Diabetes mellitus představuje skupinu chronických onemocnění, která má různý mechanismus vzniku a projevuje se poruchou metabolismu cukrů, tuků a bílkovin. V důsledku těchto poruch dochází k rozvinutí komplikací, kde jsou postiženy cévy, oči, nervový systém, ledviny a dolní končetiny. V roce 2012 představují diabetici v Ústeckém kraji 8,8 % všech obyvatel.

Graf 55 – Vývoj počtu léčených diabetiků v Ústeckém kraji (na 100.000 obyvatel)



Zdroj: ÚZIS

Graf 56 – Léčení diabetici podle okresů (na 100.000 obyvatel)



Zdroj: ÚZIS – Diabetologie - činnost oboru v Ústeckém kraji v roce 2012

Počet léčených diabetiků každoročně **trvale roste a ve srovnání s celorepublikovým průměrem je v Ústeckém kraji vyšší**. Nejvyšší počet léčených diabetiků je v okrese Teplice, nejnižší pak v okrese Louny.

Z hlediska typu diabetu nejčastěji pacienti trpí diabetem II. typu, což tvoří téměř 94 % všech léčených osob, nejvíce těchto pacientů je v okrese Chomutov a Teplice (96 %).

DEMENCE

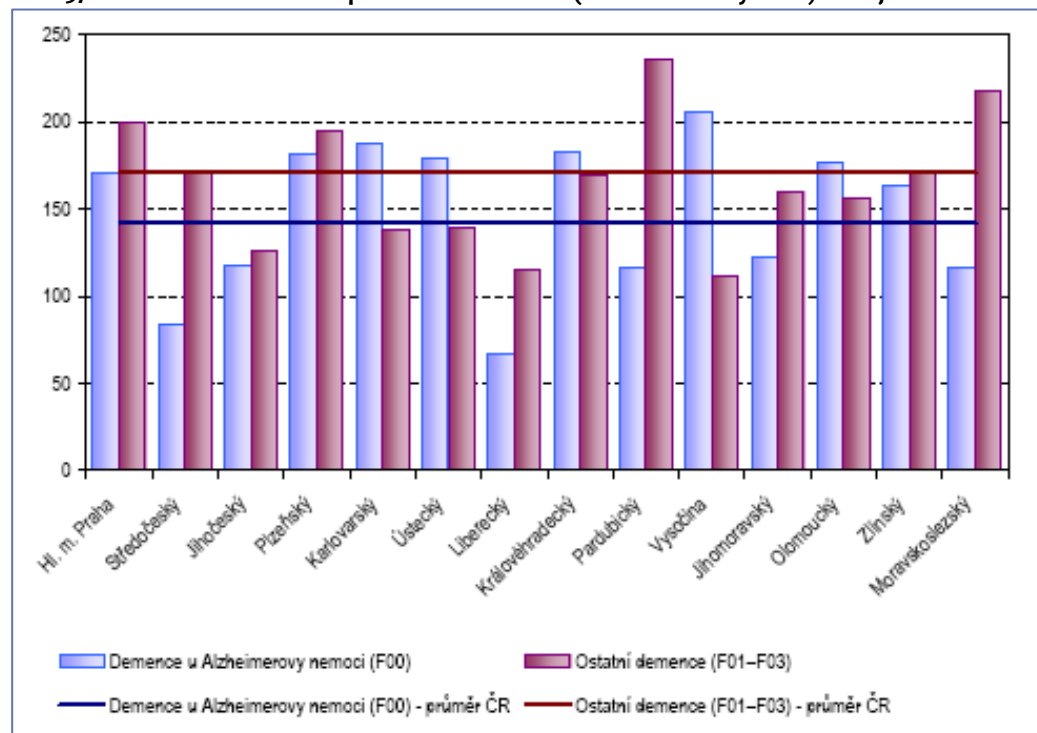
Podle WHO³ je demence chápána jako syndrom způsobený onemocněním mozku, většinou chronické a progresivní povahy, při kterém dochází k porušení vyšších mozkových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, chápání, počítání, učení, jazyka a úsudku. Vědomí přitom nebývá ovlivněno. Snížení kognitivních funkcí bývá obvykle doprovázeno zhoršením emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace, které mohou v některých případech zhoršení kognitivních funkcí předcházet. Tento syndrom se vyskytuje u velkého množství nemocí, které primárně nebo sekundárně postihují mozek.

Nejčastější formou demence je Alzheimerova choroba, která tvoří přibližně 60–70% všech případů demence. Ačkoliv demence postihuje zejména seniory, není to přirozená součást stárnutí. Podle různých odhadů 2–10 % všech případů demence začíná před dosažením věku 65 let. Prevalence demence v populaci nad 65 let se zhruba s každými dalšími pěti roky věku zdvojnásobuje. Potřeba dlouhodobé péče o lidi s demencí přináší značné nároky na zdravotnické a sociální systémy a rozpočty. Předpokládá se, že náklady na toto onemocnění přitom porostou rychleji než prevalence demence.

Od roku 2011 začal ÚZIS nově sledovat pacienty s diagnózou F00 - demence u Alzheimerovy nemoci a diagnózou F01–F03 - ostatní demence.

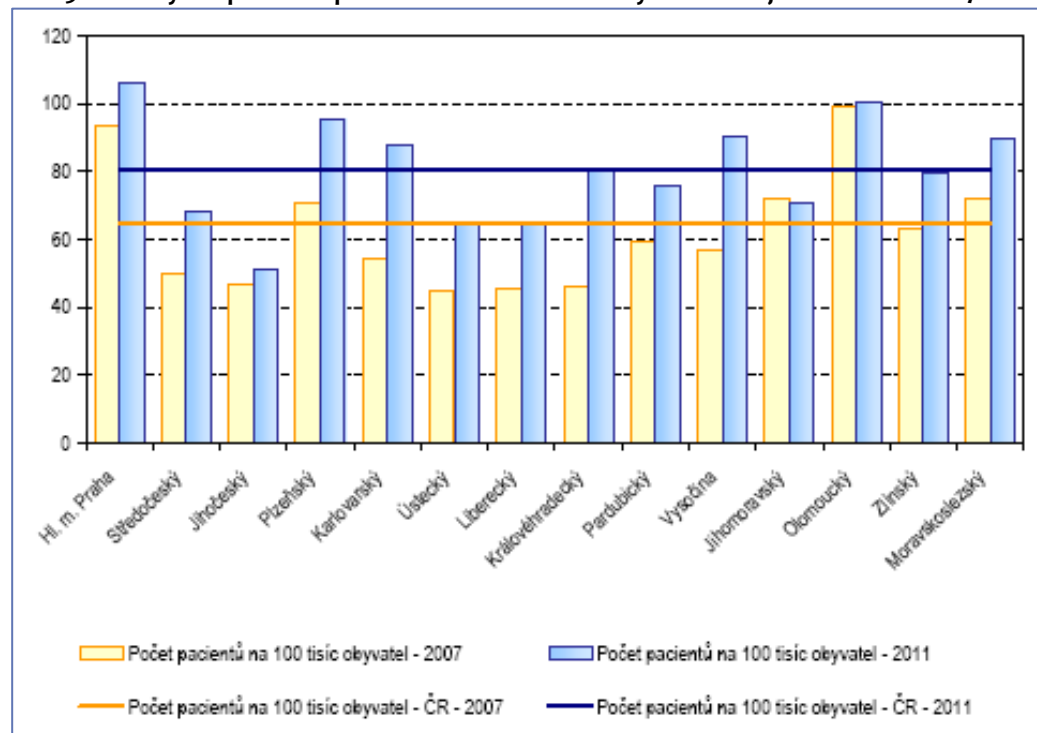
³ ÚZIS ČR, Demence: priorita pro systém zdravotnictví (zpráva WHO), 2012

Graf 57 – Počet ambulantních pacientů s demencí (na 100.000 obyvatel) v krajích ČR v roce 2011



Zdroj: ÚZIS – Péče o pacienty léčené pro demence v ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2007-2011

Graf 58 – Počty hospitalizací pro demence na 100 tis. obyvatel v krajích ČR v roce 2007 a 2011



Zdroj: ÚZIS – Péče o pacienty léčené pro demence v ambul. a lůžkových zařízeních ČR v letech 2007-2011

V roce 2011 bylo ambulantně léčeno s demencí u Alzheimerovy nemoci celkem 14 932 pacientů. Nejvíce pacientů (přepočteno na 100 tisíc obyvatel daného kraje) bylo léčeno ve zdravotnických zařízeních na území Kraje Vysočina, mezi další kraje, ve kterých byl přepočtený počet pacientů vyšší než průměr za ČR, byl i kraj Ústecký.

Pro ostatní demence bylo léčeno celkem 17.955 pacientů. Při přepočtu na 100 tisíc obyvatel daného kraje bylo nejvíce pacientů léčeno v zařízeních na území Pardubického kraje, **Ústecký kraj dosahuje v tomto ukazateli podprůměrných hodnot.**

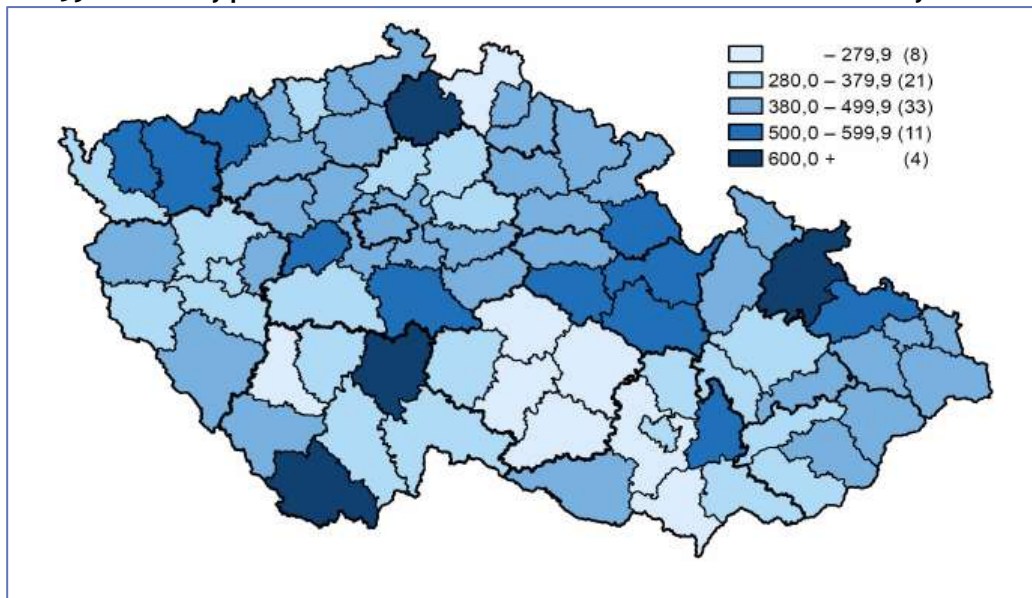
V letech 2007–2011 vzrostl celkový počet hospitalizací pro demence o více než čtvrtinu, z hlediska počtu hospitalizovaných na 100 tis. obyvatel dosahuje Ústecký kraj nejnižších hodnot v rámci celé ČR. Tento stav však spíše než s vlastním zdravotním stavem může souviset s lůžkovou kapacitou.

VROZENÉ VÝVOJOVÉ VADY

Vrozené vady jsou statisticky sledovány v Národním registru vrozených vad, kde jsou zpracovávány údaje o vrozených vadách u dětí narozených v daném kalendářním roce, které byly zjištěny do jednoho roku jejich věku. Aby bylo možné zahrnout všechny děti, i ty narozené koncem roku, u kterých se vrozená vada zjistí až těsně před prvními narozeninami, údaje jsou zveřejňovány s ročním zpožděním (v současné době jsou k dispozici údaje za rok 2011).

V roce 2011 se v České republice narodilo 4 794 dětí s vrozenou vadou, což představuje 441 narozených s vrozenou vadou na 10 000 živě narozených. Častěji se vrozené vady vyskytují u chlapců než u dívek. Nejčastějšími vrozenými vadami byly vrozené vady srdeční, u chlapců pak také vady pohlavních orgánů. **Nejvíce dětí s vrozenou vadou bylo v Pardubickém (576,1 na 10 tisíc živě narozených) a Ústeckém kraji (548,3 na 10 tisíc živě narozených).**

Graf 59 – Průměrný počet živě nar. dětí s vrozenou vadou na 10.000 živě narozených v obd. 2007-2011

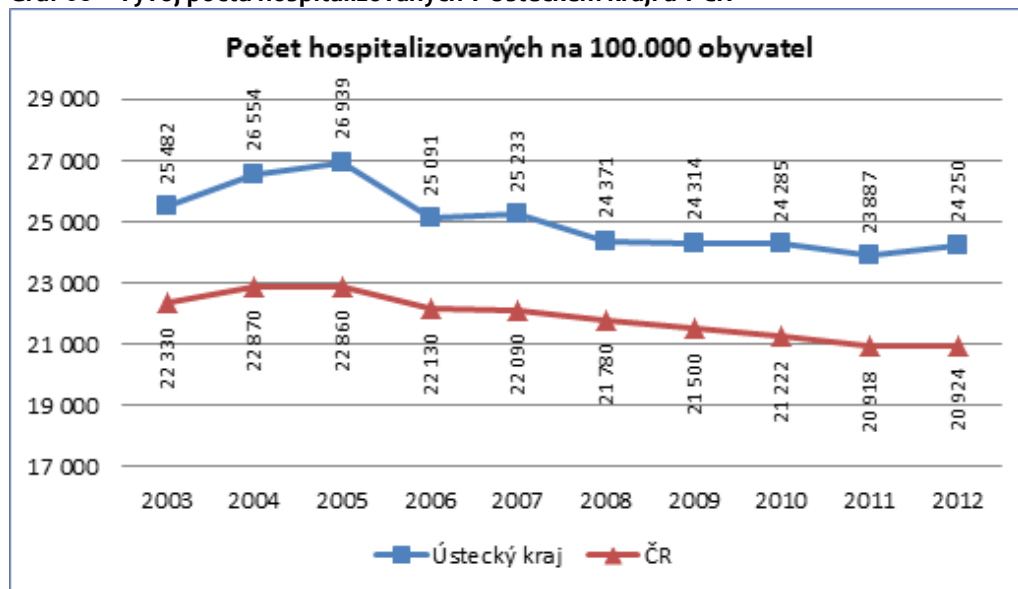


Zdroj: ÚZIS – Vrozené vady u narozených v roce 2011

HOSPITALIZACE

Nemocnost vyžadující hospitalizaci v lůžkových zdravotnických zařízeních je sledována Národním registrem hospitalizovaných (NRHOSP). Údaje o počtu hospitalizací na obyvatele (se zohledněním trvalého bydliště hospitalizovaného pacienta) vypovídají o intenzitě nemoci v jednotlivých regionech.

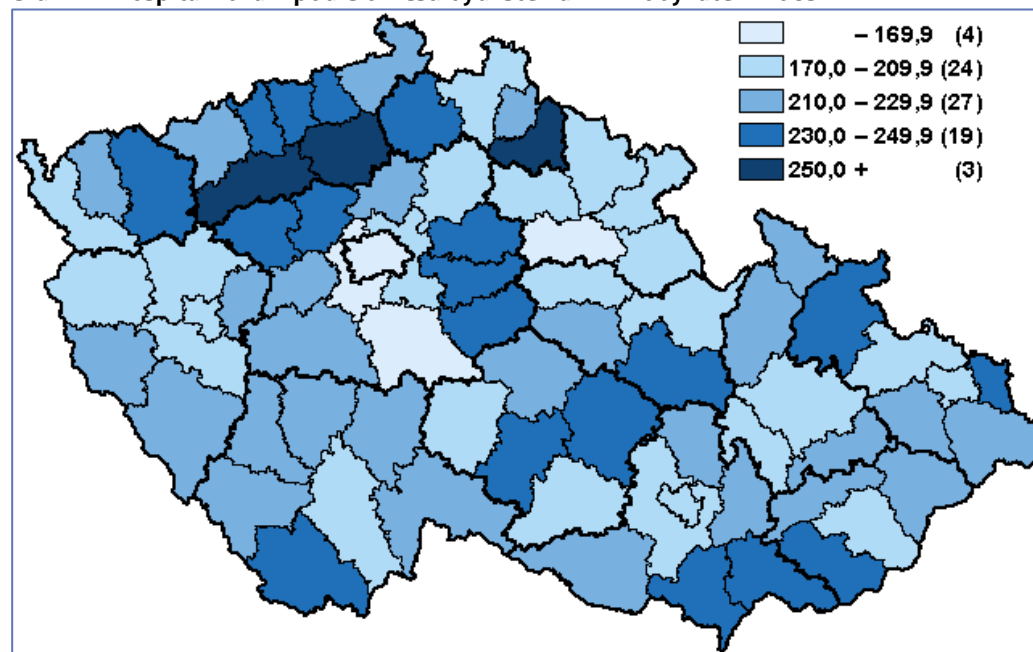
Graf 60 – Vývoj počtu hospitalizovaných v Ústeckém kraji a v ČR



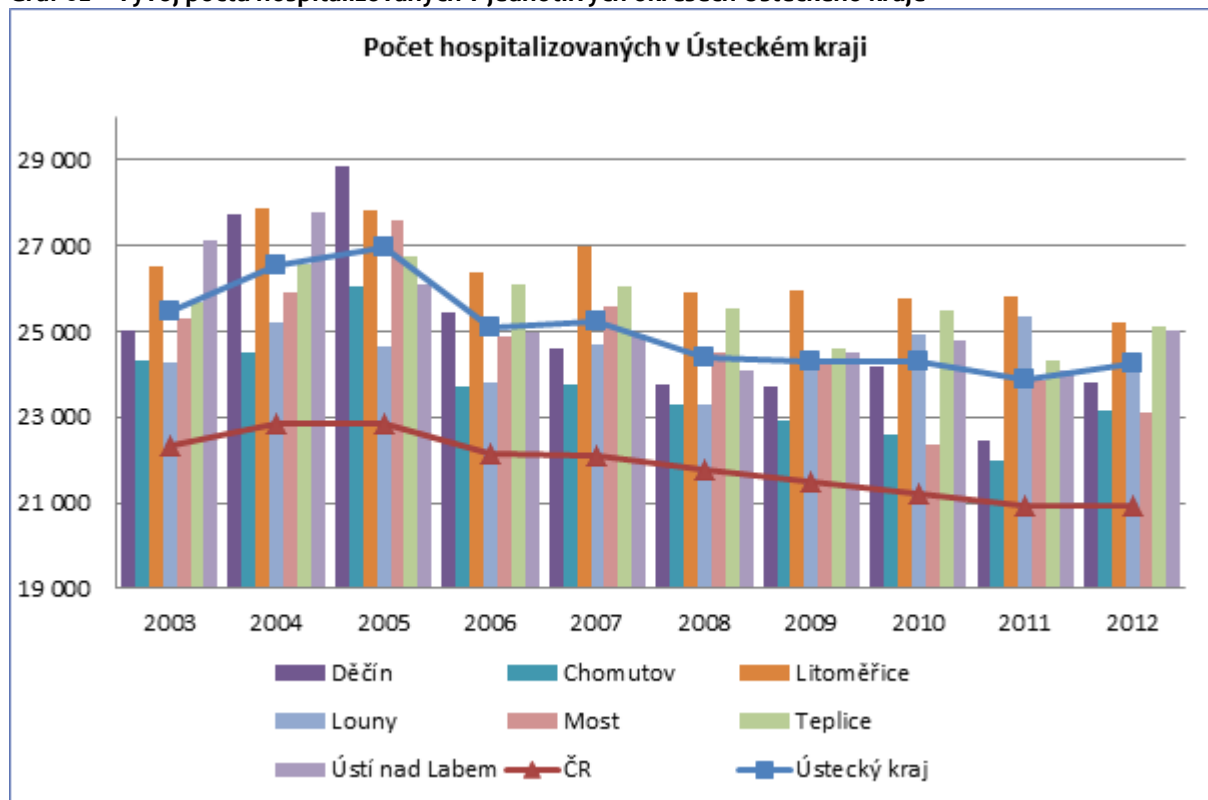
Zdroj: ÚZIS – Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2011

Počet hospitalizovaných v Ústeckém kraji trvale výrazně převyšuje průměr České republiky o cca 15% a dosahované hodnoty za kraj jako celek i jednotlivé okresy patří mezi nejvyšší v rámci celé ČR.

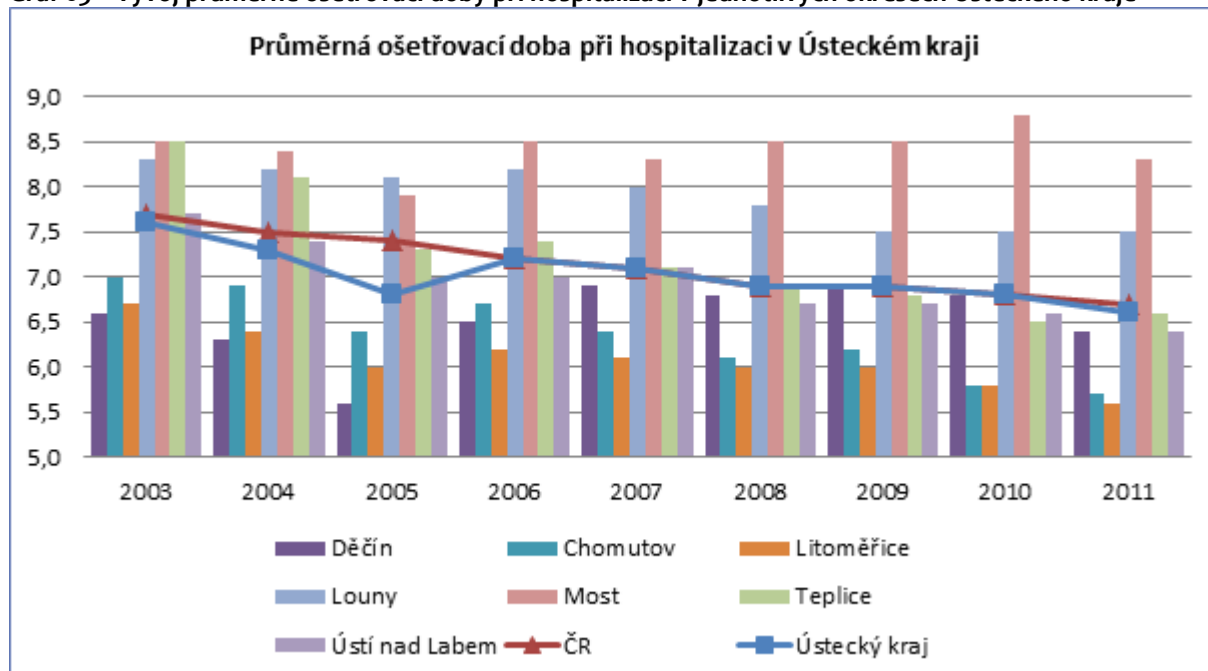
Graf 61 – Hospitalizovaní podle okresu bydliště na 1.000 obyvatel v roce 2011



Zdroj: ÚZIS – Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2011

Graf 62 – Vývoj počtu hospitalizovaných v jednotlivých okresech Ústeckého kraje

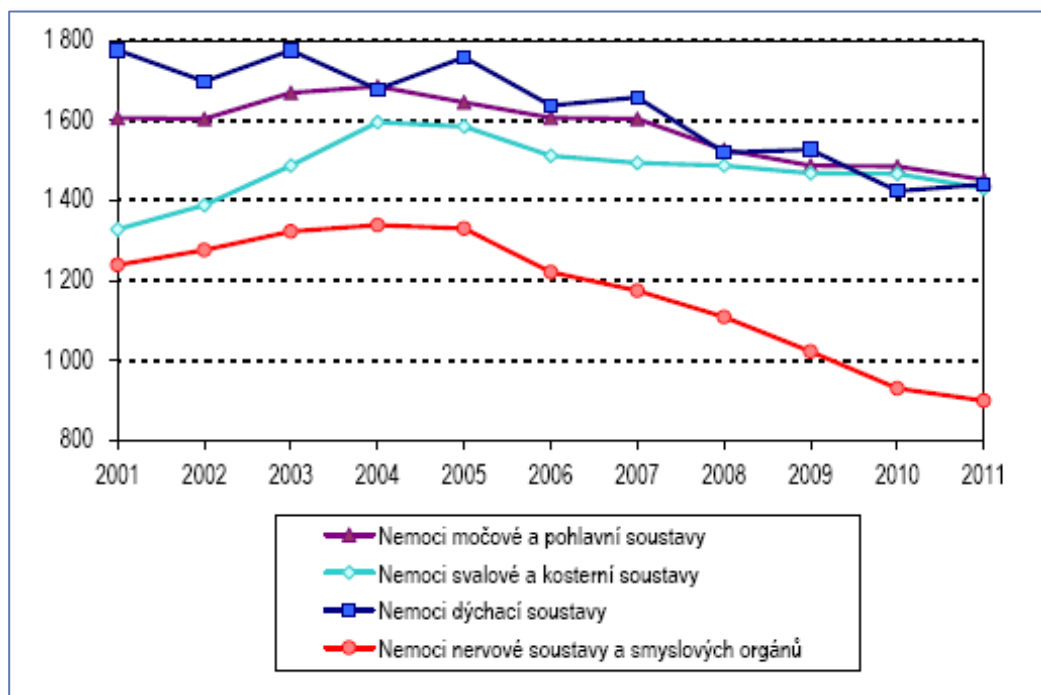
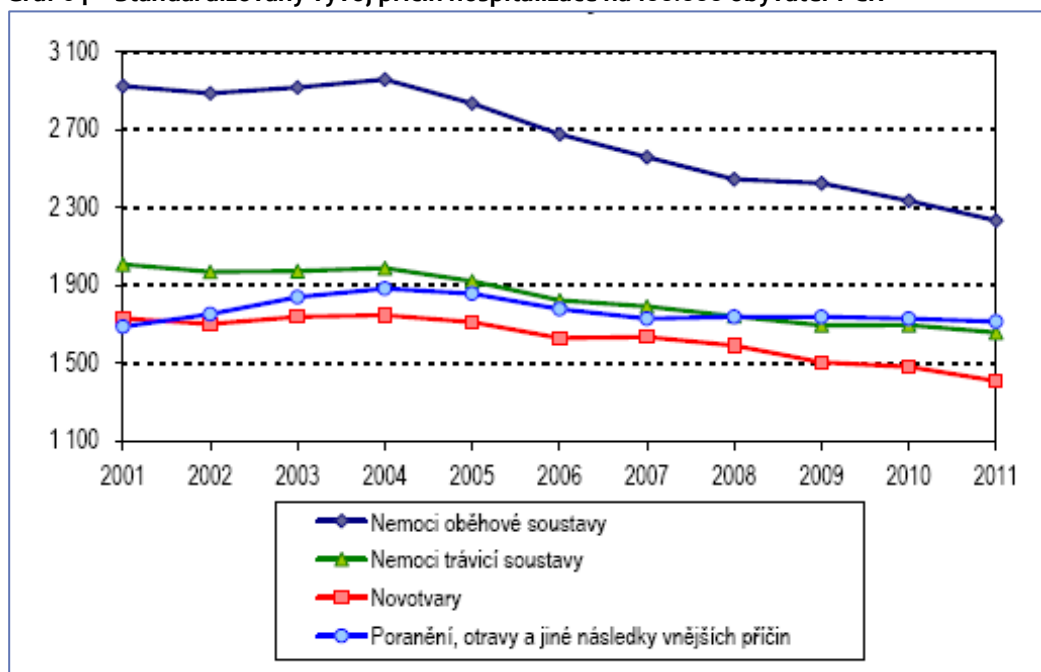
Zdroj: ÚZIS – Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2011

Graf 63 – Vývoj průměrné ošetrovací doby při hospitalizaci v jednotlivých okresech Ústeckého kraje

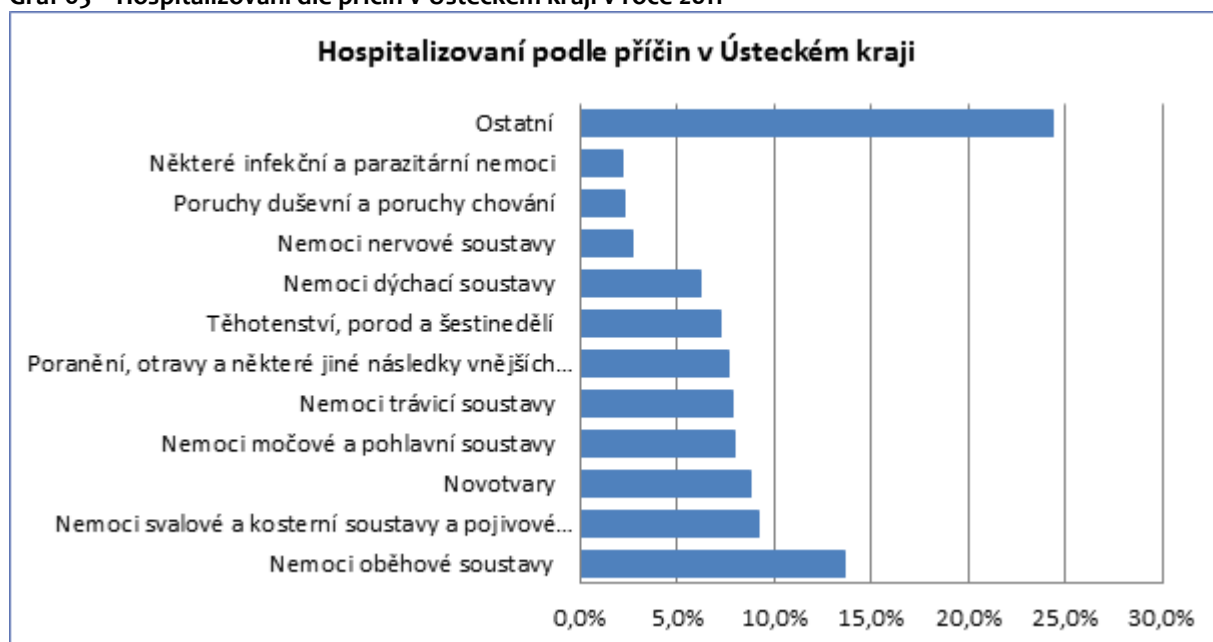
Zdroj: ÚZIS – Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2011

Trvale nejvyšší počet hospitalizovaných je v okresech Litoměřice a Teplice, nejdelší průměrná ošetrovací doba je pak trvale v okresech Most a Louny.

Graf 64 – Standardizovaný vývoj příčin hospitalizace na 100.000 obyvatel v ČR



Zdroj: ÚZIS – Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2011

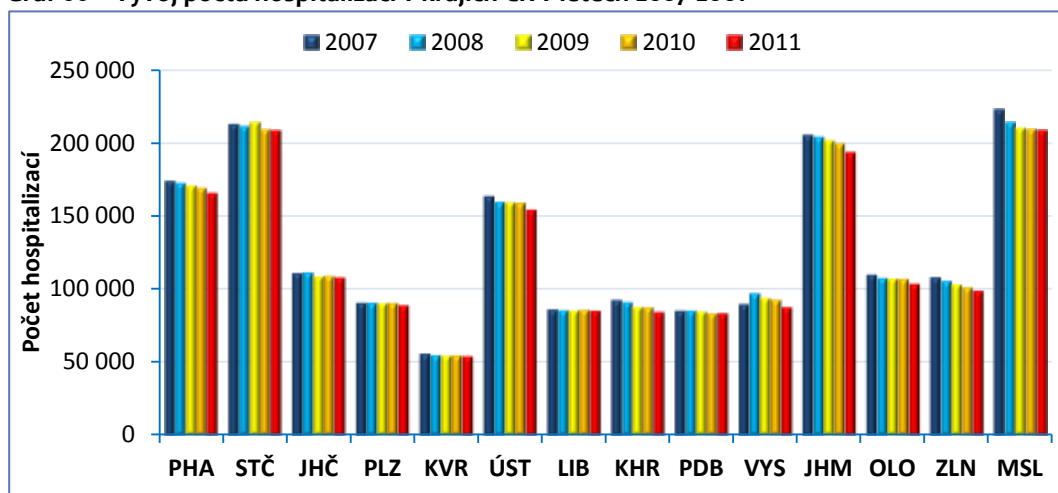
Graf 65 – Hospitalizovaní dle příčin v Ústeckém kraji v roce 2011

Zdroj: ÚZIS – Zdravotnická ročenka Ústeckého kraje 2011

Hlavní příčiny hospitalizace v Ústeckém kraji v roce 2011 a jejich podíly korelují s údaji za celou ČR.

Podrobnější analýza regionálních rozdílů u hlavních příčin hospitalizace je provedena dále na základě dat o hospitalizacích získaných z aplikace MZ ČR „Nemocnost a dostupnost zdravotní péče nemocnic v krajích ČR“ publikované v letošním roce na webových stránkách MZ ČR. Tato aplikace ukazuje, kam pacienti s kterou diagnózou migrují za lůžkovou péčí poskytovanou v rámci nemocnic ČR a jaké existují regionální rozdíly v nemocnosti.

Zdrojem dat pro tuto aplikaci je Národní registr hospitalizovaných (NRHOSP). Na rozdíl od běžně prezentovaných výstupů z NRHOSP, kde je statistická jednotka definována jako jeden ukončený případ hospitalizace na oddělení v daném roce, představují uvedené počty hospitalizací v aplikaci pobyty pacienta v jednom zdravotnickém zařízení poskytovatele akutní lůžkové péče. Jednotlivé ukončené navazující případy hospitalizace na odděleních byly pro účely této aplikace sloučeny do jednoho pobytu, přičemž určující diagnózou pro tento pobyt byla hlavní příčina první hospitalizace. Z důvodu eliminace krátkodobých výkyvů jsou dále analyzovány údaje o hospitalizacích v období 2007-2011.

Graf 66 – Vývoj počtu hospitalizací v krajích ČR v letech 2007-2011

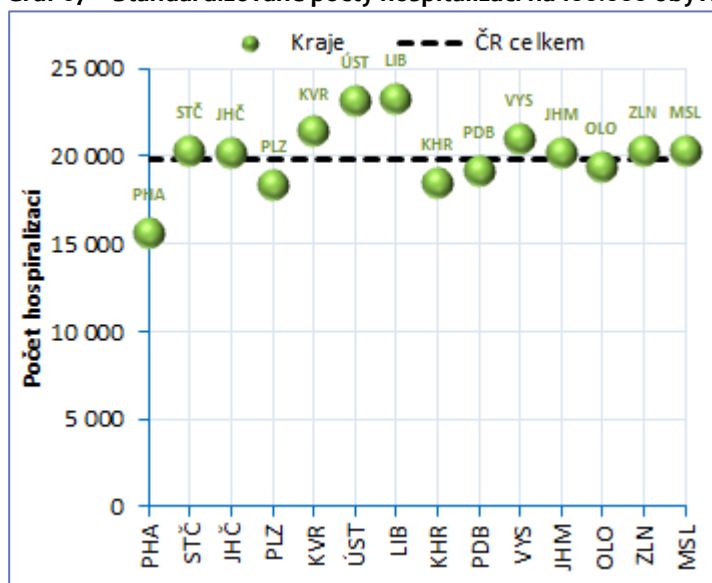
Zdroj: MZ ČR – Aplikace „Nemocnost a dostupnost zdravotní péče nemocnic v krajích ČR“

Tabulka 18 – Standardizované počty hospitalizací (průměr 2007-2011)

Kraj			Standard. počty hospitalizací (na 100 tis. obyvatel)		
kód	název	zkratka	muži	ženy	celkem
10	Praha	PHA	13 006,3	17 996,7	15 568,7
20	Středočeský kraj	STČ	16 950,1	23 519,2	20 323,1
31	Jihočeský kraj	JHČ	17 504,2	22 625,9	20 134,1
32	Plzeňský kraj	PLZ	15 507,7	21 077,2	18 367,5
41	Karlovarský kraj	KVR	18 075,0	24 499,6	21 373,9
42	Ústecký kraj	ÚST	19 353,5	26 666,3	23 108,4
51	Liberecký kraj	LIB	20 006,0	26 346,7	23 261,7
52	Královéhradecký kraj	KHR	15 670,7	21 023,1	18 419,0
53	Pardubický kraj	PDB	16 380,1	21 753,3	19 139,1
63	Kraj Vysočina	VYS	17 849,6	23 917,0	20 965,0
64	Jihomoravský kraj	JHM	17 444,7	22 741,7	20 164,5
71	Olomoucký kraj	OLO	16 695,4	21 991,2	19 414,6
72	Zlínský kraj	ZLN	17 334,0	23 054,4	20 271,3
80	Moravskoslezský kraj	MSL	17 669,0	22 768,5	20 287,4
ČR celkem			16 858,0	22 546,6	19 778,9

Zdroj: MZ ČR – Aplikace „Nemocnost a dostupnost zdravotní péče nemocnic v krajích ČR“

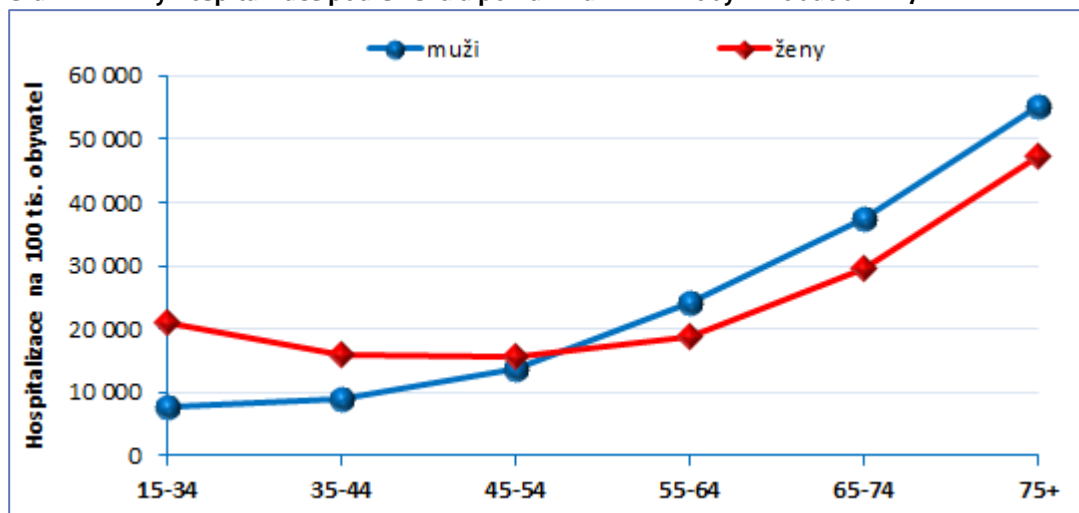
Graf 67 – Standardizované počty hospitalizací na 100.000 obyvatel (průměr 2007-2011)



Zdroj: MZ ČR – Aplikace „Nemocnost a dostupnost zdravotní péče nemocnic v krajích ČR“

Z údajů je zřejmá **vysoká míra hospitalizací** v Ústeckém kraji. Dosahované hodnoty u obou pohlaví trvale převyšují celorepublikové průměry a patří mezi **nejvyšší v rámci celé ČR**.

Graf 68 – Míry hospitalizace podle věku a pohlaví na 100.000 obyv. v období 2007-2011



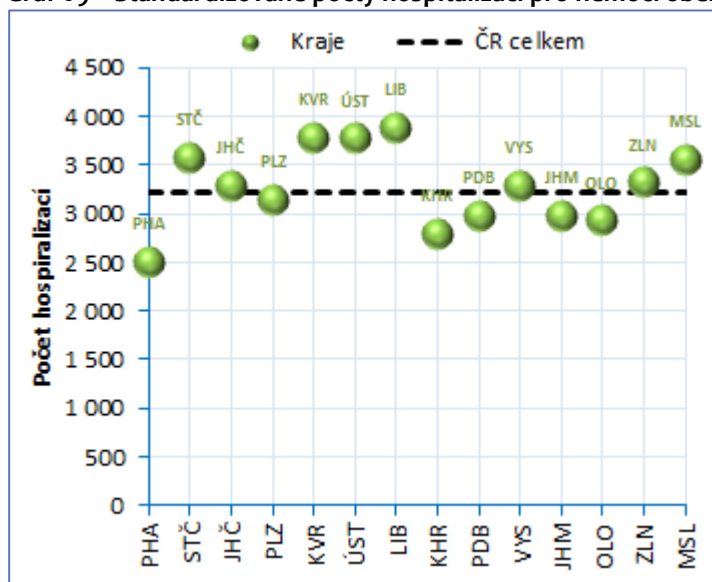
Zdroj: MZ ČR – Aplikace „Nemocnost a dostupnost zdravotní péče nemocnic v krajích ČR“

Z předchozího grafu je rovněž zřejmá **silná závislost míry hospitalizace na věku pacientů**.

Nemoci oběhové soustavy**Tabulka 19 – Standardizované počty hospitalizací pro nemoci oběhové soustavy (průměr 2007-2011)**

Kraj			Standard. počty hospitalizací (na 100 tis. obyvatel)		
kód	název	zkratka	muži	ženy	celkem
10	Praha	PHA	2 756,8	2 265,6	2 504,6
20	Středočeský kraj	STČ	3 842,4	3 325,1	3 576,8
31	Jihočeský kraj	JHČ	3 549,3	3 041,8	3 288,7
32	Plzeňský kraj	PLZ	3 394,2	2 901,1	3 141,0
41	Karlovarský kraj	KVR	4 205,0	3 355,0	3 768,6
42	Ústecký kraj	ÚST	4 119,4	3 426,2	3 763,5
51	Liberecký kraj	LIB	4 252,6	3 520,4	3 876,6
52	Královéhradecký kraj	KHR	3 064,7	2 517,9	2 784,0
53	Pardubický kraj	PDB	3 301,1	2 650,9	2 967,3
63	Kraj Vysočina	VYS	3 458,5	3 121,5	3 285,5
64	Jihomoravský kraj	JHM	3 149,1	2 804,5	2 972,1
71	Olomoucký kraj	OLO	3 241,3	2 618,5	2 921,5
72	Zlínský kraj	ZLN	3 554,6	3 081,5	3 311,7
80	Moravskoslezský kraj	MSL	3 876,5	3 232,1	3 545,6
ČR celkem			3 499,9	2 952,7	3 218,9

Zdroj: MZ ČR – Aplikace „Nemocnost a dostupnost zdravotní péče nemocnic v krajích ČR“

Graf 69 – Standardizované počty hospitalizací pro nemoci oběhové soustavy (průměr 2007-2011)

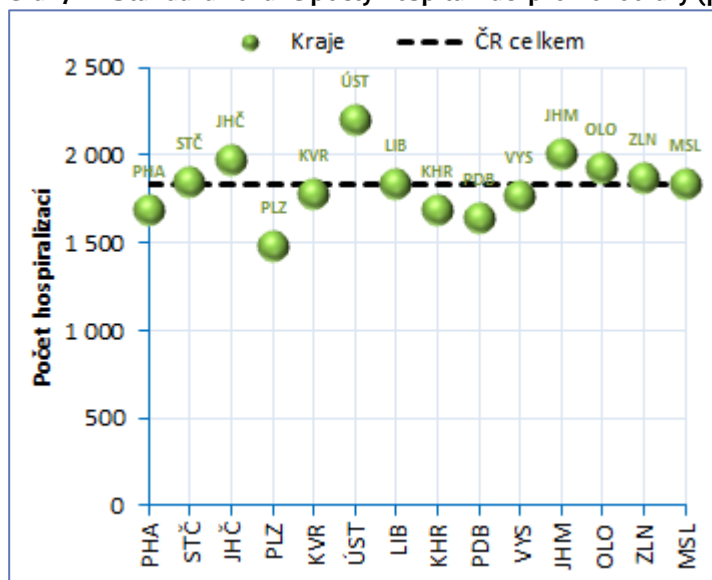
Zdroj: MZ ČR – Aplikace „Nemocnost a dostupnost zdravotní péče nemocnic v krajích ČR“

V této skupině nemocí, která je nejčastější příčinou hospitalizací, dosahované hodnoty u obou pohlaví trvale **převyšují celorepublikové průměry a patří mezi nejvyšší v rámci celé ČR** (u mužů 3. nejvyšší hodnota, u žen 2. nejvyšší hodnota).

Novotvary**Tabulka 20 – Standardizované počty hospitalizací pro novotvary (průměr 2007-2011)**

Kraj			Standard. počty hospitalizací (na 100 tis. obyvatel)		
kód	název	zkratka	muži	ženy	celkem
10	Praha	PHA	1 578,7	1 794,8	1 689,6
20	Středočeský kraj	STČ	1 796,9	1 884,0	1 841,6
31	Jihočeský kraj	JHČ	2 132,9	1 816,0	1 970,2
32	Plzeňský kraj	PLZ	1 364,0	1 590,6	1 480,4
41	Karlovarský kraj	KVR	1 703,0	1 840,7	1 773,7
42	Ústecký kraj	ÚST	2 172,5	2 220,5	2 197,1
51	Liberecký kraj	LIB	1 838,5	1 835,6	1 837,0
52	Královéhradecký kraj	KHR	1 714,2	1 660,5	1 686,7
53	Pardubický kraj	PDB	1 696,0	1 589,7	1 641,4
63	Kraj Vysočina	VYS	1 798,7	1 729,7	1 763,3
64	Jihomoravský kraj	JHM	2 019,1	1 999,5	2 009,0
71	Olomoucký kraj	OLO	1 932,3	1 919,8	1 925,9
72	Zlínský kraj	ZLN	1 894,9	1 845,8	1 869,7
80	Moravskoslezský kraj	MSL	1 884,7	1 786,8	1 834,4
ČR celkem			1 833,0	1 843,0	1 838,2

Zdroj: MZ ČR – Aplikace „Nemocnost a dostupnost zdravotní péče nemocnic v krajích ČR“

Graf 70 – Standardizované počty hospitalizací pro novotvary (průměr 2007-2011)

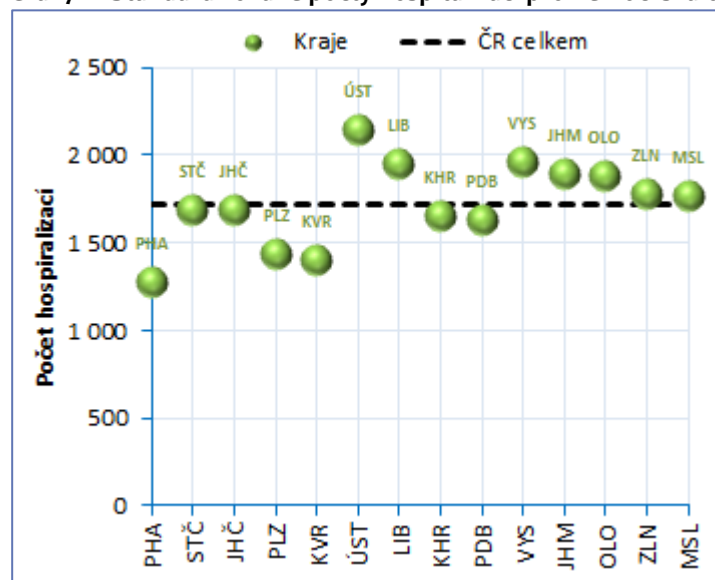
Zdroj: MZ ČR – Aplikace „Nemocnost a dostupnost zdravotní péče nemocnic v krajích ČR“

Ve skupině novotvarů jsou dosahované hodnoty u obou pohlaví **nejvyšší v rámci celé ČR**.

Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně**Tabulka 21 – Standardizované počty hospitalizací pro nemoci svalové ... (průměr 2007-2011)**

Kraj			Standard. počty hospitalizací (na 100 tis. obyvatel)		
kód	název	zkratka	muži	ženy	celkem
10	Praha	PHA	1 152,0	1 395,0	1 276,8
20	Středočeský kraj	STČ	1 528,0	1 829,7	1 682,9
31	Jihočeský kraj	JHČ	1 589,3	1 774,1	1 684,2
32	Plzeňský kraj	PLZ	1 391,3	1 473,5	1 433,5
41	Karlovarský kraj	KVR	1 327,5	1 476,0	1 403,8
42	Ústecký kraj	ÚST	1 901,3	2 375,8	2 145,0
51	Liberecký kraj	LIB	1 754,6	2 130,3	1 947,5
52	Královéhradecký kraj	KHR	1 465,5	1 821,9	1 648,5
53	Pardubický kraj	PDB	1 488,3	1 763,6	1 629,6
63	Kraj Vysočina	VYS	1 799,3	2 105,0	1 956,3
64	Jihomoravský kraj	JHM	1 690,5	2 082,0	1 891,5
71	Olomoucký kraj	OLO	1 774,2	1 981,1	1 880,5
72	Zlínský kraj	ZLN	1 694,9	1 847,3	1 773,1
80	Moravskoslezský kraj	MSL	1 508,0	2 007,5	1 764,5
ČR celkem			1 560,2	1 867,9	1 718,2

Zdroj: MZ ČR – Aplikace „Nemocnost a dostupnost zdravotní péče nemocnic v krajích ČR“

Graf 71 – Standardizované počty hospitalizací pro nemoci svalové ... (průměr 2007-2011)

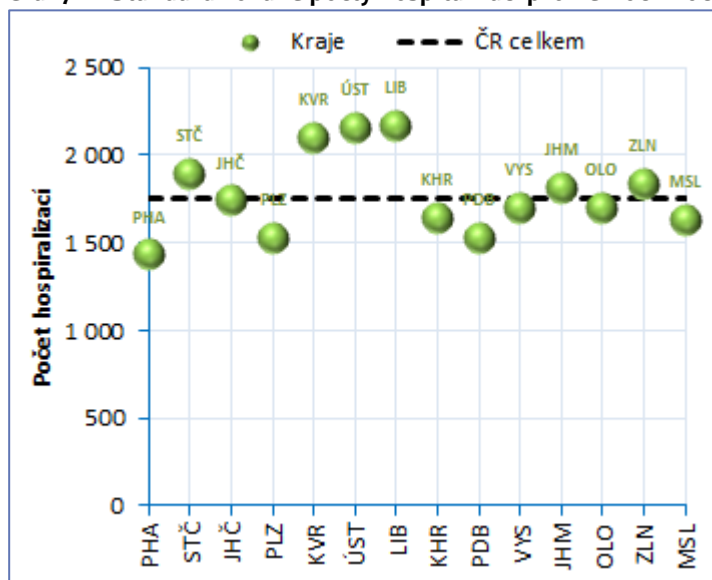
Zdroj: MZ ČR – Aplikace „Nemocnost a dostupnost zdravotní péče nemocnic v krajích ČR“

I v této skupině jsou dosahované hodnoty u obou pohlaví **nejvyšší v rámci celé ČR.**

Močové a pohlavní nemoci**Tabulka 22 – Standardizované počty hospitalizací pro nemoci močové a pohlavní (průměr 2007-2011)**

Kraj			Standard. počty hospitalizací (na 100 tis. obyvatel)		
kód	název	zkratka	muži	ženy	celkem
10	Praha	PHA	791,0	2 033,3	1 428,9
20	Středočeský kraj	STČ	1 082,6	2 647,6	1 886,2
31	Jihočeský kraj	JHČ	1 233,7	2 214,4	1 737,2
32	Plzeňský kraj	PLZ	823,5	2 182,1	1 521,1
41	Karlovarský kraj	KVR	1 314,9	2 842,1	2 099,1
42	Ústecký kraj	ÚST	1 464,3	2 814,7	2 157,7
51	Liberecký kraj	LIB	1 318,8	2 966,5	2 164,8
52	Královéhradecký kraj	KHR	1 086,9	2 162,4	1 639,1
53	Pardubický kraj	PDB	970,3	2 046,1	1 522,7
63	Kraj Vysočina	VYS	1 120,1	2 251,3	1 700,9
64	Jihomoravský kraj	JHM	1 135,4	2 451,9	1 811,4
71	Olomoucký kraj	OLO	1 074,2	2 293,8	1 700,5
72	Zlínský kraj	ZLN	1 079,0	2 556,7	1 837,8
80	Moravskoslezský kraj	MSL	1 134,0	2 103,9	1 632,0
ČR celkem			1 095,6	2 366,1	1 748,0

Zdroj: MZ ČR – Aplikace „Nemocnost a dostupnost zdravotní péče nemocnic v krajích ČR“

Graf 72 – Standardizované počty hospitalizací pro nemoci močové a pohlavní (průměr 2007-2011)

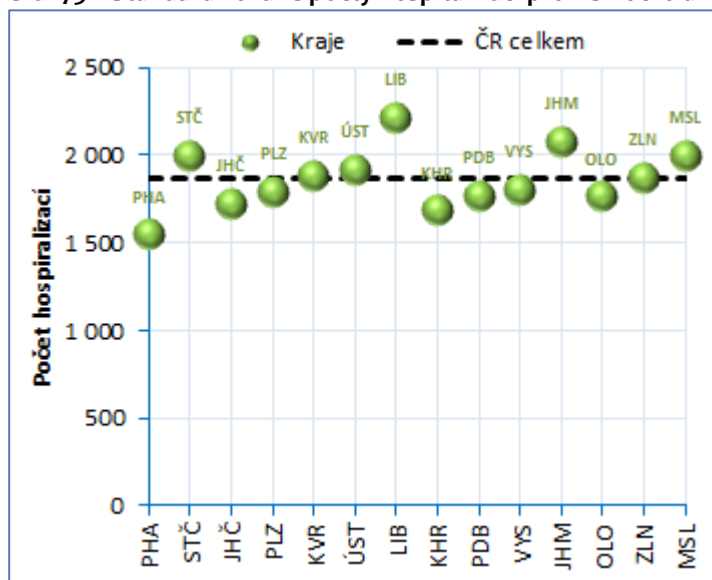
Zdroj: MZ ČR – Aplikace „Nemocnost a dostupnost zdravotní péče nemocnic v krajích ČR“

V této skupině jsou dosahované hodnoty **u mužů nejvyšší v rámci celé ČR, u žen pak 3. nejvyšší.**

Nemoci trávicí soustavy**Tabulka 23 – Standardizované počty hospitalizací pro nemoci trávicí soustavy (průměr 2007-2011)**

Kraj			Standard. počty hospitalizací (na 100 tis. obyvatel)		
kód	název	zkratka	muži	ženy	celkem
10	Praha	PHA	1 637,1	1 452,8	1 542,5
20	Středočeský kraj	STČ	2 004,5	1 993,0	1 998,6
31	Jihočeský kraj	JHČ	1 780,6	1 661,5	1 719,4
32	Plzeňský kraj	PLZ	1 816,1	1 770,4	1 792,7
41	Karlovarský kraj	KVR	1 905,4	1 863,0	1 883,6
42	Ústecký kraj	ÚST	1 906,2	1 920,4	1 913,5
51	Liberecký kraj	LIB	2 284,7	2 144,7	2 212,8
52	Královéhradecký kraj	KHR	1 749,0	1 614,5	1 679,9
53	Pardubický kraj	PDB	1 864,3	1 671,8	1 765,4
63	Kraj Vysočina	VYS	1 865,1	1 742,1	1 801,9
64	Jihomoravský kraj	JHM	2 113,7	2 045,1	2 078,5
71	Olomoucký kraj	OLO	1 851,8	1 672,5	1 759,7
72	Zlínský kraj	ZLN	1 982,7	1 764,9	1 870,8
80	Moravskoslezský kraj	MSL	2 040,9	1 952,5	1 995,5
ČR celkem			1 915,3	1 811,2	1 861,8

Zdroj: MZ ČR – Aplikace „Nemocnost a dostupnost zdravotní péče nemocnic v krajích ČR“

Graf 73 – Standardizované počty hospitalizací pro nemoci trávicí soustavy (průměr 2007-2011)

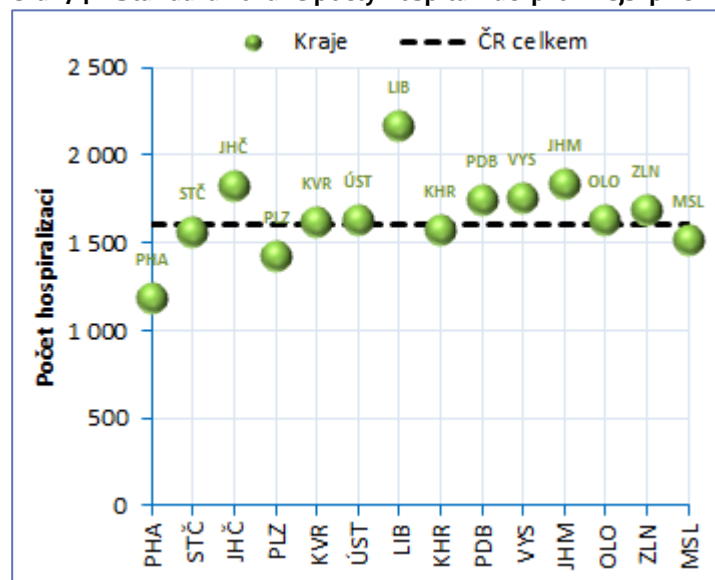
Zdroj: MZ ČR – Aplikace „Nemocnost a dostupnost zdravotní péče nemocnic v krajích ČR“

V této skupině jsou dosahované hodnoty u obou pohlaví na úrovni celorepublikového průměru.

Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin**Tabulka 24 – Standardizované počty hospitalizací pro vnější příčiny (průměr 2007-2011)**

Kraj			Standard. počty hospitalizací (na 100 tis. obyvatel)		
kód	název	zkratka	muži	ženy	celkem
10	Praha	PHA	1 326,2	1 054,8	1 186,8
20	Středočeský kraj	STČ	1 827,4	1 301,3	1 557,3
31	Jihočeský kraj	JHČ	2 195,7	1 462,3	1 819,1
32	Plzeňský kraj	PLZ	1 663,4	1 194,9	1 422,8
41	Karlovarský kraj	KVR	1 926,1	1 316,6	1 613,2
42	Ústecký kraj	ÚST	1 918,2	1 349,0	1 625,9
51	Liberecký kraj	LIB	2 546,3	1 803,0	2 164,6
52	Královéhradecký kraj	KHR	1 822,0	1 336,1	1 572,5
53	Pardubický kraj	PDB	2 084,5	1 423,3	1 745,0
63	Kraj Vysočina	VYS	2 121,3	1 400,3	1 751,1
64	Jihomoravský kraj	JHM	2 168,1	1 509,4	1 829,9
71	Olomoucký kraj	OLO	1 991,3	1 279,4	1 625,7
72	Zlínský kraj	ZLN	2 108,6	1 282,7	1 684,5
80	Moravskoslezský kraj	MSL	1 817,8	1 218,6	1 510,1
ČR celkem			1 909,4	1 322,4	1 608,0

Zdroj: MZ ČR – Aplikace „Nemocnost a dostupnost zdravotní péče nemocnic v krajích ČR“

Graf 74 – Standardizované počty hospitalizací pro vnější příčiny (průměr 2007-2011)

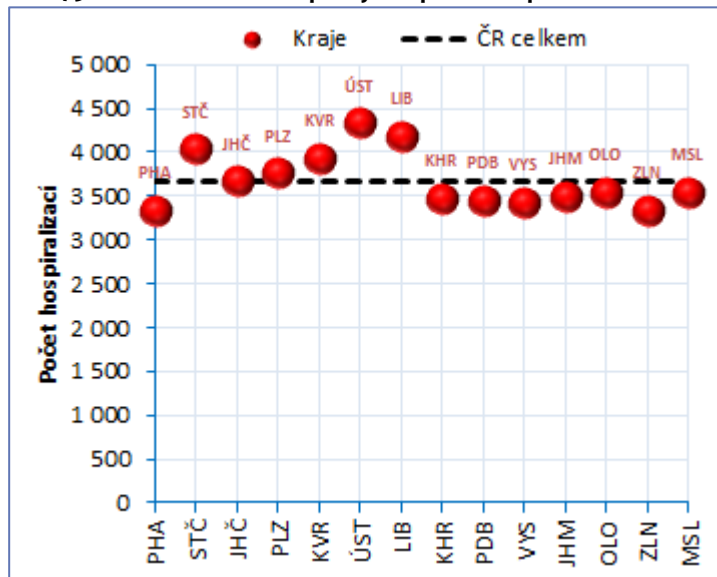
Zdroj: MZ ČR – Aplikace „Nemocnost a dostupnost zdravotní péče nemocnic v krajích ČR“

V této skupině jsou dosahované hodnoty u obou pohlaví na úrovni celorepublikového průměru.

Těhotenství, porod a šestinedělí**Tabulka 25 – Standardizované počty hospitalizací pro těhotenství a porod (průměr 2007-2011)**

Kraj			Standard. počty hospitalizací (na 100 tis. obyvatel)		
kód	název	zkratka	muži	ženy	celkem
10	Praha	PHA	-	3 319,3	1 704,4
20	Středočeský kraj	STČ	-	4 021,3	2 064,8
31	Jihočeský kraj	JHČ	-	3 657,8	1 878,1
32	Plzeňský kraj	PLZ	-	3 748,3	1 924,6
41	Karlovarský kraj	KVR	-	3 923,6	2 014,7
42	Ústecký kraj	ÚST	-	4 317,7	2 217,0
51	Liberecký kraj	LIB	-	4 166,3	2 139,2
52	Královéhradecký kraj	KHR	-	3 456,5	1 774,8
53	Pardubický kraj	PDB	-	3 441,8	1 767,3
63	Kraj Vysočina	VYS	-	3 418,9	1 755,5
64	Jihomoravský kraj	JHM	-	3 489,0	1 791,5
71	Olomoucký kraj	OLO	-	3 533,3	1 814,2
72	Zlínský kraj	ZLN	-	3 334,4	1 712,1
80	Moravskoslezský kraj	MSL	-	3 534,8	1 815,0
ČR celkem			-	3 655,2	1 876,8

Zdroj: MZ ČR – Aplikace „Nemocnost a dostupnost zdravotní péče nemocnic v krajích ČR“

Graf 75 – Standardizované počty hospitalizací pro těhotenství a porod (průměr 2007-2011)

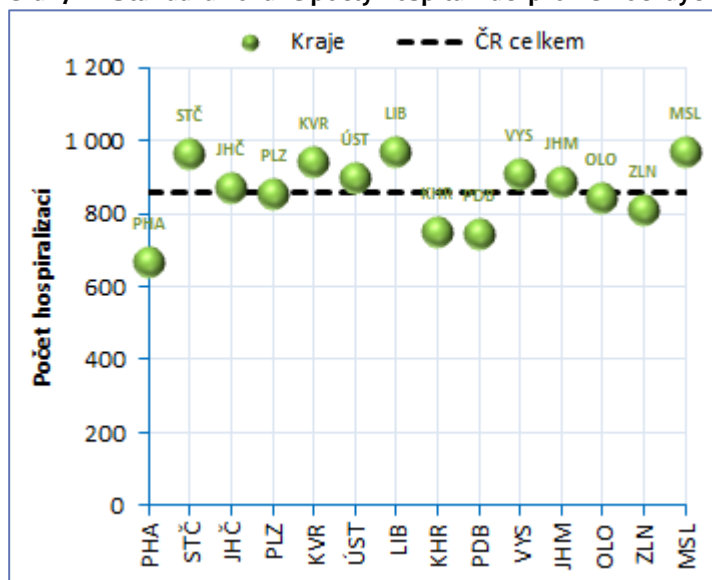
Zdroj: MZ ČR – Aplikace „Nemocnost a dostupnost zdravotní péče nemocnic v krajích ČR“

V této skupině jsou dosahované hodnoty **nejvyšší v rámci celé ČR.**

Nemoci dýchací soustavy**Tabulka 26 – Standardizované počty hospitalizací pro nemoci dýchací soustavy (průměr 2007-2011)**

Kraj			Standard. počty hospitalizací (na 100 tis. obyvatel)		
kód	název	zkratka	muži	ženy	celkem
10	Praha	PHA	741,9	591,9	664,9
20	Středočeský kraj	STČ	1 073,0	856,9	962,0
31	Jihočeský kraj	JHČ	961,8	777,7	867,3
32	Plzeňský kraj	PLZ	945,3	768,7	854,6
41	Karlovarský kraj	KVR	1 033,4	855,0	941,8
42	Ústecký kraj	ÚST	1 002,2	801,3	899,0
51	Liberecký kraj	LIB	1 068,2	868,9	965,8
52	Královéhradecký kraj	KHR	865,1	641,2	750,1
53	Pardubický kraj	PDB	825,4	661,6	741,3
63	Kraj Vysočina	VYS	1 005,8	816,9	908,8
64	Jihomoravský kraj	JHM	973,3	803,9	886,3
71	Olomoucký kraj	OLO	960,2	725,8	839,8
72	Zlínský kraj	ZLN	910,0	714,6	809,7
80	Moravskoslezský kraj	MSL	1 106,1	837,7	968,3
ČR celkem			961,0	763,0	859,3

Zdroj: MZ ČR – Aplikace „Nemocnost a dostupnost zdravotní péče nemocnic v krajích ČR“

Graf 76 – Standardizované počty hospitalizací pro nemoci dýchací soustavy (průměr 2007-2011)

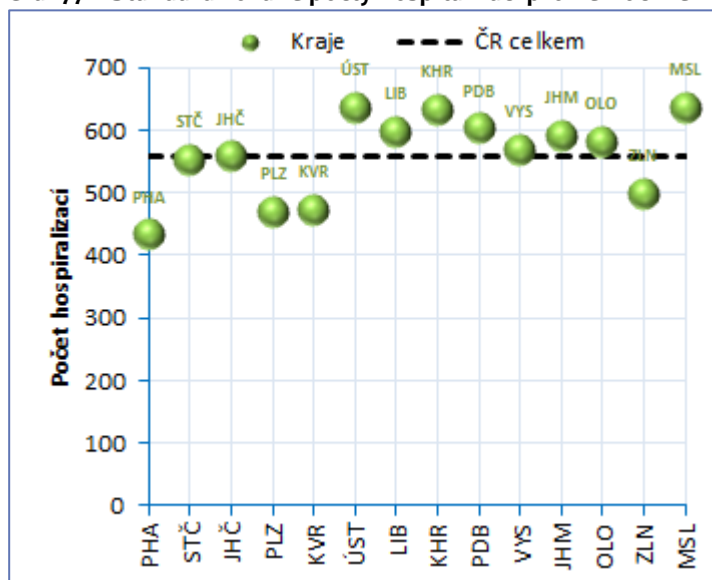
Zdroj: MZ ČR – Aplikace „Nemocnost a dostupnost zdravotní péče nemocnic v krajích ČR“

V této skupině jsou dosahované hodnoty u obou pohlaví **mírně nad úrovní celorepublikového průměru.**

Nemoci nervové soustavy**Tabulka 27 – Standardizované počty hospitalizací pro nemoci nervové soustavy (průměr 2007-2011)**

Kraj			Standard. počty hospitalizací (na 100 tis. obyvatel)		
kód	název	zkratka	muži	ženy	celkem
10	Praha	PHA	467,7	397,9	431,9
20	Středočeský kraj	STČ	552,3	553,1	552,7
31	Jihočeský kraj	JHČ	563,2	550,8	556,9
32	Plzeňský kraj	PLZ	490,2	446,1	467,6
41	Karlovarský kraj	KVR	523,2	421,3	470,8
42	Ústecký kraj	ÚST	579,0	690,0	636,0
51	Liberecký kraj	LIB	637,8	559,3	597,5
52	Královéhradecký kraj	KHR	646,0	616,7	631,0
53	Pardubický kraj	PDB	606,1	597,2	601,5
63	Kraj Vysočina	VYS	582,0	554,3	567,8
64	Jihomoravský kraj	JHM	590,2	589,8	590,0
71	Olomoucký kraj	OLO	615,4	546,1	579,8
72	Zlínský kraj	ZLN	548,9	450,1	498,2
80	Moravskoslezský kraj	MSL	683,1	589,2	634,9
ČR celkem			576,4	542,9	559,2

Zdroj: MZ ČR – Aplikace „Nemocnost a dostupnost zdravotní péče nemocnic v krajích ČR“

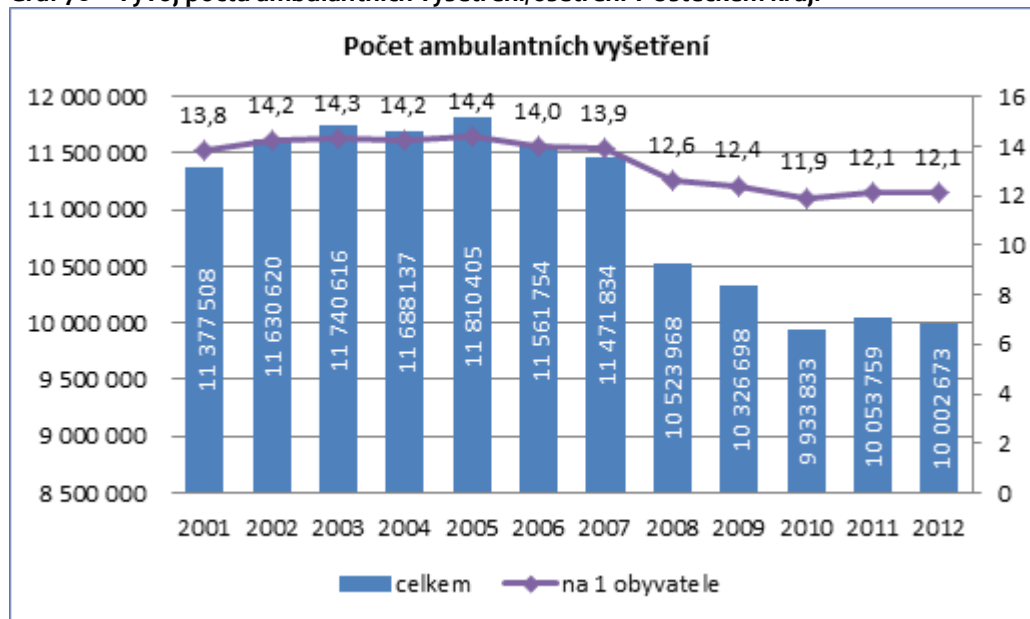
Graf 77 – Standardizované počty hospitalizací pro nemoci nervové soustavy (průměr 2007-2011)

Zdroj: MZ ČR – Aplikace „Nemocnost a dostupnost zdravotní péče nemocnic v krajích ČR“

V této skupině jsou dosahované hodnoty u **žen nejvyšší v rámci celé ČR**, u mužů pak jsou na úrovni celorepublikového průměru.

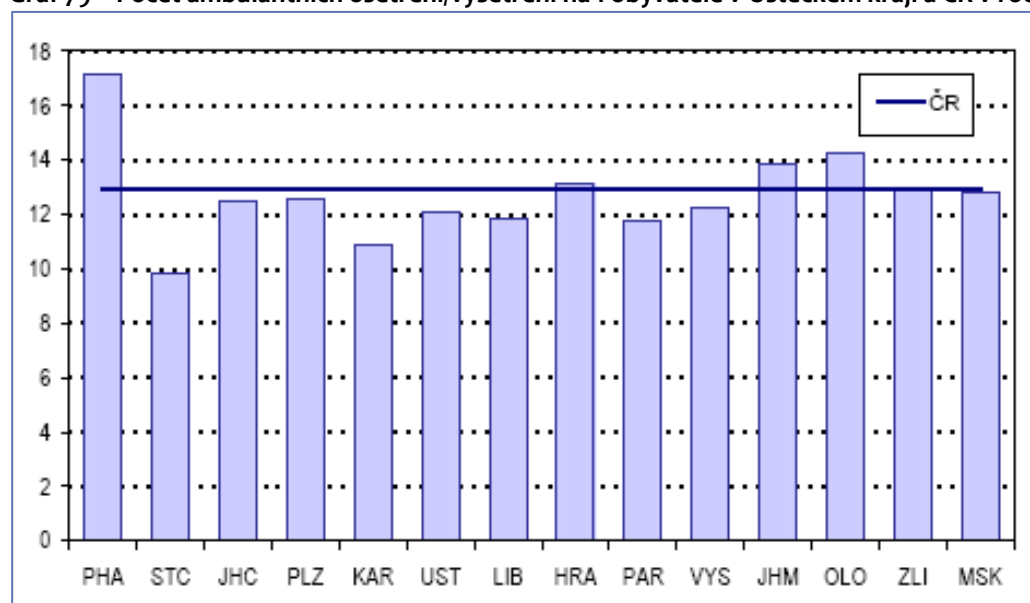
AMBULANTNÍ OŠETŘENÍ - VYŠETŘENÍ

Graf 78 – Vývoj počtu ambulantních vyšetření/ošetření v Ústeckém kraji



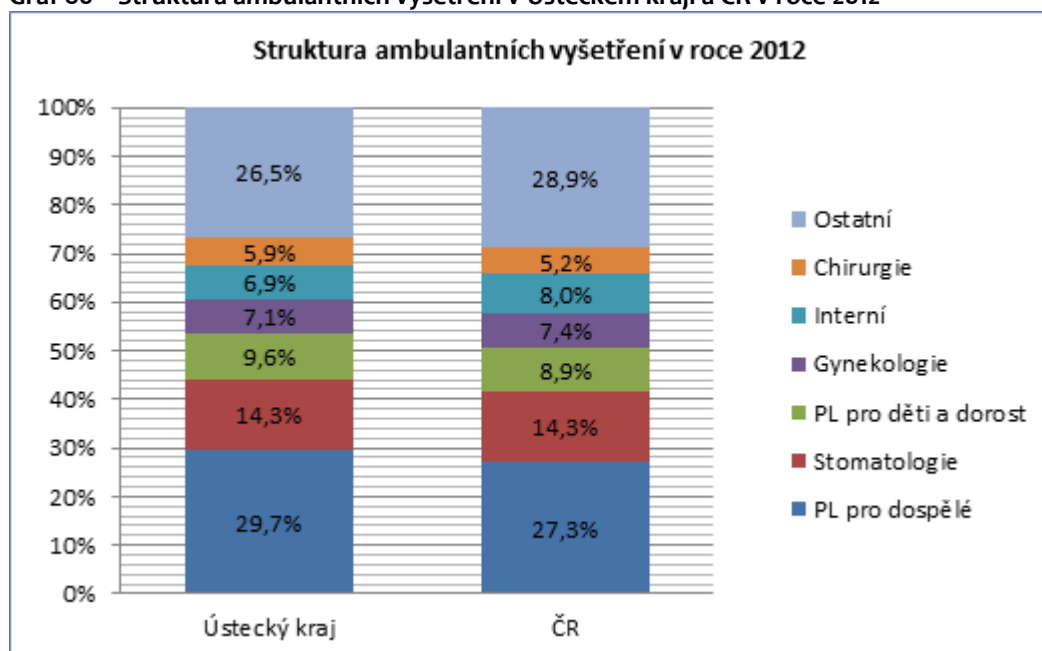
Zdroj: ÚZIS – Činnost zdravotnických zařízení 2012

Graf 79 – Počet ambulantních ošetření/vyšetření na 1 obyvatele v Ústeckém kraji a ČR v roce 2012



Zdroj: ÚZIS – Činnost zdravotnických zařízení 2012

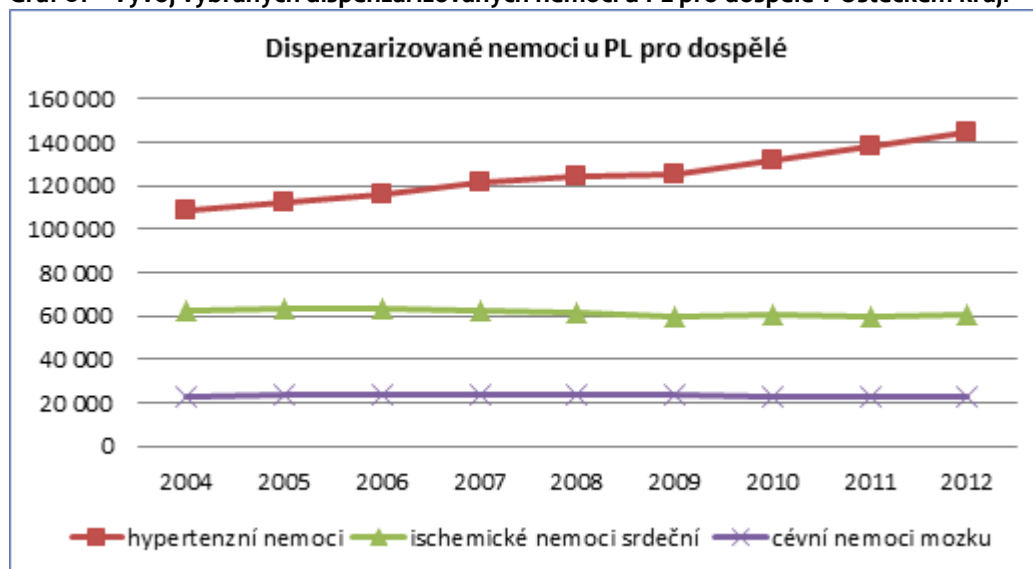
Počet ambulantních ošetření/vyšetření v Ústeckém kraji mezi roky 2007 – 2010 poklesl cca o 15% na cca 10 mil. a na této úrovni stagnuje. Počet ošetření/vyšetření na 1 obyvatele mezi roky 2007 – 2010 poklesl z 14,0 na 12,0 s tím, že tato hodnota je ve srovnání s hodnotami dosahovanými za celou ČR **mírně podprůměrná**.

Graf 80 – Struktura ambulantních vyšetření v Ústeckém kraji a ČR v roce 2012

Zdroj: ÚZIS – Činnost zdravotnických zařízení 2012

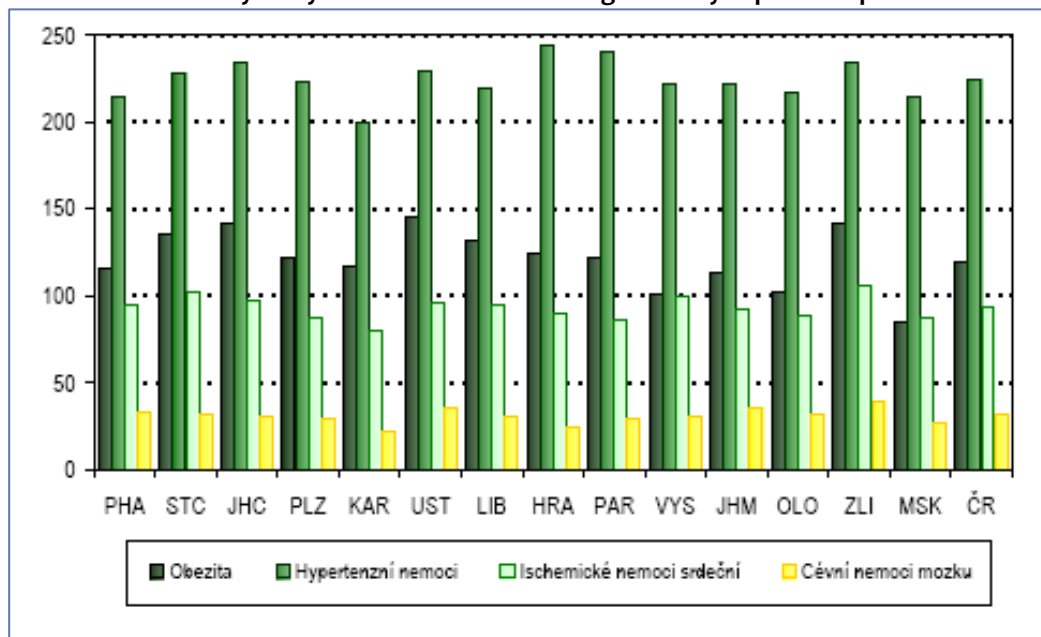
Struktura ambulantních vyšetření v Ústeckém kraji v zásadě odpovídá struktuře v rámci celé ČR. Nejvyšší počet ambulantních ošetření připadá na ordinace praktických lékařů pro dospělé, stomatologii, ordinace praktických lékařů pro děti a dorost a gynekologii.

DISPENZARIZOVANÉ NEMOCI U PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DOSPĚLÉ

Graf 81 – Vývoj vybraných dispenzarizovaných nemocí u PL pro dospělé v Ústeckém kraji

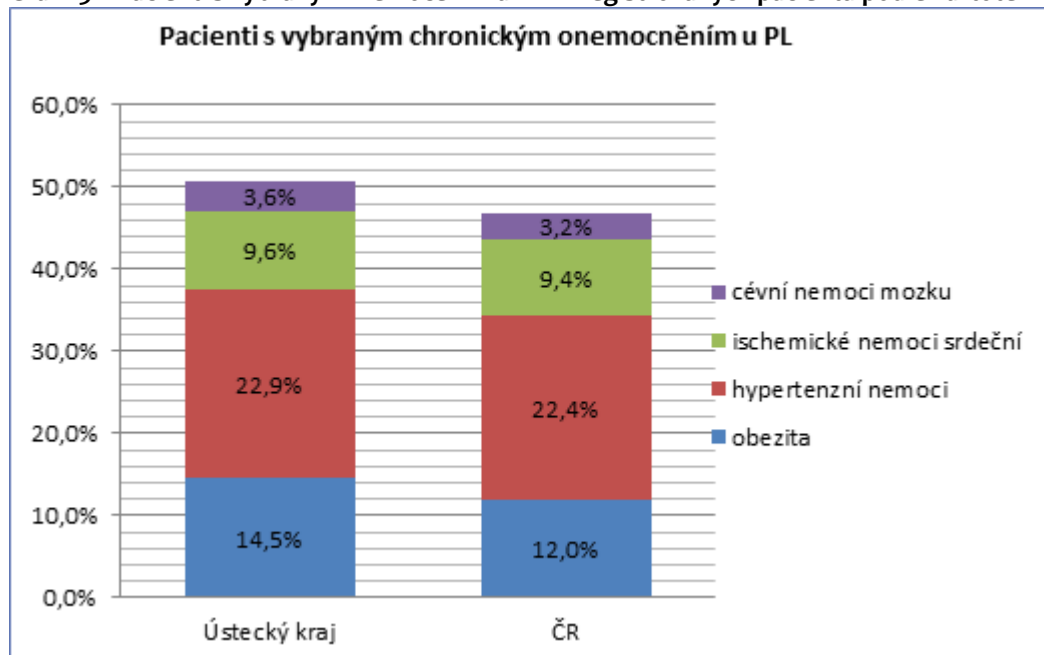
Zdroj: ÚZIS – Činnost zdravotnických zařízení 2012

Graf 82 – Pacienti s vybranými nemocemi na 1.000 registrovaných pacientů podle kartoték PL



Zdroj: ÚZIS – Činnost zdravotnických zařízení 2012

Graf 83 – Pacienti s vybranými nemocemi na 1.000 registrovaných pacientů podle kartoték PL

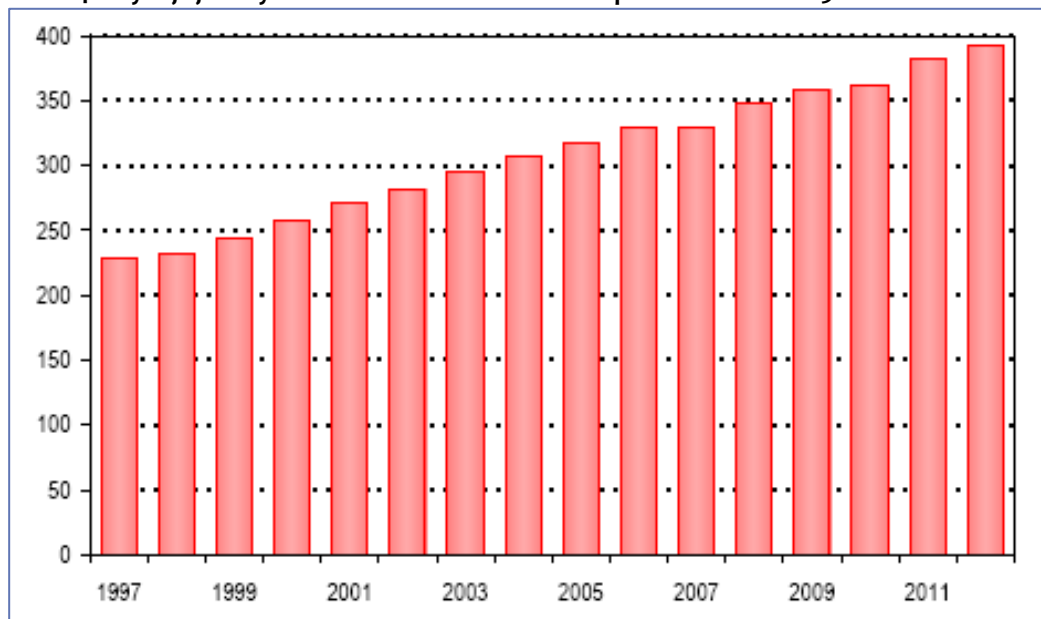


Zdroj: ÚZIS – Činnost zdravotnických zařízení 2012

Počet dispenzarizovaných nemocí u PL pro dospělé trvale roste. Z registrovaných pacientů bylo praktickým lékařem či specialistou sledováno pro hypertenzní nemoci 22,9 %, pro obezitu 14,5%, pro ischemické nemoci srdeční 9,6 % a pro cévní nemoci mozku 3,6 % pacientů. Dosažená hodnota u pacientů sledovaných pro obezitu je nadprůměrná, ostatní hodnoty odpovídají průměru za celou ČR.

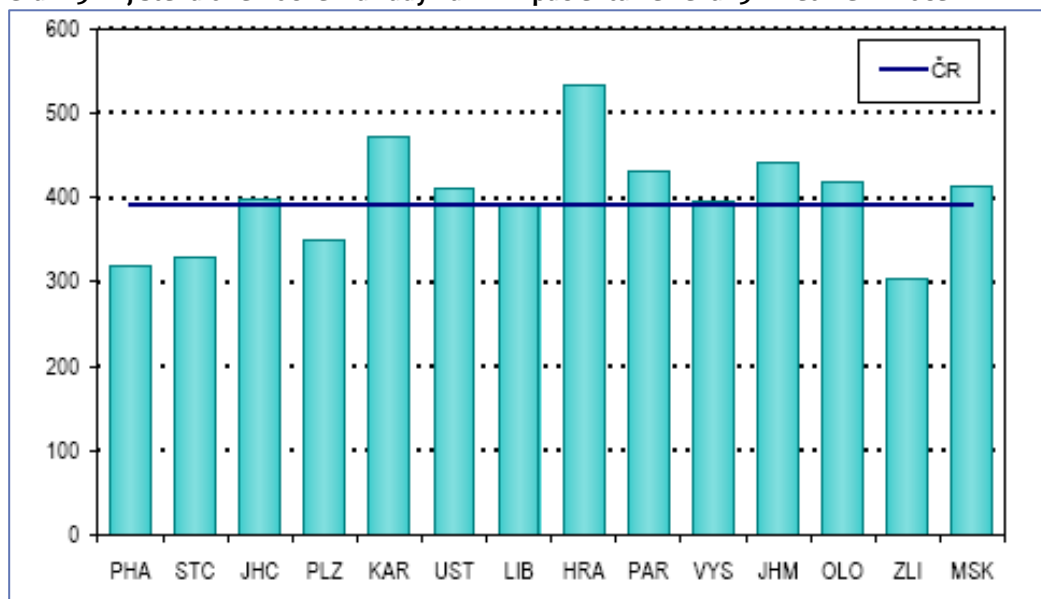
ONEMOCNĚNÍ DĚTÍ A DOROSTU

Graf 84 – Vývoj zjištěných onemocnění a vad na 1.000 pacientů ve věku 15-18 let v ČR

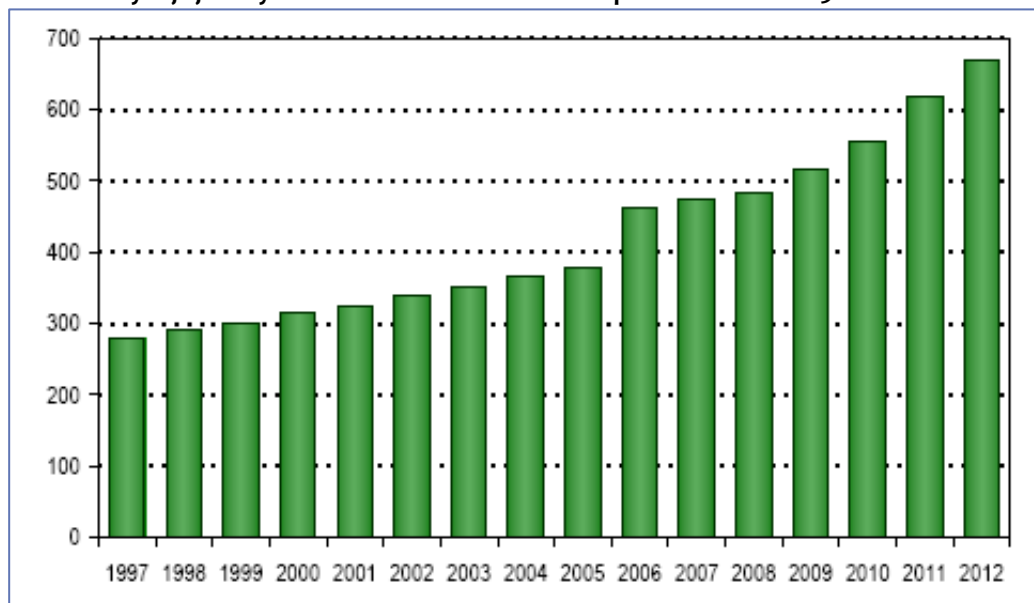


Zdroj: ÚZIS – Činnost zdravotnických zařízení 2012

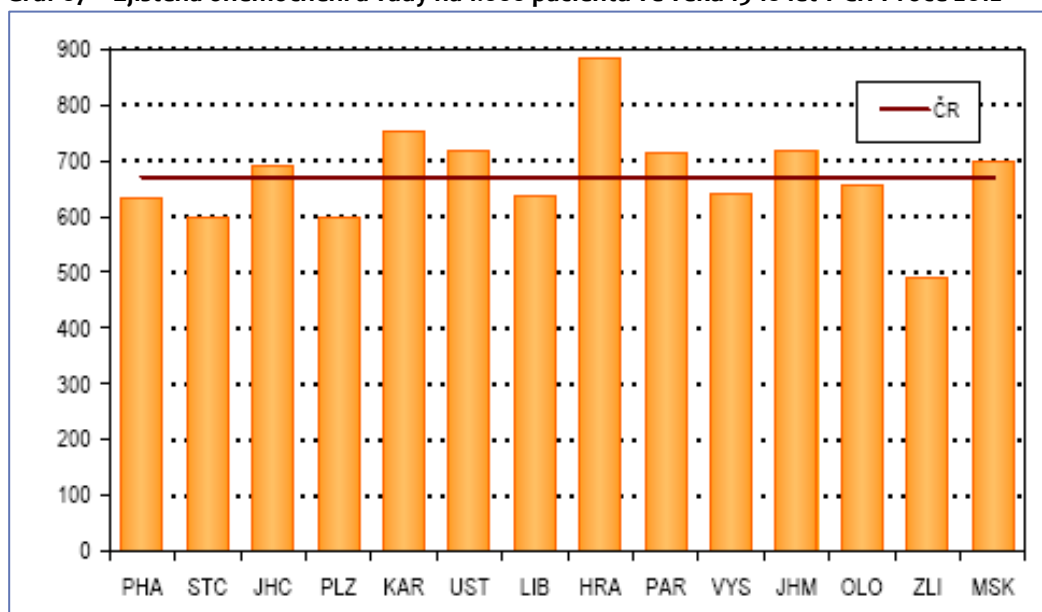
Graf 85 – Zjištěna onemocnění a vady na 1.000 pacientů ve věku 15-18 let v ČR v roce 2012



Zdroj: ÚZIS – Činnost zdravotnických zařízení 2012

Graf 86 – Vývoj zjištěných onemocnění a vad na 1.000 pacientů ve věku 15-18 let v ČR

Zdroj: ÚZIS – Činnost zdravotnických zařízení 2012

Graf 87 – Zjištěna onemocnění a vady na 1.000 pacientů ve věku 15-18 let v ČR v roce 2012

Zdroj: ÚZIS – Činnost zdravotnických zařízení 2012

Trvale roste počet ošetření - vyšetření u praktických lékařů pro děti a dorost. Hodnoty dosažené v Ústeckém kraji v roce 2012 jsou **mírně nadprůměrné** jak u dětí, tak i u dorostu.

Nejčastějšími důvody dispenzarizace byly jak u dětí, tak u dorostu nemoci dýchací soustavy. **Alarmující je vývoj počtu dětí a dorostu dispenzarizovaných pro obezitu**, hyperalimentaci a její následky (E66–E68). Od roku 1996 se jejich absolutní počet ztrojnásobil.

2.1.1.4 Očekávaný demografický vývoj

Shrnutí očekávaného vývoje demografických ukazatelů na základě relevantních studií

Očekávané trendy demografického vývoje jsou pravidelně publikovány ČSÚ. Nejnověji byla v roce 2013 publikována *Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100*. Předchozí *Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2065* byla zpracovaná v roce 2009 s tím, že tato prognóza byla následně rozpracována i pro jednotlivé kraje.

PROJEKCE DEMOGRAFICKÉHO VÝVOJE ČESKÉ REPUBLIKY

Dále jsou prezentovány hlavní závěry z *Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100*.

Cílem projekce je nastínit směr budoucího populačního vývoje a ukázat zejména na změny ve věkovém složení, které jsou neodvratitelné a které budou v případě České republiky velmi výrazné. Projekce však nemůže předvídat náhlé působení vnějších vlivů (např. ekonomické krize, změny v systému sociálních opatření či epidemie nemocí), které mohou z krátkodobého hlediska ovlivnit úroveň úmrtnosti či plodnosti. Proto je nutné výsledky projekce chápat vždy podmíněně a interpretovat je ve vztahu k vstupním parametrům.

Projekce je zpracována v tradičních třech variantách (nízké, střední a vysoké), komponentní metodou podle jednotek věku v jednoletém kroku. Střední varianta je považována jako nejpravděpodobnější, nicméně výsledky je třeba interpretovat spíše ve smyslu vymezení očekávaného vývoje danými krajními variantami.

V základních trendech jednotlivých složek budoucího populačního vývoje se nová projekce neliší od těch, se kterými uvažovala předchozí projekce z roku 2009.

Projekce počítá s:

- dalším snižováním hladiny úmrtnosti,
- v dlouhodobém pohledu s kladným migračním saldem
- ve střední a vysoké variantě se zvýšením úrovně plodnosti.

Předpoklad postupného, avšak ne příliš výrazného, zvýšování úhrnné plodnosti je v projekci zakotven pouze do střední a vysoké varianty. Nízká varianta odráží možný scénář stabilizace úhrnné plodnosti na současné výši (1,45). Všechny varianty nicméně očekávají další nárůst průměrného věku matek při porodu, a to oproti stávající hodnotě 29,8 let o 0,6-1,3 roku v závislosti na variantě. Předpoklady nové projekce jsou spojeny s úvahou postupné stabilizace nového modelu reprodukčního chování v ČR. Plodnost žen v České republice by, podobně jako v jiných střeoevropských státech jako Německo, Rakousko, Švýcarsko, zůstala dlouhodobě na nižší celkové úrovni (úhrnná plodnost 1,4-1,6 dítěte na jednu ženu).

Ve všech variantách projekce po celé sledované období je očekáván růst naděje dožití při narození, tedy střední délky života. Úroveň naděje dožití při narození dosažená v letech 2010-2012 se od předpokladů předchozí projekce lišila minimálně, proto pro první období projekce (do roku 2030) zůstaly cílové parametry obdobné. V dalším období projekce je růst střední délky života zakomponován pomalejší.

Vývoj migrace je jen obtížně předvídatelný, a to vzhledem k její silné vnější podmíněnosti (legislativní opatření, ekonomická situace v ČR a v potenciálních zdrojových zemích). Základní premisou je migrační atraktivita ČR, je předpokládána imigrace ze zahraničí v objemu 20-40 tis. ročně v závislosti na variantě. Výsledné saldo zahraniční migrace, jakožto odraz očekávané imigrace a míry emigrace, se ve střední variantě pohybuje od 8,6 tis. do 17,7 tis. v horizontu projekce, ve vysoké od 18,6 tis. do 25,4 tis. V nízké variantě se saldo zahraniční migrace v prvních letech projekce pohybuje v záporných číslech, do konce projekce pak vzroste na 10,4 tis. osob.

Základní předpoklady (parametry) jednotlivých variant projekce jsou shrnuty v následující tabulce:

Tabulka 28 – Základní parametry projekce

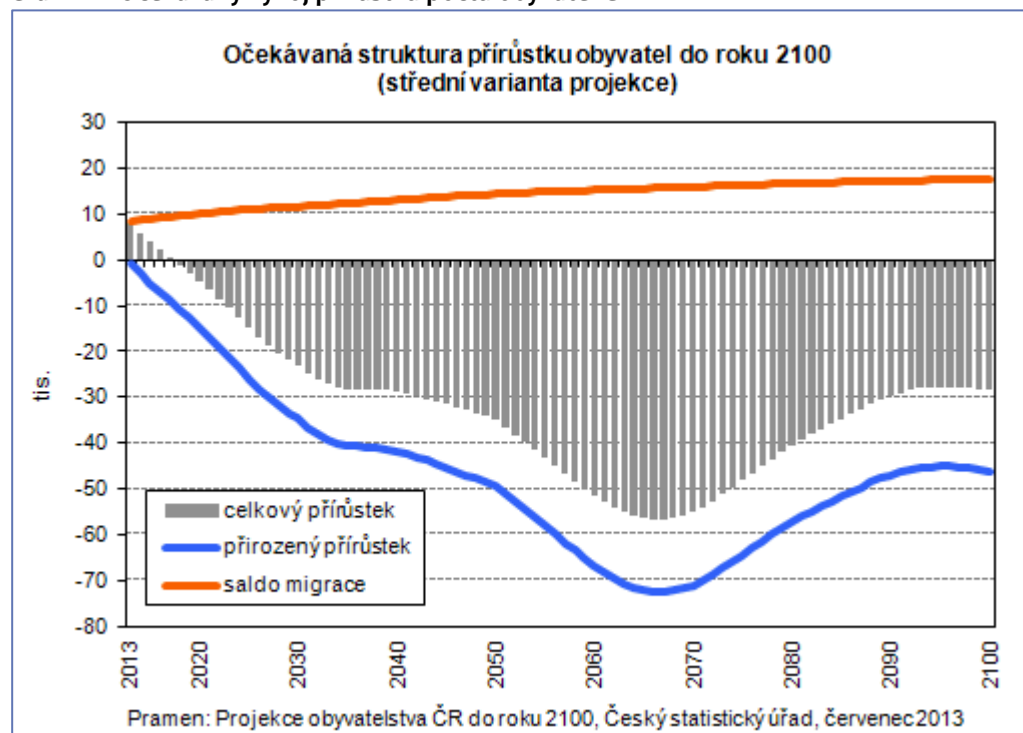
Rok	Úhrnná plodnost			Naděje dožití (muži / ženy)			Saldo migrace		
	nízká	střední	vysoká	nízká	střední	vysoká	nízká	střední	vysoká
2012*	1,45	1,45	1,45	75,0 / 80,9	75,0 / 80,9	75,0 / 80,9	10 293	10 293	10 293
2015	1,45	1,45	1,45	75,6 / 81,4	75,8 / 81,6	75,9 / 81,8	-996	8 934	18 864
2030	1,45	1,5	1,52	78,2 / 83,8	79,5 / 85,1	80,6 / 86,1	2 226	11 659	21 110
2050	1,45	1,56	1,61	81,1 / 86,2	83,0 / 88,0	84,6 / 89,3	5 571	14 384	23 291
2100	1,45	1,56	1,61	84,2 / 88,8	86,6 / 91,1	88,4 / 92,9	10 350	17 671	25 400*

reálná data

Zdroj: ČSÚ – Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100

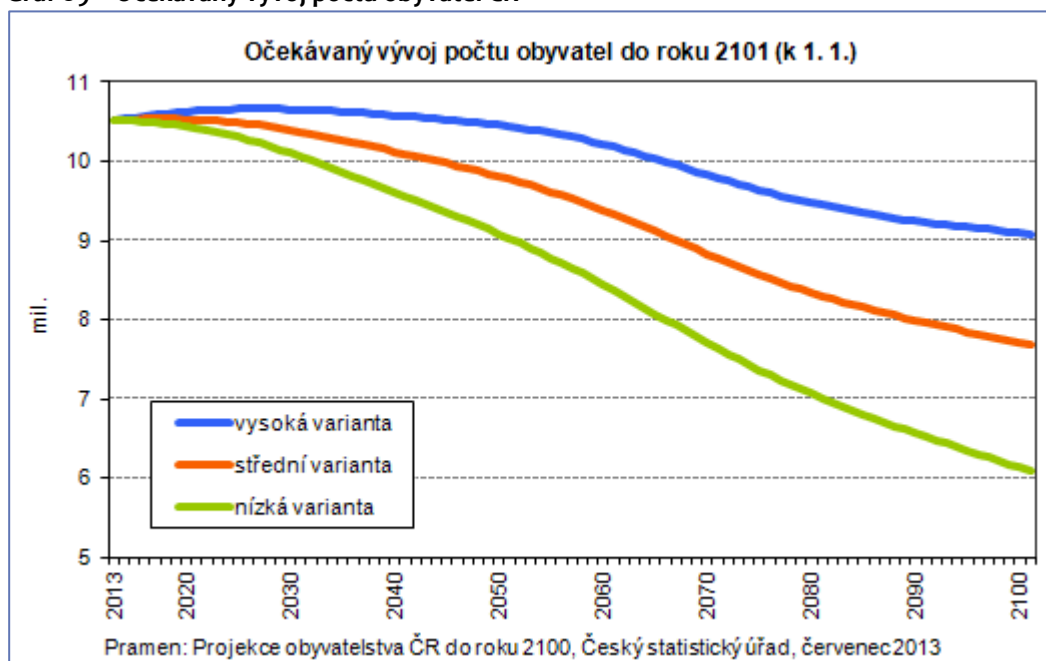
Hlavní výsledky projekce jsou na základě uvedených vstupních předpokladů prezentovány v následujících grafech.

Graf 88 – Očekávaný vývoj přírůstku počtu obyvatel ČR



Zdroj: ČSÚ – Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100

Graf 89 – Očekávaný vývoj počtu obyvatel ČR

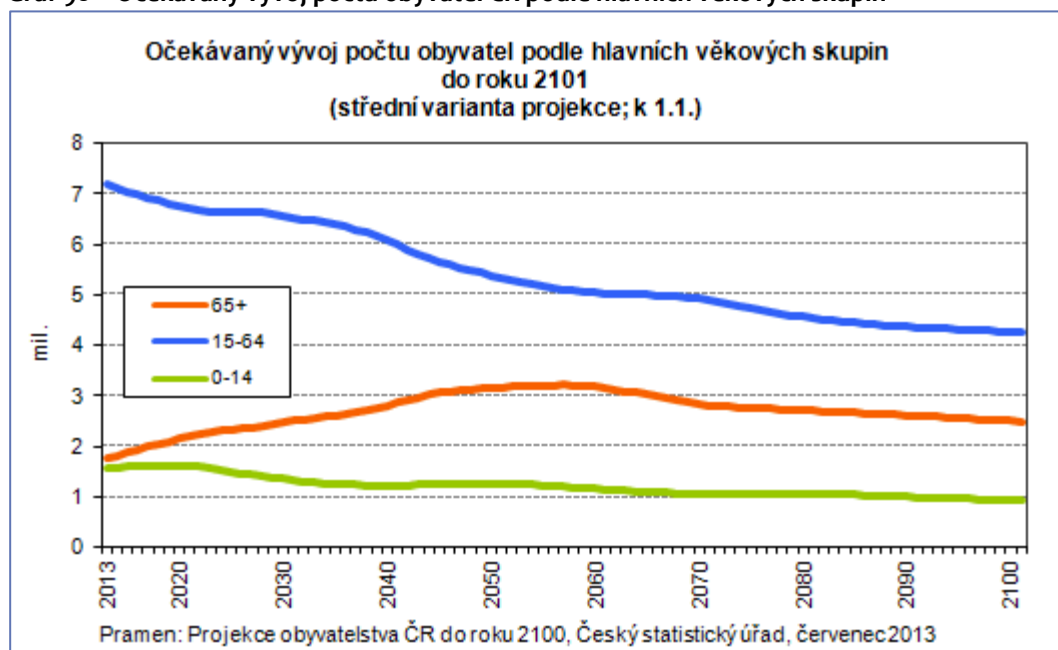


Zdroj: ČSÚ – Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100

Počet živě narozených dětí již dosáhl svého vrcholu v roce 2008 (119,6 tis.). V dalších letech roční počty živě narozených dětí klesaly a situace by se neměla změnit až do počátku 30. let tohoto století, kdy je očekáváno lokální minimum počtu narozených dětí, ve střední variantě na úrovni 78 tis. Následný růst vyvrcholí kolem roku 2040 malou sekundární vlnou porodnosti (85 tis.), která bude odrazem vyššího počtu dětí narozených počátkem století. Poté by měl následovat pravidelný pokles (v letech 2060-2075 spíše stagnace) až na roční počty narozených kolem 60 tis. koncem projektovaného období.

I přes rostoucí naději dožití ve všech variantách projekce **je očekáván růst počtu zemřelých, zrychlený ve třicátých letech, kdy věkem nejvyšší úmrtnosti budou procházet silné poválečné ročníky narozených.** Následující stagnaci vystřídá v padesátých a šedesátých letech opět rostoucí trend počtu zemřelých s vrcholem kolem roku 2070 (140 tis. zemřelých ročně). Následný pokles vrátí počty zemřelých na úroveň, kterou zaznamenáváme v současné době (97-115 tis. osob).

V horizontu projekce 1. 1. 2101 bude počet obyvatel České republiky o 13-42 % nižší než na prahu projekce. Ze současných 10,52 mil. to znamená pokles na 6,1 mil. (nízká varianta), resp. 7,7 mil (střední varianta), resp. 9,1 mil (vysoká varianta). Nejvýraznější úbytky jsou očekávány v období 2050-2080.

Graf 90 – Očekávaný vývoj počtu obyvatel ČR podle hlavních věkových skupin

Zdroj: ČSÚ – Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100

Současné věkové složení populace ČR se vyznačuje relativně nízkým počtem a podílem dětí, silným zastoupením osob v ekonomicky aktivním věku a zatím nepříliš vysokým počtem a podílem osob ve vyšším věku. **Budoucí vývoj věkové struktury však bude dynamický, a to ve směru výrazného stárnutí populace.**

Nízká úroveň porodnosti po roce 1993 vedla k prohloubení poklesu počtu a podílu dětí v populaci, který, po růstu v sedmdesátých letech, začal zhruba v polovině osmdesátých let. Přestože počet a podíl dětí v současné době roste, je stále nižší než na počátku století (16 %), a podle projekce této úrovně již nikdy nedosáhne.

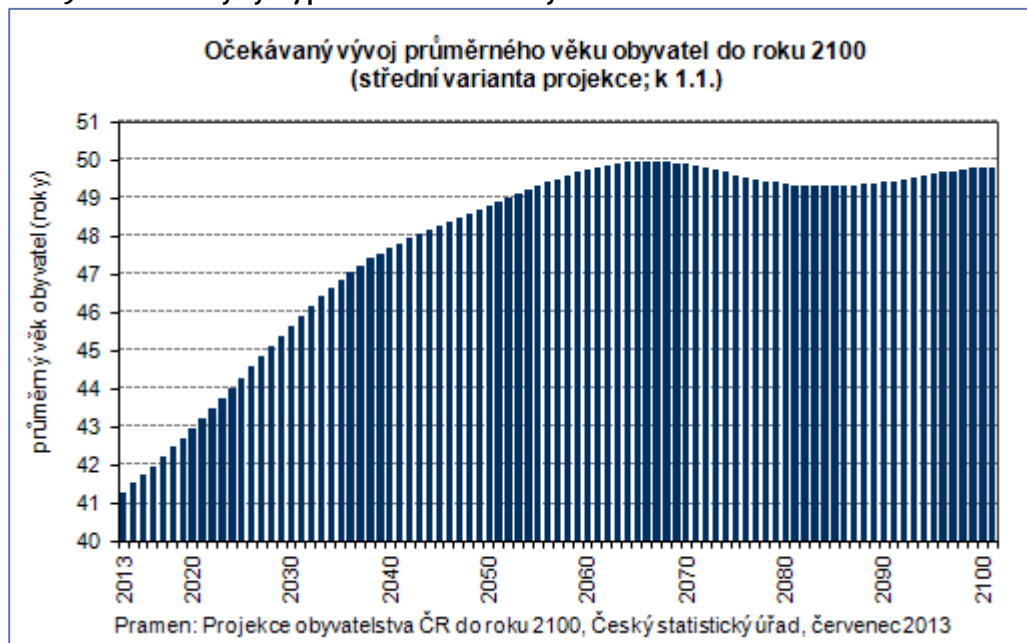
Významnější změny nastanou u věkové skupiny 15-64letých. Počet obyvatel v produktivním věku pravděpodobně dosáhl svého maxima v roce 2009 (7,43 mil. k 1.1.). V dalším období lze očekávat celkový klesající trend, i když v určitých obdobích (dvacátá a šedesátá léta) půjde spíše o stagnaci. Nejrychlejší pokles nastane do roku 2020 (na 6,69-6,82 mil. k 1.1.), kdy budou tuto věkovou kategorii opouštět silné ročníky narozených koncem 40. let a v první polovině 50. let minulého století a naopak vstupovat do ní budou děti z populačně slabých ročníků, narozené na přelomu 20. a 21. století.

K největším změnám dojde bezesporu v seniorské kategorii 65 a více let. Počty osob ve vyšším věku jsou v posledních letech již ovlivněny přechodem početně silnějších generací z let 2. světové války do věku 65 a více let. Tohoto věku dosáhly již také osoby z prvních silných poválečných ročníků narozených. A obyvatel v tomto věku bude výrazně přibývat i v následujících desetiletích. V růstu jejich počtu se budou odrážet zejména nepravidelnosti věkové struktury a očekávané další prodlužování naděje dožití. Absolutně se může počet osob ve věku 65 a více let do roku 2057, kdy by měl kulminovat, téměř zdvojnásobit ze současných 1,7 mil. na 3,2 mil.

Základním rysem vývoje obyvatelstva České republiky v nadcházejících desetiletích tak bude jednoznačně **progresivní stárnutí**. Relativní zastoupení seniorů v populaci se zvýší z dnešní jedné šestiny až na jednu třetinu.

Stárnutí populace je dobře zřetelné i z vývoje ukazatele průměrného věku obyvatel České republiky. Ten na prahu projekce činil 41,3 let, v následujících pěti desetiletích podle všech variant výrazně poroste. Na konci století by se měl průměrný věk obyvatele České republiky pohybovat na úrovni 50 let.

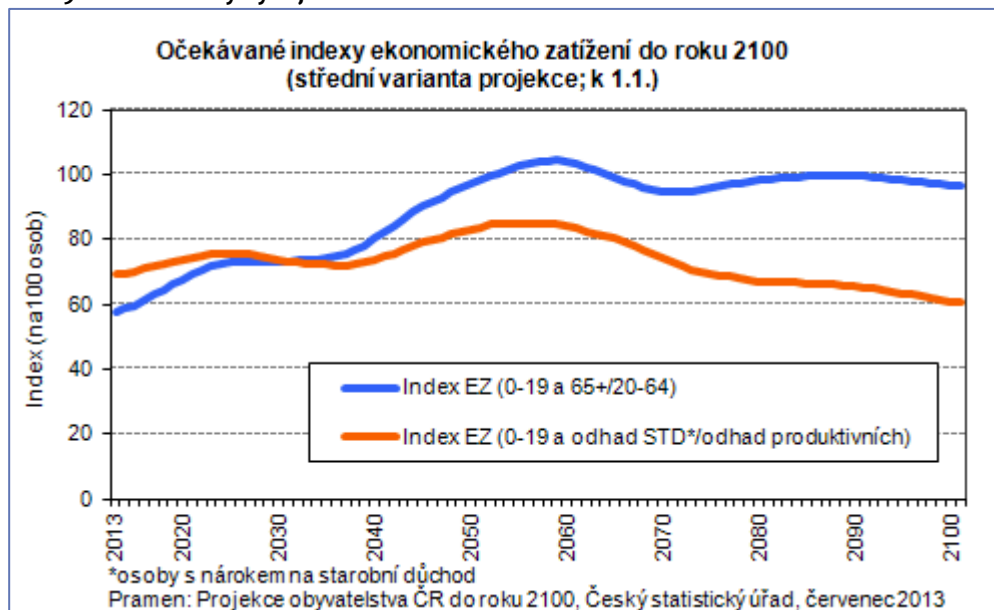
Graf 91 – Očekávaný vývoj průměrného věku obyvatel ČR



Zdroj: ČSÚ – Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100

K charakterizování **ekonomického zatížení** se zpravidla používá index, porovnávající počet osob v ekonomicky neaktivním a aktivním věku.

Graf 92 – Očekávaný vývoj indexů ekonomického zatížení ČR



Zdroj: ČSÚ – Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100

Z grafu je **zřejmá rostoucí tendence ekonomického zatížení**, index ekonomického zatížení se bude intenzivně zvyšovat zejména v období 2035-2060 a to až k hodnotě 100. Směřuje tedy k početnímu vyrovnání obou skupin – osob ve věku do 20 let a nad 65 let na straně jedné a osob ve věku 20-64 let na straně druhé.

Korektnější přístup vyžaduje odhadnout produktivní a neproduktivní složku populace. Částečně zpřesnit velikosti obou složek populace lze stanovením hranice přechodu mezi oběma složkami na konci aktivní ekonomické činnosti na základě nároku odchodu do důchodového věku. Přijatá novelizace zákona o důchodovém pojištění vymezuje postupné prodlužování věku odchodu do starobního důchodu.

Výpočet indexu ekonomického zatížení pro skupiny aktivních a neaktivních osob definované ve smyslu takto novelizované legislativy ukazuje na jeho plynulý nárůst ze současných 69,1 % na 75,8 % v roce 2025, následovaný poklesem do roku 2036 (72,1 %). V dalším dvacetiletí dojde k jeho výraznému zvýšení na hodnotu 85,0 % v roce 2056. Poté bude index ekonomického zatížení stejně rychle klesat, po stagnaci v osmdesátých letech se postupně sníží až na 60,4 %, tedy pod současnou úroveň.

Posun věkové hranice pro odchod do důchodu také výrazně ztlumí nárůst počtu osob s nárokem na starobní důchod. Nejvíce osob v důchodovém věku lze očekávat na počátku padesátých let, kdy jejich počet může dosahovat ke 2,8 mil. osob, tedy o půl milionu více v porovnání se stavem 1. 1. 2013 (2,23 mil. osob).

PROJEKCE DEMOGRAFICKÉHO VÝVOJE ÚSTECKÉHO KRAJE

ČSÚ zpracovaná *Projekce obyvatelstva v krajích a oblastech ČR do roku 2065* publikovaná v roce 2010 navazuje na *Projekci obyvatelstva České republiky do roku 2065*. Novější projekce vztahující se k jednotlivým krajům dosud vydána nebyla.

Vzhledem k tomu, že se nová projekce obyvatelstva zpracovaná v roce 2013 v základních trendech jednotlivých složek budoucího populačního vývoje se však neliší od těch, se kterými uvažovala předchozí projekce z roku 2009, je možné považovat nadále za relevantní i závěry z ***Projekce obyvatelstva v krajích a oblastech ČR do roku 2065***. **Hlavní závěry z této projekce se zaměřením na údaje vztahující se k Ústeckému kraji jsou pak prezentovány dále.**

Projekce obyvatelstva v krajích a oblastech ČR do roku 2065 navazuje na *Projekci obyvatelstva České republiky do roku 2065*, resp. na její **střední variantu**. Na rozdíl od republikové projekce však do zpracování projekce za nižší územní celky **nevstupovala migrace**, a to ani vnitřní ani zahraniční, neboť její vývoj je prakticky nepředvídatelný. Prezentovaná projekce tedy **vypovídá o hypotetickém vývoji počtu obyvatel a věkovém složení daného kraje/oblasti, který by byl výsledkem pouze očekávaného vývoje přirozené měny**.

Východiskem projekce se stala demografická struktura obyvatelstva k 1. 1. 2009, horizontem rok 2065, resp. stav k 1. 1. 2066. Hlavními předpoklady projekce jsou růst plodnosti a pokles úmrtnosti ve všech krajích ČR.

Tabulka 29 – Úhrnná plodnost v krajích ČR

	1991*		1999*		2001*		2008*		2009		2025		2050	
	ÚP	pořadí	ÚP	pořadí	ÚP	pořadí	ÚP	pořadí	ÚP	pořadí	ÚP	pořadí	ÚP	pořadí
Hlavní město Praha	1,68	14	1,04	14	1,10	14	1,37	14	1,39	14	1,47	14	1,61	14
Středočeský kraj	1,82	12	1,13	9	1,16	5	1,60	2	1,60	1	1,65	7	1,72	7
Jihočeský kraj	1,89	9	1,16	5	1,13	8	1,50	6	1,50	5	1,62	9	1,68	9
Plzeňský kraj	1,80	13	1,10	12	1,13	11	1,50	7	1,49	6	1,62	8	1,68	8
Karlovarský kraj	1,87	10	1,15	7	1,22	2	1,53	4	1,47	10	1,60	11	1,66	12
Ústecký kraj	1,85	11	1,18	3	1,22	1	1,61	1	1,57	2	1,68	3	1,72	6
Liberecký kraj	1,90	6	1,17	4	1,18	3	1,56	3	1,57	3	1,68	1	1,75	1
Královéhradecký kraj	1,91	3	1,18	2	1,18	4	1,53	5	1,53	4	1,67	5	1,74	3
Pardubický kraj	1,91	2	1,21	1	1,13	9	1,49	8	1,48	9	1,68	4	1,74	4
Vysočina	1,92	1	1,15	6	1,14	7	1,48	10	1,45	12	1,68	2	1,74	5
Jihomoravský kraj	1,89	8	1,10	13	1,11	13	1,49	9	1,48	7	1,67	6	1,74	2
Olomoucký kraj	1,91	4	1,12	11	1,13	10	1,46	12	1,48	8	1,60	12	1,67	10
Zlínský kraj	1,90	5	1,12	10	1,11	12	1,40	13	1,39	13	1,56	13	1,63	13
Moravskoslezský kraj	1,90	7	1,14	8	1,16	6	1,46	11	1,45	11	1,61	10	1,66	11

* ÚP = úhrnná plodnost

Zdroj: ČSÚ – Projekce obyvatelstva v krajích a oblastech ČR do roku 2065

Vývoj plodnosti v posledních dvou desetiletích měl ve všech územních celcích shodný trend. Úroveň plodnosti v 90. letech 20. století prudce klesla, ve všech krajích minimálně o třetinu. V průběhu tohoto procesu snižování celkové úrovně plodnosti došlo ke změně územního rozložení, kdy se těžiště vyšší plodnosti přesunulo z východní části republiky na severozápad. Nejnížší úroveň plodnosti pak zaznamenaly všechny kraje na přelomu 20. a 21. století. V novém století, resp. mezi roky 2001 a 2008, došlo k nárůstu ukazatele úhrnné plodnosti ve všech krajích ČR.

Podle projekce dojde k **růstu plodnosti ve všech územních celcích**. Intenzita růstu plodnosti se bude v jednotlivých krajích mírně lišit – **menší nárůst je očekáván v Ústeckém, Karlovarském a Středočeském kraji**, naopak nejvyšší v kraji Pardubickém, Jihomoravském, v Praze a na Vysočině. Výsledkem očekávaného vývoje plodnosti bude **změna územního rozložení plodnosti**, kdy se mezi celky s vyšší úrovní plodnosti např. dostane kraj Jihomoravský či Vysočina, naopak v pořadí krajů podle úrovně plodnosti si **vzhledem k dnešní situaci pohorší kraj Středočeský i Ústecký**. Nutno ovšem zdůraznit, že rozdíly v úhrnné plodnosti mezi jednotlivými kraji se v horizontu projekce předpokládají velmi malé. Praha přitom zůstane i nadále krajem s nejnižším počtem dětí v průměru připadajícím na jednu ženu.

Společně s růstem plodnosti se bude ve všech krajích **zvyšovat průměrný věk matek při porodu**. Do roku 2050 je očekáván jeho nárůst na 30,4-32,8 let v krajích ČR, přičemž mezní hodnoty se vztahují na kraj Ústecký a Hlavní město Praha.

Úroveň úmrtnosti daného regionu je závislá zejména na složení obyvatelstva (struktura podle vzdělání, rodinného stavu, socioekonomického postavení). Roli hrají také vnější podmínky jako je dostupnost lékařské péče, ekonomická úroveň regionu. Měřeno ukazatelem naděje dožití při narození je variabilita regionů v ČR poměrně nízká, mezi krajem s nejvyšší a nejnižší hodnotou střední délky života je aktuálně (k datu zpracování prognózy) u žen difference 2,6 roku a u mužů 4,2 roku.

Základní regionální diferenciaci lze najít v ose severozápad – jihovýchod. Toto rozložení je v čase stálé. Mimo toto rozdělení se vyčleňuje Praha, která má z krajů ČR nejvyšší naději dožití mužů a většinou i naději dožití žen. Nejpriznivější úmrtnostní podmínky panují také na Vysočině či v Královéhradeckém kraji, pro ženy i v kraji Jihomoravském. Naopak **nejhorší je situace pro obě pohlaví v kraji Ústeckém, Karlovarském a Moravskoslezském**.

Tabulka 30 – Naděje dožití při narození mužů v krajích ČR

	1991-1992**		1998-1999*		2000-2001*		2007-2008*		2030		2065	
	e ₀	pořadí	e ₀	pořadí	e ₀	pořadí	e ₀	pořadí	e ₀	pořadí	e ₀	pořadí
Hlavní město Praha	69,9	1	72,9	1	73,5	1	75,9	1	81,2	1	88,1	1
Středočeský kraj	68,0	10	70,8	10	71,6	8	73,8	8	79,2	10	86,3	10
Jihočeský kraj	68,9	6	71,7	5	72,3	5	74,3	5	79,7	4	86,7	4
Plzeňský kraj	68,5	8	71,6	6	72,1	7	74,4	4	79,6	7	86,6	6
Karlovarský kraj	66,7	13	70,7	12	70,6	12	72,8	12	78,7	12	85,7	12
Ústecký kraj	66,3	14	69,2	14	70,1	14	71,7	14	77,6	14	84,6	14
Liberecký kraj	67,8	11	70,7	11	71,2	11	73,3	11	79,3	9	86,3	9
Královéhradecký kraj	69,1	4	71,9	4	72,5	4	75,0	2	80,4	2	87,4	2
Pardubický kraj	69,1	3	71,6	7	72,6	2	74,2	6	79,7	5	86,7	5
Vysočina	69,5	2	71,9	2	72,6	3	74,5	3	80,1	3	87,1	3
Jihomoravský kraj	69,0	5	71,9	3	72,3	6	74,1	7	79,6	6	86,6	7
Olomoucký kraj	68,2	9	71,0	9	71,4	9	73,5	9	79,5	8	86,5	8
Zlínský kraj	68,7	7	71,1	8	71,4	10	73,4	10	79,0	11	86,1	11
Moravskoslezský kraj	67,3	12	69,9	13	70,3	13	72,3	13	78,5	13	85,4	13
rozdíl max - min	3,6		3,7		3,4		4,2		3,6		3,5	

* reálné definitivní údaje, ** pracovní výpočet

Zdroj: ČSÚ – Projekce obyvatelstva v krajích a oblastech ČR do roku 2065

Tabulka 31 – Naděje dožití při narození žen v krajích ČR

	1991-1992**		1998-1999*		2000-2001*		2007-2008*		2030		2065	
	e ₀	pořadí	e ₀	pořadí	e ₀	pořadí	e ₀	pořadí	e ₀	pořadí	e ₀	pořadí
Hlavní město Praha	76,5	2	78,8	1	79,0	3	80,8	2	86,0	1	91,7	1
Středočeský kraj	75,6	10	77,5	11	77,9	10	79,8	10	84,7	12	90,6	12
Jihočeský kraj	76,2	8	78,1	8	78,4	8	80,0	7	85,1	6	91,0	7
Plzeňský kraj	75,7	9	77,3	12	78,0	9	80,2	6	84,8	10	90,8	10
Karlovarský kraj	74,0	14	77,1	13	76,9	13	79,0	13	84,3	13	90,2	13
Ústecký kraj	74,3	13	76,2	14	76,5	14	78,5	14	83,7	14	89,6	14
Liberecký kraj	75,5	12	77,8	9	77,9	11	79,8	11	85,0	8	90,9	9
Královéhradecký kraj	76,3	7	78,8	2	79,0	2	80,4	4	85,6	2	91,4	3
Pardubický kraj	76,5	3	78,3	6	78,6	7	80,0	8	84,9	9	90,9	8
Vysočina	76,9	1	78,4	5	78,6	5	81,1	1	85,6	3	91,5	2
Jihomoravský kraj	76,6	4	78,7	3	79,0	1	80,6	3	85,4	4	91,4	4
Olomoucký kraj	74,4	6	78,6	4	78,6	6	79,9	9	85,1	7	91,1	6
Zlínský kraj	76,5	5	78,2	7	78,7	4	80,4	5	85,3	5	91,2	5
Moravskoslezský kraj	75,5	11	77,6	10	77,8	12	79,4	12	84,8	11	90,6	11
rozdíl max - min	2,9		2,5		2,5		2,6		2,3		2,1	

* reálné definitivní údaje, ** pracovní výpočet

Zdroj: ČSÚ – Projekce obyvatelstva v krajích a oblastech ČR do roku 2065

Projekce **předpokládá další snižování intenzity úmrtnosti, tj. prodlužování střední délky života** ve všech krajích. Celkově se v projektovaném období **naděje dožití zvýší u mužů o 12,2-13,1 let a u žen o 10,4-11,2 let**. V souladu se vstupní hypotézou mírné konvergence se rozdíl mezi minimální a maximální střední délkou života v jednotlivých krajích ČR sníží u mužů na 3,5 let a u žen na 2,1 let v horizontu projekce. **Snížení úmrtnosti bude výraznější u mužů, čímž dojde k poklesu mužské nad úmrtnosti** ze současných 4,9-7,1 let na 3,6-5,2 let v jednotlivých krajích. Z hlediska věku se **nejvýraznější pokles úmrtnosti očekává u mužů i u žen ve starších věkových skupinách**.

Hlavní výsledky projekce jsou na základě uvedených vstupních předpokladů prezentovány v následujících tabulkách a grafech.

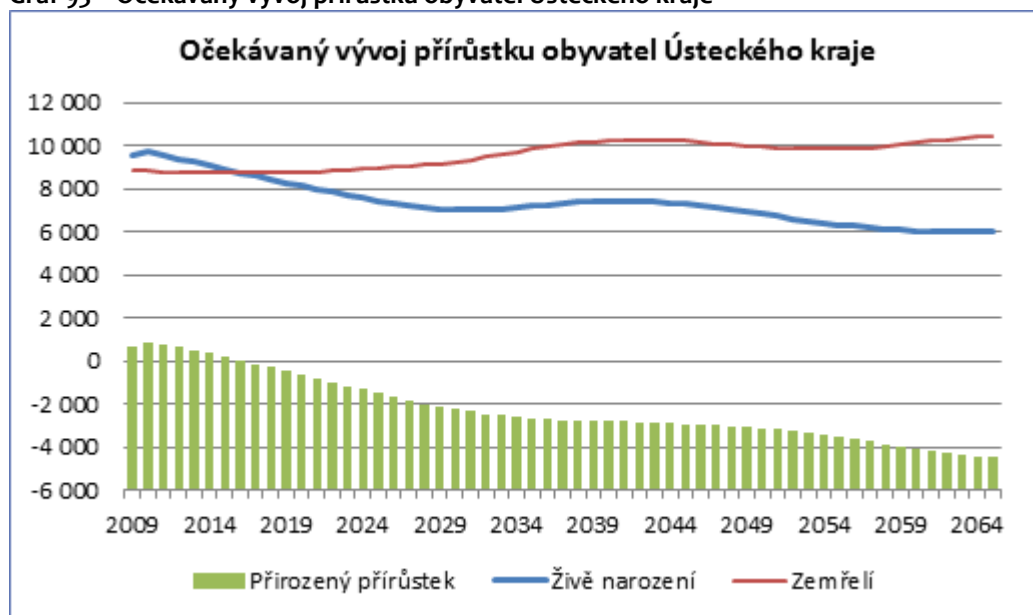
Tabulka 32 – Předpokládaný počet obyvatel v krajích ČR (k 1. 1.)

	2009*	2020	2030	2040	2050	2066
Hlavní město Praha	1 233 211	1 236 131	1 194 870	1 132 622	1 078 942	952 018
Středočeský kraj	1 230 691	1 240 006	1 217 347	1 181 775	1 142 567	1 047 150
Jihočeský kraj	636 328	637 274	624 818	602 277	576 646	524 752
Plzeňský kraj	569 627	568 375	553 428	531 149	507 796	459 542
Karlovarský kraj	308 403	310 035	304 015	292 593	279 618	253 387
Ústecký kraj	835 891	839 202	825 061	799 141	769 842	708 928
Liberecký kraj	437 325	441 589	436 116	423 273	409 230	379 614
Královéhradecký kraj	554 520	554 866	545 123	526 857	507 009	467 704
Pardubický kraj	515 185	516 069	508 366	492 249	474 680	438 284
Vysočina	515 411	518 832	513 002	498 020	481 065	444 406
Jihomoravský kraj	1 147 146	1 149 867	1 127 997	1 088 681	1 048 795	961 275
Olomoucký kraj	642 137	641 250	628 639	604 845	578 320	525 304
Zlínský kraj	591 412	587 980	574 154	549 905	523 206	470 674
Moravskoslezský kraj	1 250 255	1 246 601	1 221 804	1 174 731	1 120 906	1 015 340

* reálné definitivní údaje

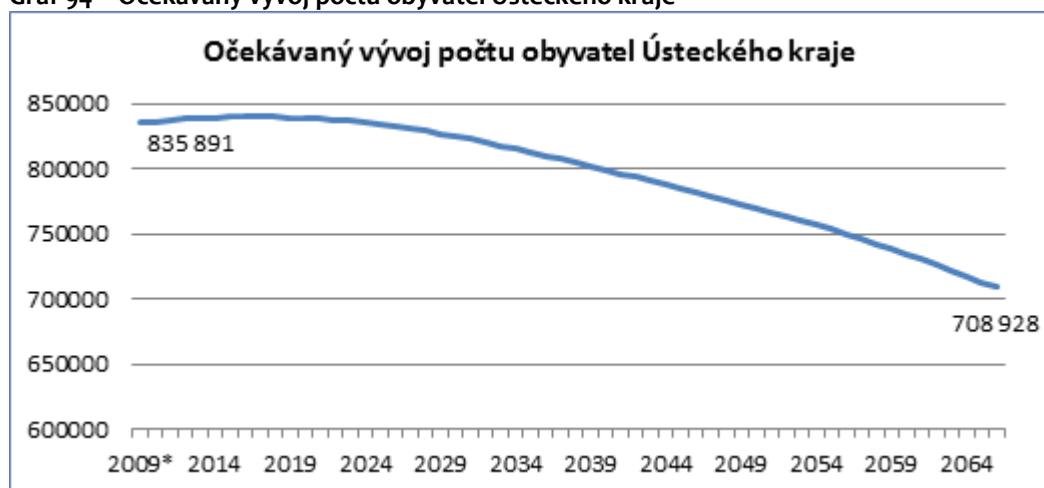
Zdroj: ČSÚ – Projekce obyvatelstva v krajích a oblastech ČR do roku 2065

Počet obyvatel všech krajů i oblastí by se za předpokladu nulové vnitřní i zahraniční migrace v horizontu projekce snížil, a to o 13-23 %. Nejrazantněji by ubylo obyvatel Hlavního města Prahy, které v současnosti ve své populaci absorbuje největší část migrace. Nejméně by se na základě očekávaného přirozeného pohybu snížil počet obyvatel Libereckého kraje a Vysočiny.

Graf 93 – Očekávaný vývoj přírůstku obyvatel Ústeckého kraje

Zdroj: ČSÚ – Projekce obyvatelstva v krajích a oblastech ČR do roku 2065

Graf 94 – Očekávaný vývoj počtu obyvatel Ústeckého kraje



Zdroj: ČSÚ – Projekce obyvatelstva v krajích a oblastech ČR do roku 2065

Počet obyvatel Ústeckého kraje by do roku 2030 (za předpokladu nulové vnitřní i zahraniční migrace) stagnoval v současné úrovni, následně by začal klesat. V horizontu projekce by se tak snížil o cca 127 tis. obyvatel, tj. o 15,2%.

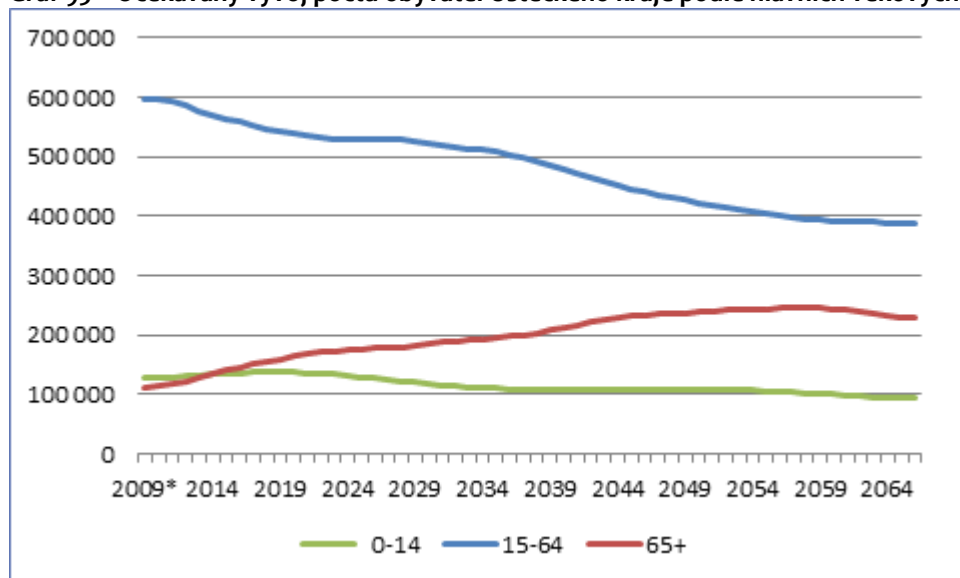
V následující tabulce je uveden předpokládaný vývoj věkové struktury obyvatel.

Tabulka 33 – Zastoupení věkových skupin v krajích ČR

	0-14 let			15-64 let			65 a více let		
	2009*	2035	2066	2009*	2035	2066	2009*	2035	2066
Hlavní město Praha	12,2	10,3	10,8	72,0	62,0	51,2	15,8	27,8	38,0
Středočeský kraj	14,9	12,8	12,6	70,8	62,4	54,2	14,2	24,8	33,2
Jihočeský kraj	14,4	12,7	12,2	70,8	61,1	52,7	14,8	26,2	35,1
Plzeňský kraj	13,8	12,4	12,2	70,9	61,4	52,9	15,2	26,2	35,0
Karlovarský kraj	14,6	12,7	12,3	71,8	61,8	53,3	13,7	25,5	34,4
Ústecký kraj	15,2	13,6	13,2	71,5	62,5	54,7	13,3	24,0	32,2
Liberecký kraj	14,8	13,3	13,0	71,4	61,7	53,4	13,9	25,0	33,5
Královéhradecký kraj	14,3	12,9	12,7	70,0	60,7	52,6	15,7	26,4	34,7
Pardubický kraj	14,6	13,2	12,9	70,3	61,5	52,7	15,1	25,3	34,4
Vysočina	14,5	13,2	12,8	70,3	61,1	52,2	15,2	25,7	35,0
Jihomoravský kraj	13,8	12,7	12,7	70,6	61,2	52,7	15,5	26,1	34,6
Olomoucký kraj	14,1	12,6	12,2	70,7	61,2	52,3	15,1	26,2	35,5
Zlínský kraj	14,0	12,4	11,9	70,6	61,1	51,9	15,5	26,5	36,2
Moravskoslezský kraj	14,3	12,9	12,4	71,2	61,1	52,8	14,5	26,0	34,8

* reálné definitivní údaje

Zdroj: ČSÚ – Projekce obyvatelstva v krajích a oblastech ČR do roku 2065

Graf 95 – Očekávaný vývoj počtu obyvatel Ústeckého kraje podle hlavních věkových skupin

Zdroj: ČSÚ – Projekce obyvatelstva v krajích a oblastech ČR do roku 2065

V rámci zastoupení hlavních věkových skupin na populaci dané lokality se při srovnání krajů ČR tradičně vymyká populace Hlavního města Prahy, která vykazuje vždy nejnižší podíl dětí do 15 let a naopak nejvyšší podíl osob starších 65 let. Ostatní kraje jsou v tomto ohledu vyrovnanější. **Relativně nejmladší je na počátku 21. století obyvatelstvo severozápadních Čech (Ústecký a Liberecký kraj), kde je nejvyšší zastoupení dětské složky a nejnižší složky seniorské ze všech krajů ČR. Do budoucna se však očekává nejvýraznější pokles ve skupině 15-64 let kompenzovaný odpovídajícím nárůstem ve skupině nad 65 let. To povede k výraznému stárnutí populace.**

Tabulka 34 – Ukazatele očekávaného věkového složení v krajích ČR

	Průměrný věk			Index stáří			Index ekonomického zatížení		
	2009*	2035	2066	2009*	2035	2066	2009*	2035	2066
Hlavní město Praha	41,6	49,2	53,2	130	270	354	49	75	116
Středočeský kraj	40,0	46,5	49,9	96	194	264	54	75	103
Jihočeský kraj	40,5	47,1	50,7	103	207	286	55	78	108
Plzeňský kraj	40,8	47,3	50,8	110	212	287	54	77	108
Karlovarský kraj	39,8	46,7	50,5	94	200	280	53	77	106
Ústecký kraj	39,6	45,8	49,1	88	177	245	53	75	101
Liberecký kraj	40,0	46,4	49,7	94	188	257	54	77	106
Královéhradecký kraj	40,9	47,1	50,4	110	204	272	57	80	110
Pardubický kraj	40,4	46,6	50,1	104	192	267	56	77	109
Vysočina	40,3	46,6	50,3	104	194	274	57	79	111
Jihomoravský kraj	40,8	47,1	50,4	112	206	273	55	78	109
Olomoucký kraj	40,5	47,2	51,0	107	208	292	55	78	110
Zlínský kraj	40,7	47,4	51,3	111	214	304	56	78	112
Moravskoslezský kraj	40,2	46,9	50,5	101	201	280	55	79	108

* reálné definitivní údaje

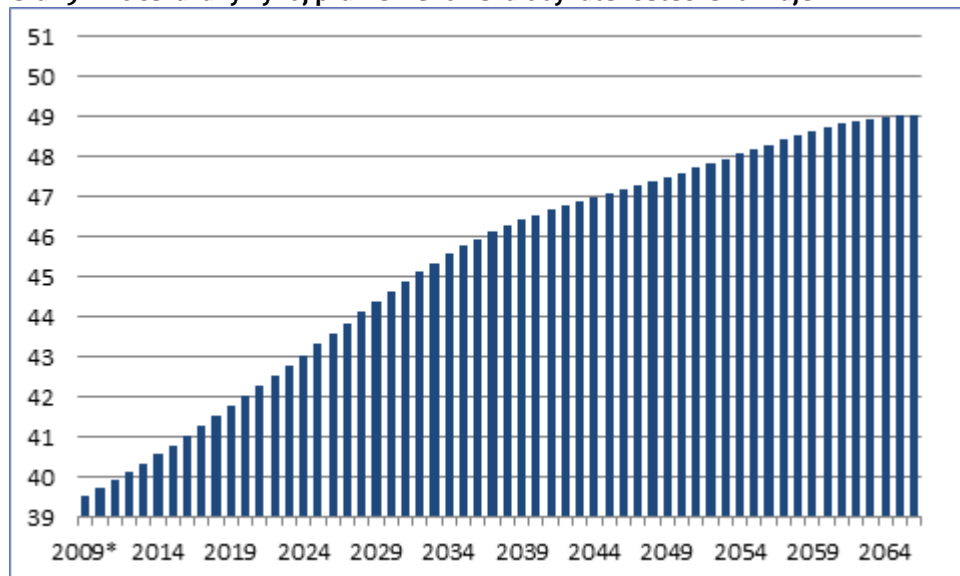
Pozn.: index stáří = počet osob ve věku 65 a více let na 100 osob ve věku 0-14 let

index ekonomického zatížení = počet osob ve věku 65 a více let a osob ve věku 0-19 let na 100 osob ve věku 20-64 let

Zdroj: ČSÚ – Projekce obyvatelstva v krajích a oblastech ČR do roku 2065

Rozložení krajů dle věkové struktury potvrzuje i **hodnota průměrného věku**, která se v jednotlivých krajích **na konci roku 2008 pohybovala mezi 39,6 let a 41,6 let, přičemž nejnižší platila pro Ústecký kraj a nejvyšší pro Hlavní město Prahu.**

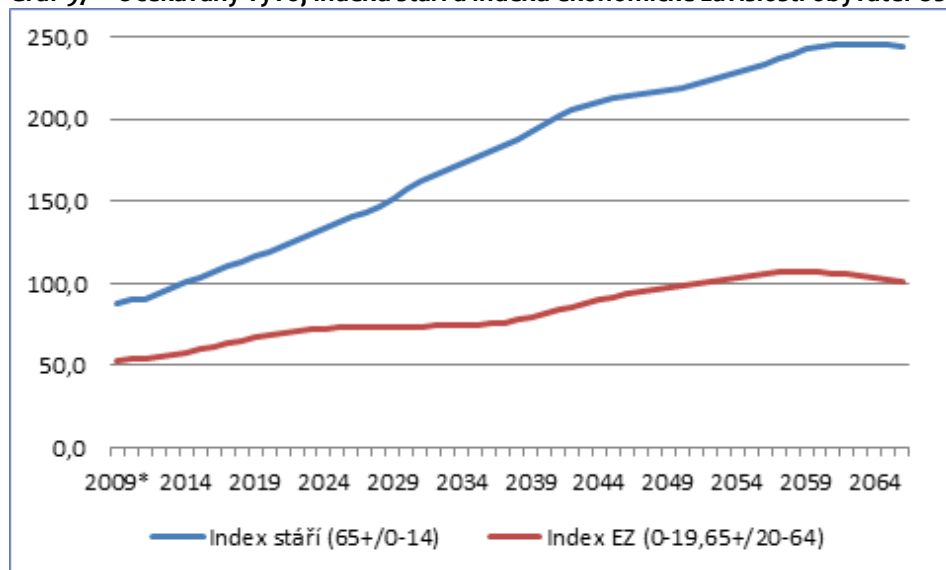
Graf 96 – Očekávaný vývoj průměrného věku obyvatel Ústeckého kraje



Zdroj: ČSÚ – Projekce obyvatelstva v krajích a oblastech ČR do roku 2065

Ve všech krajích ČR je **v uplynulých letech patrný trend stárnutí obyvatelstva**: index stárí (počet osob ve věku 65 a více let na 100 dětí do 15 let) v celorepublikovém měřítku překročil poprvé hranici 100 v roce 2006, avšak v Hlavním městě Praze tomu tak bylo již v roce 1995. Naopak na prahu projekce (1. 1. 2009) ještě ve čtyřech krajích (Středočeský, Karlovarský, Ústecký a Liberecký) počet seniorů nepřevyšoval počet dětí mladších 15 let. Nejnižší hodnotu přitom zaznamenal Ústecký kraj, kde připadlo na 100 dětí pouze 88 seniorů.

Graf 97 – Očekávaný vývoj indexu stárí a indexu ekonomické závislosti obyvatel Ústeckého kraje



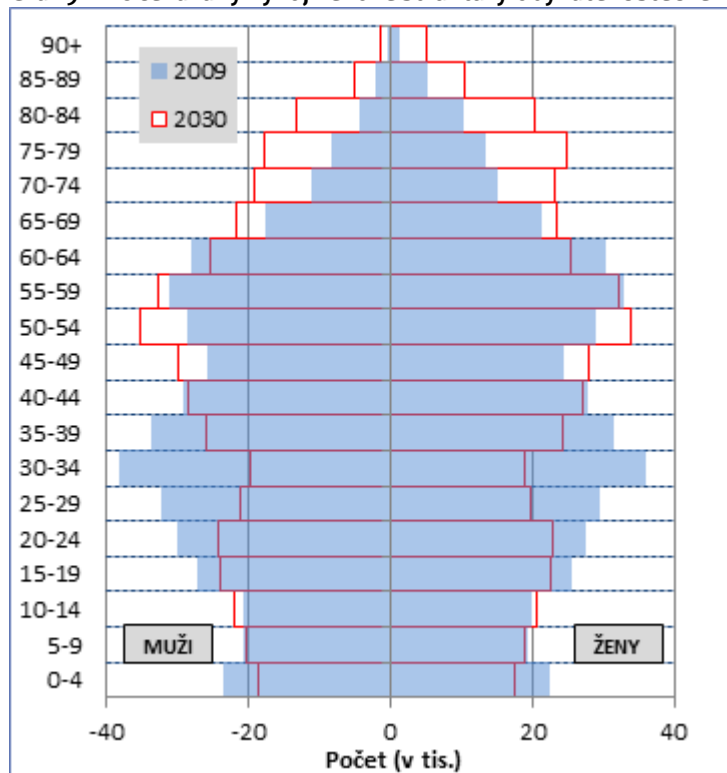
Zdroj: ČSÚ – Projekce obyvatelstva v krajích a oblastech ČR do roku 2065

Na základě vývoje populace (pouze) přirozeným pohybem se **bude index stárí ve všech krajích prudce zvyšovat**. V roce 2014 je očekávána ve všech regionech **početní převaha seniorů nad dětmi**, a ta bude stále markantnější, přičemž **ve 30. letech 21. století již bude dosahovat hodnoty 200 seniorů na 100 dětí**. V horizontu projekce by se **index stárí mohl pohybovat v rozmezí 245-354 seniorů na 100 dětí**, přičemž **nejnižší by byl v kraji Ústeckém** a nejvyšší v Hlavním městě Praze (bez uvažování vlivu migrace).

Index ekonomického zatížení porovnávající ekonomicky neaktivní a aktivní část populace (zde ve věku 20-64 let) je prozatím příznivý, neboť ve věku ekonomické aktivity se nachází nejsilnější generace narozené v polovině 70. let 20. století. **Podle projekce časem převáží složka neekonomicky nad aktivní. Počátek tohoto stavu se očekává ve druhé polovině 40. (příp. na počátku 50.) let 21. století**. Ve 2. polovině 50. let 21. století pak bude převis populace ve věku ekonomické neaktivity nejvyšší (dosahující hodnot 108 v Ústeckém kraji až 136 v Praze), poté k horizontu projekce poklesne na 101-116.

Předpokládaný **trend stárnutí obyvatel Ústeckého kraje** je patrný i z následujícího porovnání věkové struktury obyvatel v letech 2009 a 2030.

Graf 98 – Očekávaný vývoj věkové struktury obyvatel Ústeckého kraje mezi roky 2009 - 2030



Zdroj: ČSÚ – Projekce obyvatelstva v krajích a oblastech ČR do roku 2065

2.1.1.5 Prognóza zdravotního stavu obyvatelstva

Při prognóze vývoje zdravotního stavu obyvatelstva Ústeckého kraje vyjdeme ze současného zdravotního stavu a základních trendů budoucího demografického vývoje, které byly podrobně analyzovány v předchozích částech.

SOUHRNNÉ HODNOCENÍ SOUČASNÉHO ZDRAVOTNÍHO STAVU

Rekapitulace jednotlivých indikátorů zdravotního stavu obyvatel Ústeckého stavu podrobně analyzovaných v předchozích částech je provedena v následující tabulce:

Tabulka 35 – Souhrnné hodnocení zdravotního stavu obyvatelstva Ústeckého kraje

Ukazatel	Ústecký kraj	ČR	Index ÚK/ČR	Pořadí mezi kraji
Standardizované míry úmrtnosti (na 100.000 obyv.) v roce 2012				
celkem - muži	1 042,20	903,10	115,4%	1
celkem - ženy	633,60	542,60	116,8%	1
novotvary - muži	278,50	243,20	114,5%	1
novotvary - ženy	163,70	145,00	112,9%	2
oběhové choroby - muži	472,10	403,10	117,1%	1
oběhové choroby - ženy	314,10	264,00	119,0%	1
dýchací choroby - muži	55,90	53,10	105,3%	6
dýchací choroby - ženy	27,10	26,30	103,0%	6
vnější příčiny - muži	84,50	70,90	119,2%	1
vnější příčiny - ženy	27,90	22,60	123,5%	1
Novorozenecká úmrtnost	2,31	1,61	143,5%	1
Kojenecká úmrtnost	4,02	2,62	153,4%	1
Střední délka života				
muži	73,00	75,00	97,3%	14
ženy	79,00	80,90	97,7%	14
Nemocnost - incidence vybraných chorob v roce 2012				
incidence novotvarů na 100.000 obyv.	738,40	785,40	94,0%	
incidence salmonelové infekce na 100.000 obyv.	94,83	99,98	94,8%	
incidence TBC na 100.000 obyv.	6,65	5,81	114,4%	
incidence syfilis na 100.000 obyv.	8,10	6,50	124,7%	
incidence gonokoková infekce na 100.000 obyv.	10,52	10,89	96,7%	
Počet léčených diabetiků na 100.000 obyvatel	8 804,57	7 999,00	110,1%	
hypertenzní nemoci (na 1.000 registr.pacientů u PL)	145,40	119,50	121,7%	
ischemické nemoci srdeční (na 1.000 registr.pacientů u PL)	229,20	223,90	102,4%	
cévní nemoci mozku (na 1.000 registr.pacientů u PL)	96,10	93,90	102,3%	
obezita (na 1.000 registr.pacientů u PL)	35,80	31,60	113,3%	
Nemocnost - standard počty hospitalizací na 100.000 obyvatel (průměr 2007-2011)				
celkem	23 108,40	19 778,90	116,8%	2

Ukazatel	Ústecký kraj	ČR	Index ÚK/ČR	Pořadí mezi kraji
nemoci oběhové soustavy	3 763,50	3 218,90	116,9%	3
novotvary	2 197,10	1 838,20	119,5%	1
nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	2 145,00	1 718,20	124,8%	1
nemoci močové a pohlavní	2 157,70	1 748,00	123,4%	2
nemoci trávicí soustavy	1 913,50	1 861,80	102,8%	5
vnější příčiny	1 625,90	1 608,00	101,1%	7
těhotenství, porod a šestinedělí - ženy	4 317,70	3 655,20	118,1%	1
nemoci dýchací soustavy	899,00	859,00	104,7%	6
nemoci nervové soustavy	636,00	559,20	113,7%	1

Zdroj: ČSÚ, ÚZIS, MZ ČR

Zdravotní stav obyvatel Ústeckého kraje patří z pohledu hodnocených indikátorů **k nejhorším** v rámci krajů České republiky. V převážné většině indikátorů je mezi 14 kraji na nejhorším místě. Z hlediska vývoje je pak možné zaznamenat tyto zásadní trendy:

- od roku 1990 se v Ústeckém kraji i celé ČR **prodloužila naděje dožití při narození u žen o 4,7 roku a u mužů o 6,6 roku**. Je především výsledkem zlepšené zdravotnické péče, v první řadě rychlé intervence při mozkových a srdečních příhodách, a také dalším snížením kojenecké úmrtnosti, která v ČR dosáhla jedné z nejnižších měr na světě;
- přes uvedené pozitivní změny jsou **úmrtnostní podmínky v Ústeckém kraji nejméně příznivé** a to jak z celkového pohledu, tak i z pohledu jednotlivých příčin;
- i přes zvyšující se **hodnotu je naděje na dožití** u mužů i žen je v Ústeckém kraji, **trvale nejnepríznivější** ze všech krajů České republiky (**o cca 2 roky nižší** oproti průměru ČR u mužů i žen);
- zatímco klesá úmrtnost na choroby oběhové soustavy a zhoubné novotvary (měřeno měrami standardizované úmrtnosti), zjištěné případy (**incidence**) **všech zhoubných novotvarů mají trend dlouhodobě rostoucí**
- vývoj zdravotního stavu lze obecně charakterizovat dlouhodobým **rostoucím trendu výskytu chronických onemocnění** diabetes, hypertenzní nemoci, ischemické nemoci srdeční, cévní nemoci mozku, obezita).
- **výskyt nemocí a jejich závažnost roste s přibývajícím věkem** a nemocnost a úmrtnost je vyšší u mužů než u žen.

ZÁKLADNÍ TRENDY BUDOUCÍHO POPULAČNÍHO VÝVOJE V ÚSTECKÉM KRAJI

Na základě projekce obyvatelstva Ústeckého kraje do roku 2065 zpracované ČSÚ lze očekávat tyto vývojové trendy:

- **stagnace** (do roku 2030), následně **mírný pokles počtu obyvatel** (za předpokladu nulové migrace) - v horizontu projekce (do roku 2065) by se tak mohl snížit až o 15%.
- **dynamické stárnutí obyvatelstva**
 - ⇒ **průměrný věk se do roku 2030 zvýší o 5 let**, následně do roku 2065 o dalších 5 let
 - ⇒ **podíl dětí** do 15 let na populaci bude do roku 2030 **stagnovat** v současné výši 15%, následně bude **mírně klesat** k úrovni 13%
 - ⇒ **dynamicky poroste podíl osob starších 65 let** z výchozí úrovně 13% až na konečných 32%, což představuje **nárůst o 240%** (v roce 2030 bude tento podíl cca 22,5%) a to **na úkor ekonomicky aktivní části populace**, jejíž zastoupení v populaci se bude ve stejné míře zmenšovat
 - ⇒ **index stáří** konstruovaný jako podíl počtu osob starších 65 let k počtu dětí do 15 let **se zvýší z výchozí úrovně 90% na konečných 250%**
- **budoucí demografický obraz** Ústeckého kraje i celé ČR:
 - ⇒ přibližně **stejný počet obyvatel** jako dnes
 - ⇒ přibližně **stejně dětí**
 - ⇒ **méně osob v produktivním věku**
 - ⇒ podstatně **více seniorů**
 - ⇒ **podstatně větší nároky na zdravotní péči**
- **demografické stárnutí** v ČR i Ústeckém kraji **je neodvratným procesem**, který může zmírnit pouze kladné saldo migrace

PROGNÓZA VÝVOJE ZDRAVOTNÍHO STAVU OBYVATELSTVA

Na základě současného zdravotního stavu a budoucího populačního vývoje obyvatelstva Ústeckého kraje (stejně jako celé ČR) lze očekávat tyto trendy:

- **další prodlužování doby dožití, stárnutí populace** a s tím spojené zvyšování počtu lidí ve vyšších věkových skupinách bude vzhledem k silné závislosti nemocnosti na věku pacientů znamenat **další nárůst nemocnosti**
- pokračující **změna struktury onemocnění od akutních k chronickým**
- **další nárůst počtu závažných chronických onemocnění**, zejména:
 - ⇒ nádorová onemocnění,
 - ⇒ onemocnění oběhové soustavy (ischemické nemoci srdeční, cévní nemoci mozku),
 - ⇒ muskuloskeletální poruchy,
 - ⇒ metabolické poruchy (diabetes, metabolický syndrom, obezita),
 - ⇒ astma, chronická obstruktivní onemocnění plic,
 - ⇒ vysoký krevní tlak,
 - ⇒ onemocnění ledvin,
 - ⇒ poruchy zraku,
 - ⇒ poruchy sluchu.
- **nárůst počtu onemocnění nervového systému (demence a Alzheimerova choroba).**

2.1.1.6 Migrace pacientů (kraj / mimo kraj)

Pod pojmem migrace pacientů se rozumí cestování pacientů za zdravotní péčí. Analýzou migrace pacientů se zjišťuje, kde pacienti čerpají zdravotní péči s tím, že se posuzuje vztah mezi místem čerpání zdravotní péče a místem bydliště pacienta. Tímto způsobem lze mimo jiné zjistit, zda struktura poskytovatelů zdravotní péče a její dostupnost je v určitém regionu dostatečná, nebo zda jsou pacienti nuceni za zdravotní péčí cestovat jinam.

Potřebná data lze získat pouze za oblast lůžkové péče a to z pravidelných ročních publikací ÚZIS – Hospitalizovaní v nemocnicích ČR. Zdrojem dat pro tyto publikace je Národní registr hospitalizovaných. Z těchto dat lze mimo jiné vyčíst, odkud jsou lidé, kteří využívají služeb lůžkových zařízení v daném okrese či kraji, a naopak lze vysledovat, kam lidé z daného okresu jezdí za péčí.

Regionální rozložení hospitalizovaných pacientů zohledňující místo hospitalizace pacienta vypovídá o rozsahu a dostupnosti lůžkové péče v jednotlivých oblastech.

V následující tabulce jsou data o hospitalizacích v období 2007 – 2011 (delší časové období je použito z důvodu vyloučení možných odchylek) seříděna podle sídla zdravotnického zařízení, tzn., ve kterém kraji se hospitalizace uskutečnila.

Tabulka 36 – Vztah mezi krajem hospitalizace a bydlištěm pacienta (souhrnné údaje 2007-2011)

Kraj hospitalizace	Počet případů hospitalizace	Bydlící v kraji hospitalizace		Bydlící mimo kraj hospitalizace		Cizinci		Bezdomovci a neud. bydl.	
		absolutně	v %	absolutně	v %	absolutně	v %	absolutně	v %
Praha hl. m.	1 669 941	958 843	57,42%	702 869	42,09%	8 150	0,49%	79	0,00%
Středočeský	1 028 565	896 444	87,15%	126 856	12,33%	5 195	0,51%	70	0,01%
Jihočeský	667 365	616 827	92,43%	48 035	7,20%	2 378	0,36%	125	0,02%
Plzeňský	578 659	521 047	90,04%	49 627	8,58%	7 891	1,36%	96	0,02%
Karlovarský	290 594	269 179	92,63%	19 201	6,61%	2 125	0,73%	89	0,03%
Ústecký	925 686	885 656	95,68%	38 910	4,20%	1 033	0,11%	87	0,01%
Liberecký	468 280	408 868	87,31%	57 404	12,26%	1 968	0,42%	40	0,01%
Královéhradecký	578 302	489 059	84,57%	86 504	14,96%	2 689	0,46%	52	0,01%
Pardubický	461 840	427 729	92,61%	32 952	7,13%	1 117	0,24%	42	0,01%
Vysočina	540 710	481 450	89,04%	58 211	10,77%	1 000	0,18%	49	0,01%
Jihomoravský	1 379 593	1 202 929	87,19%	167 818	12,16%	8 720	0,63%	126	0,01%
Olomoucký	697 782	617 987	88,56%	78 552	11,26%	1 233	0,18%	10	0,00%
Zlínský	611 214	570 960	93,41%	38 351	6,27%	1 886	0,31%	17	0,00%
Moravskoslezský	1 336 212	1 275 645	95,47%	54 444	4,07%	5 475	0,41%	648	0,05%
ČR	11 234 743	9 622 623	85,65%	1 559 734	13,88%	50 860	0,45%	1 530	0,01%

Zdroj: ÚZIS – Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2007 - 2011

Z uvedených údajů vyplývá, že za období let 2007 – 2011 z celkového počtu případů hospitalizace v Ústeckém kraji (925.686 případů) se **95,7%** týkalo pacientů s bydlištěm v Ústeckém kraji. **To svědčí o velmi vysoké míře využití celkové kapacity lůžkových zařízení ve prospěch obyvatel Ústeckého kraje (spádovost), která je nejvyšší v rámci celé ČR.** Naopak nejnižší spádovost je podle očekávání u nemocnic Hl. m. Prahy, které v řadě odborností plní i funkci center superspecializované péče pro obyvatele z celé ČR.

Podíl hospitalizací obyvatel s bydlištěm mimo Ústecký kraj činil pouhých 4,2 %. Tato hodnota je po Moravskoslezském kraji druhá nejnižší v rámci krajů a ukazuje, že **lůžková zdravotnická zařízení Ústeckého kraje jsou využívána pacienty trvale bydlícími v jiných krajích pouze minimálně.**

Ve sledovaném období bylo v lůžkových zdravotnických zařízeních Ústeckého kraje evidováno pouhých **1.033 případů hospitalizace cizinců, což představuje zanedbatelných 0,11%** z celkového počtu hospitalizací. Tento podíl odpovídá průměru dosaženému v celé ČR.

V další tabulce jsou data o hospitalizacích v období 2007 – 2011 sledována podle bydliště pacientů.

Tabulka 37 – Vztah mezi okresem bydliště pac. a místem hospitalizace (souhrnné údaje 2007-2011)

Okres / kraj bydliště	Počet případů hospitalizace podle místa bydliště							
	absolutně			v % z celku			celkem	
	v okrese	v kraji mimo okr.	mimo kraj bydliště	v okrese	v kraji mimo okr.	mimo kraj bydliště	absolutně	roční průměr na 100.000
Děčín	108 146	26 470	25 564	67,52%	16,53%	15,96%	160 180	23 743,1
Chomutov	104 069	22 888	17 497	72,04%	15,84%	12,11%	144 454	22 915,8
Litoměřice	110 707	19 971	22 426	72,31%	13,04%	14,65%	153 104	26 080,8
Louny	47 386	32 367	26 840	44,46%	30,37%	25,18%	106 593	24 541,7
Most	107 859	18 811	13 930	76,71%	13,38%	9,91%	140 600	24 117,2
Teplice	108 253	39 881	14 905	66,40%	24,46%	9,14%	163 039	25 196,0
Ústín/L	129 719	9 129	9 022	87,73%	6,17%	6,10%	147 870	24 486,1
Ústecký	716 139	169 517	130 184	70,50%	16,69%	12,82%	1 015 840	24 417,7
ČR	7 277 191	2 345 070	1 559 734	65,08%	20,97%	13,95%	11 181 995	21 400,5

Zdroj: ÚZIS – Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2007 - 2011

Z uvedených údajů vyplývá, že z celkového počtu případů hospitalizace obyvatel Ústeckého kraje bylo celkem 87,2% provedeno ve zdravotnických zařízeních v Ústeckém kraji. V rámci jednotlivých okresů jsou v cca 70% případů pacienti využívány spádové nemocnice v okrese jejich bydliště a v cca 17% případů ostatní nemocnice v kraji. Tyto hodnoty patří k nejvyšším v rámci celé ČR a svědčí o relativně dobré dostupnosti lůžkové zdravotní péče v Ústeckém kraji. V pouhých 12,8% případů hospitalizace migrovali pacienti za zdravotní péči do jiného kraje, což je hodnota, která je mírně pod průměrem ČR (určitá míra migrace pacientů je přirozená, minimálně ta za superspecializovanou péčí, která není v Ústeckém kraji dostupná).

Rozmanitější je však situace v jednotlivých okresech. Nejvyšší míra využití lůžkové zdravotní péče ve spádové „okresní“ nemocnici je podle očekávání v Ústí nad Labem (ústecká Masarykova nemocnice je největším lůžkovým zdravotnickým zařízením v kraji co do počtu lůžek i spektra odborností). Ve většině dalších okresů se pak míra využití spádové „okresní“ nemocnice nebo jiné nemocnice v kraji pohybuje v úrovni průměru Ústeckého kraje.

Výjimkou je okres Louny, kde míra využití spádových „okresních“ nemocnic je výrazně nižší (pouhých necelých 45%), což ukazuje na horší dostupnost zdravotní péče (zejména ve vybraných oborech), která nutí obyvatele tohoto okresu cestovat za zdravotní péčí do jiných okresů Ústeckého kraje (cca 30% případů) a ve významné míře (25%) i mimo Ústecký kraj. Tento stav je částečně ovlivněn topografií tohoto geograficky poměrně rozlehlého okresu, kdy z některých jeho oblastí je dojezdová vzdálenost do nemocnic ve Středočeském kraji (Slaný, Rakovník), ale i v Praze příznivější než do nemocnic v tomto nebo jiných okresech Ústeckého kraje a tyto nemocnice jsou tak pro tyto oblasti přirozenými spádovými nemocnicemi. Současně je však tento stav i možným signálem horší dostupnosti lůžkové zdravotní péče v tomto okrese a i jednou z možných příčin vyšší úmrtnosti obyvatel v tomto okrese, která patří mezi nejvyšší v rámci celé ČR (viz. výše).

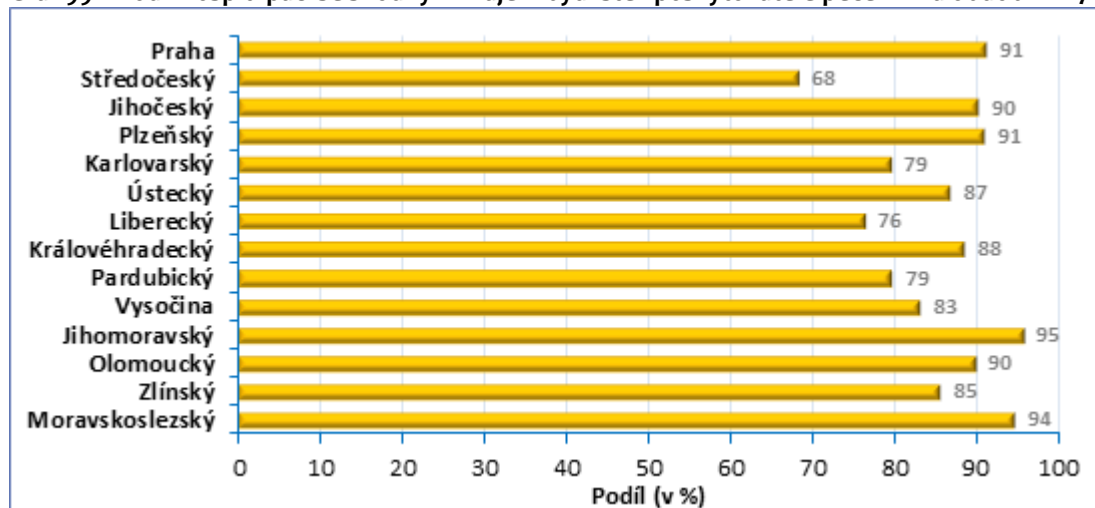
Při porovnání počtu hospitalizací na obyvatele příslušného kraje je zřejmá vysoká intenzita nemocnosti obyvatel Ústeckého kraje s počtem přesahujícím 24 hospitalizací na 100 obyvatel. Tato hodnota o 14% převyšuje celorepublikový průměr a současně patří k nejvyšším v rámci celé ČR. V rámci Ústeckého kraje se pak výrazně nadprůměrnou nemocností vyznačuje okres Litoměřice s počtem hospitalizací převyšujícím 26 případů na 100 obyvatel.

Další údaje o migraci pacientů za lůžkovou péčí lze získat z aplikace MZ ČR „Nemocnost a dostupnost zdravotní péče nemocnic v krajích ČR“ publikované v letošním roce na webových stránkách MZ ČR. Tato aplikace ukazuje, kam pacienti s kterou diagnózou migrují za lůžkovou péčí poskytovanou v rámci nemocnic ČR a jaké existují regionální rozdíly v nemocnosti.

I pro tuto aplikaci je zdrojem dat Národní registr hospitalizovaných. Na rozdíl od běžně prezentovaných výstupů z NRHOSP, kde je statistická jednotka definována jako jeden ukončený případ hospitalizace na oddělení v daném roce (viz. i výše uvedené tabulky), však představují uvedené počty hospitalizací v aplikaci pobyty pacienta v jednom zdravotnickém zařízení poskytovatele akutní lůžkové péče. Jednotlivé ukončené navazující případy hospitalizace na odděleních byly pro účely této aplikace sloučeny do jednoho pobytu, přičemž určující diagnózou pro tento pobyt byla hlavní příčina první hospitalizace.

Pro porovnatelnost s předchozími tabulkami a z důvodu eliminace krátkodobých výkyvů jsou v následujících grafech analyzovány údaje o hospitalizacích v období 2007-2011.

Graf 99 – Podíl hospit. pac. se shodným krajem bydliště i poskytovatele péče v % za období 2007-2011



Zdroj: MZ ČR – Aplikace „Nemocnost a dostupnost zdravotní péče nemocnic v krajích ČR“

Uvedené výstupy potvrzují již výše analyzovanou **celkovou míru migrace obyvatel** Ústeckého kraje za lůžkovou zdravotní péčí do zdravotnických zařízení mimo Ústecký kraj v úrovni 13%. Tato hodnota patří v rámci všech krajů **mezi průměrné**.

Navíc je však z výstupů aplikace možné podrobněji analyzovat konkrétní kraje o směrech migrace.

Graf 100 – Podíl hosp. pac. se shodným krajem bydliště i poskytovatele péče v % za období 2007-2011

Kraj bydliště		Kraj poskytovatele													
		10	20	31	32	41	42	51	52	53	63	64	71	72	80
		Praha	Středočeský	Jihočeský	Plzeňský	Karlovarský	Ústecký	Liberecký	Královéhradecký	Pardubický	Vysočina	Jihomoravský	Olomoucký	Zlínský	Moravskoslezský
10	Praha	91,0	4,5	0,9	0,4	0,2	0,5	0,5	0,5	0,2	0,3	0,4	0,1	0,1	0,3
20	Středočeský	26,6	68,2	0,6	0,4	0,1	0,6	0,8	0,7	0,4	0,8	0,6	0,1	0,1	0,1
31	Jihočeský	5,3	0,7	90,0	0,8	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	1,4	0,8	0,1	0,1	0,1
32	Plzeňský	3,6	1,2	1,4	90,7	1,8	0,2	0,2	0,3	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1
41	Karlovarský	8,0	0,6	0,5	7,4	79,4	1,7	0,2	0,3	0,2	0,2	0,8	0,3	0,2	0,1
42	Ústecký	8,2	1,6	0,2	0,4	0,4	86,6	1,6	0,2	0,1	0,1	0,4	0,1	0,0	0,1
51	Liberecký	14,5	3,9	0,1	0,3	0,1	2,0	76,2	2,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,0	0,1
52	Královéhradecký	3,2	1,3	0,1	0,1	0,0	0,2	3,1	88,3	2,3	0,4	0,6	0,2	0,1	0,1
53	Pardubický	3,0	1,6	0,2	0,1	0,0	0,1	0,4	8,3	79,5	2,4	2,7	1,4	0,2	0,2
63	Vysočina	3,6	0,6	2,2	0,1	0,0	0,1	0,2	0,6	0,5	82,9	8,5	0,2	0,1	0,2
64	Jihomoravský	0,9	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	1,0	95,5	0,7	0,8	0,3
71	Olomoucký	1,3	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	2,6	89,6	1,7	3,6
72	Zlínský	1,4	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	6,0	3,7	85,4	2,9
80	Moravskoslezský	1,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	1,0	2,2	0,6	94,4

Zdroj: MZ ČR – Aplikace „Nemocnost a dostupnost zdravotní péče nemocnic v krajích ČR“

Z údajů vyplývá, že z uvedených 13% migrujících pacientů – obyvatel Ústeckého kraje směřuje 8,2% do nemocnic v Praze, 1,6% do nemocnic ve Středočeském kraji a 1,6% do nemocnic v Libereckém kraji. Podíly ostatních krajů jsou již nižší než 0,5%, přičemž výše podílu se snižuje se vzdáleností od Ústeckého kraje. Tyto hodnoty jsou přirozené – nejvíce pacientů migruje za zdravotní péčí do nemocnic v Praze (centra superspecializované péče pro obyvatele z celé ČR) a dále do nemocnic v sousedních krajích (pravděpodobně zejména obyvatele poblíž hranic krajů).

Obdobně do nemocnic Ústeckého kraje směřuje migrace pacientů zejména z Libereckého (2,0%), Karlovarského (1,7%) a Středočeského kraje (0,6%). Migrace z ostatních krajů je již pod úrovní 0,5%.

V následující tabulce je provedeno porovnání migrace z hlediska jednotlivých skupin diagnóz. Ve sloupcích je uvedena míra celkové migrace obyvatel Ústeckého kraje (podíl hospitalizací mimo kraj bydliště z celkového počtu hospitalizací), z toho v nemocnicích v Praze a odchylka od průměrné míry migrace za celý soubor hospitalizací.

Tabulka 38 – Podíl migrujících pac. lůžkové péče podle skupin diagnóz (souhrnné údaje 2007-2011)

Kapitola / skupina	Název kapitoly / skupiny	Míra celkové migrace	z toho Praha	odchylka od průměru
I.	Některé infekční a parazitární nemoci	11,4%	4,8%	-2,0%
II.	Novotvary	19,7%	14,6%	6,3%
III.	Nemoci krve, krvetvorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity	8,5%	6,5%	-4,9%
IV.	Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	21,7%	15,7%	8,4%
V.	Poruchy duševní a poruchy chování	11,2%	6,1%	-2,2%
VI.	Nemoci nervové soustavy	12,8%	8,8%	-0,6%
VII.	Nemoci oka a očních adnex	14,2%	10,4%	0,8%
VIII.	Nemoci ucha a bradavkového výběžku	20,7%	16,6%	7,4%
IX.	Nemoci oběhové soustavy	17,5%	13,5%	4,1%
X.	Nemoci dýchací soustavy	8,3%	4,0%	-5,1%
XI.	Nemoci trávicí soustavy	9,7%	5,7%	-3,6%
XII.	Nemoci kůže a podkožního vaziva	10,6%	5,0%	-2,8%
XIII.	Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	15,4%	8,6%	2,1%
XIV.	Nemoci močové a pohlavní soustavy	12,8%	6,4%	-0,6%
XV.	Těhotenství, porod a šestinedělí	9,0%	2,9%	-4,4%
XVI.	Některé stavy vzniklé v perinatálním období	0,0%	0,0%	-13,4%
XVII.	Vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality	45,2%	41,2%	31,8%
XVIII.	Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde	6,2%	2,4%	-7,1%
XIX.	Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin	11,0%	4,5%	-2,4%
XX.	Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti			-13,4%
XXI.	Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami	12,6%	7,5%	-0,7%
XXII.	Kódy pro speciální účely			
	CELKEM	13,4%	8,2%	

Zdroj: MZ ČR – Aplikace „Nemocnost a dostupnost zdravotní péče nemocnic v krajích ČR“

Nejvyšší míry migrace jsou ve skupinách – vrozené vady, endokrinních nemocí, nemocí ucha, nádorových onemocnění a nemocí oběhové soustavy. U těchto skupin je migrace pacientů nadprůměrná.

Nadprůměrná míra migrace v některých skupinách může být **signálem horší dostupnosti lůžkové zdravotní péče v dané skupině.**

2.1.1.7 Priority pro zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva

Na základě výsledků analýz a hodnocení provedených v předchozích částech byly identifikovány tyto **hlavní problematické oblasti zdravotního stavu obyvatelstva Ústeckého kraje** (oblasti s nepříznivými trendy vývoje jednotlivých chorob, případně oblasti s nadprůměrně vysokou incidencí a prevalencí jednotlivých chorob):

- **Nejvyšší úroveň úmrtnosti** v rámci celé ČR
 - kojenecká i novorozenecká úmrtnost v Ústeckém kraji i jeho jednotlivých okresech k nejvyšším v rámci ČR,
 - výrazně nadprůměrná úmrtnost u většiny nejvýznamnějších příčin úmrtí,
 - nejvyšší úmrtnost na zhoubné novotvary přestože incidence je podprůměrná.
- **Nejnižší střední délka života mužů i žen** v rámci celé ČR.
- **Nejvyšší míra hospitalizací** v rámci ČR jako odraz vysoké intenzity nemocnosti, zejména u
 - **novotvarů** (nejvyšší v ČR),
 - **nemocí oběhové soustavy,**
 - **nemocí svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně** (nejvyšší v ČR),
 - **nemoci močové a pohlavní,**
 - **pro těhotenství a porod tkáně** (nejvyšší v ČR),
 - **nemoci nervové soustavy u žen** (nejvyšší v ČR) .
- Trvale nadprůměrná incidence **pohlavně přenosných infekcí**.
- Trvalý růst počtu pacientů sledovaných pro **hypertenzní nemoci**.
- Trvalý růst počtu pacientů sledovaných pro **obezitu** (alarmující růst počtu dětí dispenzarizovaných pro obezitu).
- Nadprůměrný počet léčených **diabetiků**.
- Dlouhodobým rostoucí trend výskytu **chronických onemocnění**.

Do těchto problematických oblastí by proto měly být směřovány priority pro zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva.

2.1.1.8 Potřeby rozvoje zdravotních služeb

Z výsledků provedených analýz a hodnocení a v návaznosti na definované priority pro zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva vyplývají tyto hlavní potřeby rozvoje zdravotních služeb:

- **Rozvoj zdravotních služeb a jejich infrastruktury v oblasti onkologie** (nadprůměrná míra úmrtnosti při podprůměrné incidenci onemocnění, nadprůměrná míra migrace mohou být signálem horší kvality a dostupnosti této zdravotní služby).
- **Rozvoj zdravotních služeb a jejich infrastruktury v oblasti kardiovaskulárních a cévních mozkových chorob** - kardiocentra, iktová centra (nadprůměrná míra úmrtnosti, nadprůměrná míra hospitalizovanosti, rostoucí počty nemocných).
- **Rozvoj zdravotních služeb v oblasti primární péče a to zejména praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost** (v důsledku rostoucích počtů dispenzarizovaných nemocí - diabetiků, pacientů sledovaných pro hypertenze, obezitu a dalších chronických onemocnění).
- **Rozvoj zdravotních služeb v oboru gerontologie** (v důsledku stárnutí populace).
- **Zvyšování celkové kapacity zdravotních služeb v souvislosti se stárnutím populace** (vyšší počet obyvatel ve vyšším věku znamená vyšší nároky na zdravotní péči v absolutních číslech).

2.1.2 Dostupnost a vybavenost zdravotních služeb

V této části bude provedena analýza poskytování zdravotní péče v jednotlivých segmentech v z hlediska její dostupnosti a vybavenosti. **Vybavenost** je zde chápána z hlediska rozsahu poskytované zdravotní péče, jejích kapacit a územního rozložení. Rozsah a kapacity zdravotní péče jsou závislé zejména na počtu poskytovatelů (lékařů). **Dostupnost** zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění je pak definována Nařízením vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb č. 307/2012 Sb. Ve smyslu tohoto předpisu je rozlišována místní a časová dostupnost zdravotních služeb.

2.1.2.1 Souhrnné údaje o poskytovatelích zdravotní péče

Souhrnné údaje o síti zdravotnických zařízení v Ústeckém kraji jsou uvedeny v následující tabulce:

Tabulka 39 – Síť zdravotnických zařízení v Ústeckém kraji v roce 2012

Druh zařízení	Počet zařízení	Přepočtený počet lékařů	Přepočtený počet ZPBD	Lůžka
nemocnice (včetně ambulantní části)	11	1 111,6	3 798,9	4 254
nemocnice násl. péče (včetně ambulantní části)	9	65,9	283,5	724
nemocnice celkem	20	1 177,5	4 082,4	4 978
léčebny pro dlouhodobě nemocné	6	26,0	125,8	485
psychiatrické léčebny - dospělí	2	39,0	196,4	699
dětské psychiatrické léčebny	1	2,2	15,0	50
hospic	2	3,8	17,8	41
další lůžková zařízení	2	7,1	14,0	36
odborné léčebné ústavy celkem	13	78,0	369,0	1 311
lázeňské léčebny - dospělí	4	14,4	46,7	1 093
lázně celkem	4	14,4	46,7	1 093
sdružená ambulantní zařízení	6	65,2	122,1	
zdravotnická střediska	14	23,4	69,3	
samost. ordinace prakt. lékaře pro dospělé	318	336,6	339,5	
samost. ordinace prakt. lék. pro děti a dorost	153	154,1	152,3	
samost. ordinace prakt. lékaře stomatologa	365	383,0	390,3	
samost. ordinace prakt. lékaře gynekologa	106	98,7	109,1	
samost. ordinace odborného lék. specialisty	456	427,5	458,5	
ostatní ambulantní zařízení	271	64,3	743,1	
samostatná ambulantní zařízení celkem	1 689	1 552,7	2 384,0	
kojenecké ústavy a dětské domovy	1	1,0	71,3	
dětské stacionáře a centra	4	0,2	6,3	
jesle a další dětská zařízení	9		24,3	
stacionáře pro dospělé	1	0,3	0,3	
dopravní a záchranná zdravotnická služba	20	53,5	218,3	
zvláštní zdravotnická zařízení celkem	35	55,0	320,4	
lékárny	181		426,0	
výdejny	31		53,5	
zařízení lékárenské péče celkem ^	212		479,5	
orgány ochrany veřejného zdraví	2	30,9	233,9	
celkem - absolutně	1 975	2 908,3	7 915,8	7 382
- na 10 000 obyvatel		2,8	7,5	89,3

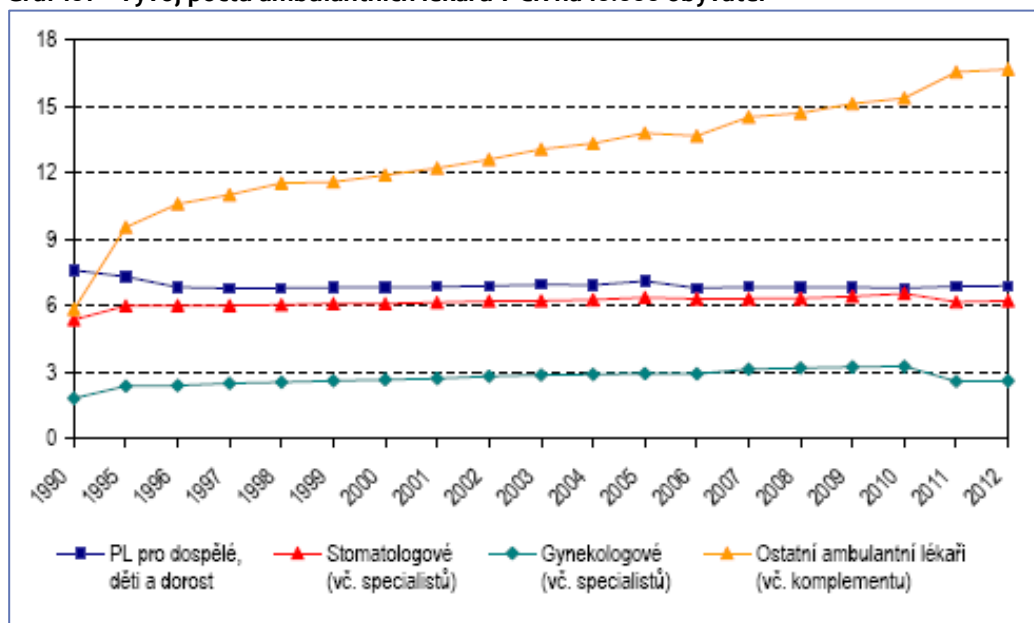
Zdroj: ÚZIS – Síť zdravotnických zařízení 2012

2.1.2.2 Vybavenost ambulantní péče

Ambulantní péče se rozumí zdravotní péče, při níž není nutná hospitalizace nebo přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení, které poskytuje jednodenní péči, a je poskytována lékaři **primární péče** nebo **odbornými specialisty**.

Jak je patrné z následujícího grafu, dochází v rámci ambulantní péče od roku 1990 k trvalému **růstu počtu ambulantních specialistů**, přičemž **počet lékařů primární péče dlouhodobě stagnuje**.

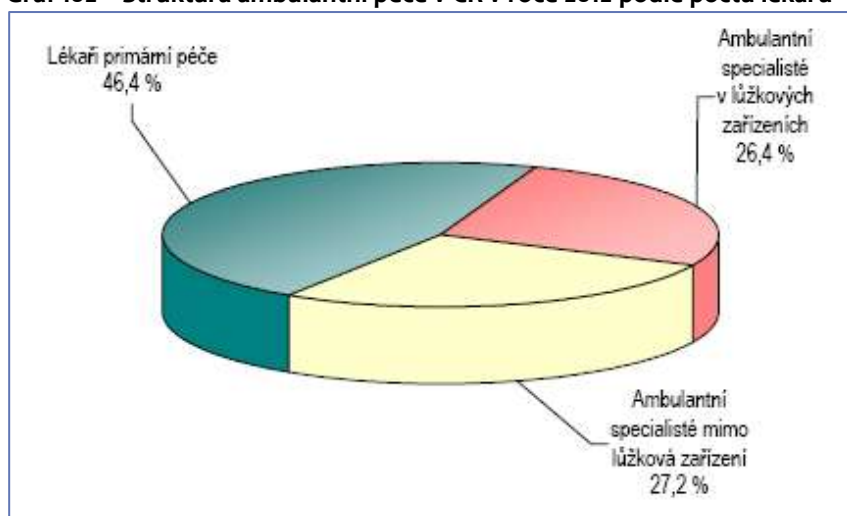
Graf 101 – Vývoj počtu ambulantních lékařů v ČR na 10.000 obyvatel



Zdroj: ÚZIS – Sít' zdravotnických zařízení 2012

Přes uvedený trvalý růst počtu ambulantních specialistů, je podíl primární péče a specializované ambulantní péče zhruba poloviční.

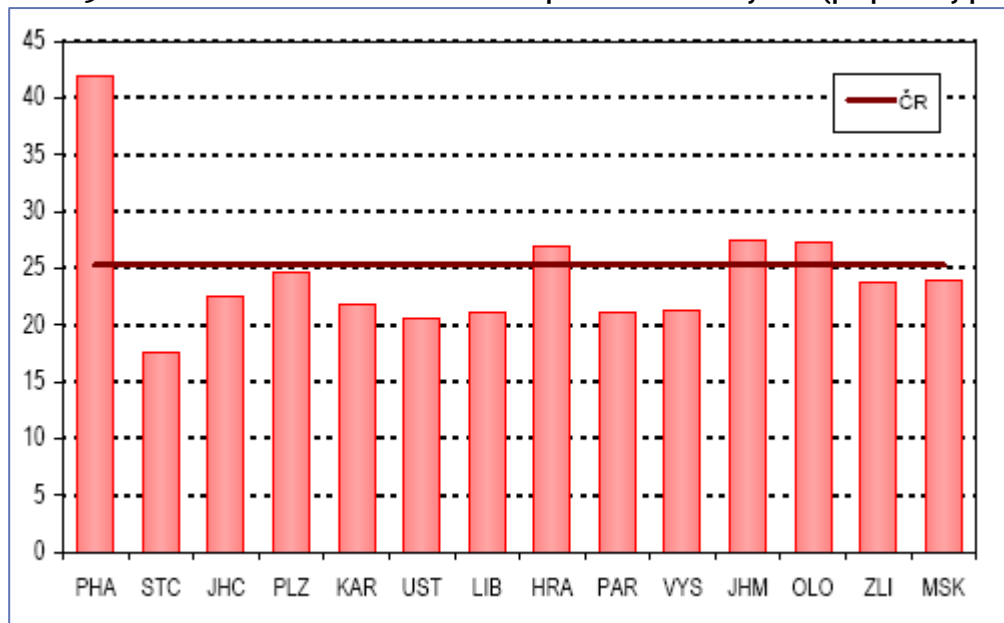
Graf 102 – Struktura ambulantní péče v ČR v roce 2012 podle počtu lékařů



Zdroj: ÚZIS – Činnost zdravotnických zařízení v roce 2012

Z porovnání celkového rozsahu ambulantní péče v jednotlivých regionech (viz. následující graf) je zřejmé postavení Ústeckého kraje, jako kraje s **nejhorší vybaveností ambulantní péče** podle počtu lékařů v zařízení ambulantní péče na 10.000 obyvatel (nižší hodnota ve Středočeském kraji je ovlivněna spádovostí území Hl. m. Prahy s vysoce nadprůměrným počtem lékařů, se zohledněním tohoto faktu je skutečná vybavenost ambulantní péče v tomto kraji výrazně vyšší).

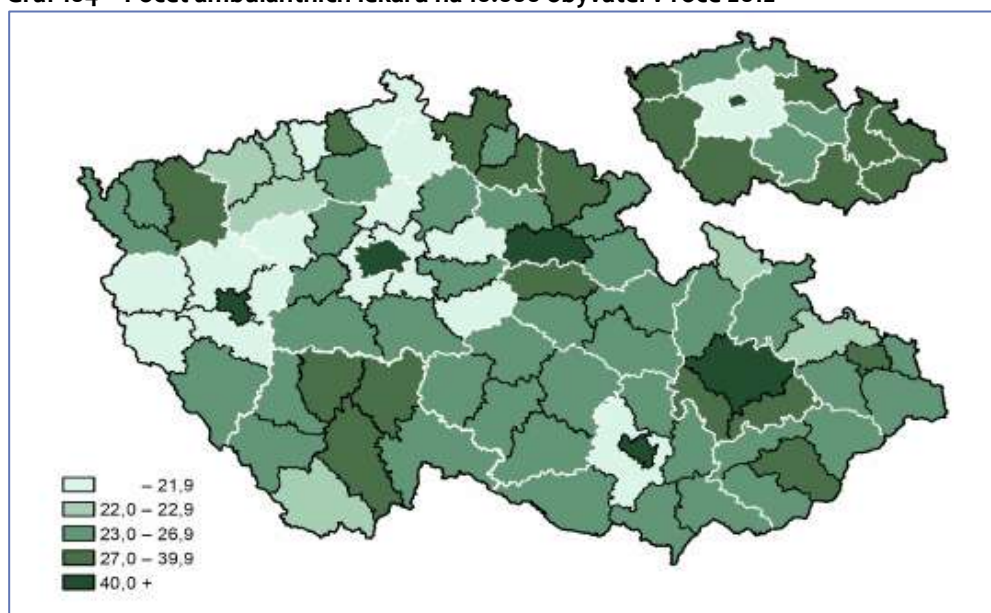
Graf 103 – Počet lékařů v zařízeních ambulantní péče na 10.000 obyvatel (přepočtený počet)



Zdroj: ÚZIS – Činnost zdravotnických zařízení 2012

Horší vybavenost ambulantní péče v rámci Ústeckého kraje i ve většině jeho okresů potvrzuje i následující kartogram.

Graf 104 – Počet ambulantních lékařů na 10.000 obyvatel v roce 2012



Zdroj: ÚZIS – Sít' zdravotnických zařízení 2012

PRIMÁRNÍ PÉČE

Primární péče je zdravotní péče poskytovaná za účelem poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a posudkové péče a konzultací, dále koordinace a návaznost poskytovaných zdravotních služeb jinými poskytovateli; součástí je vždy návštěvní služba. Je poskytována jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci.

Ve smyslu této definice jsou tak v našich podmínkách poskytovateli primární zdravotní péče:

- praktičtí lékaři pro dospělé
- praktičtí lékaři pro děti a dorost
- ambulantní gynekologové
- stomatologové.

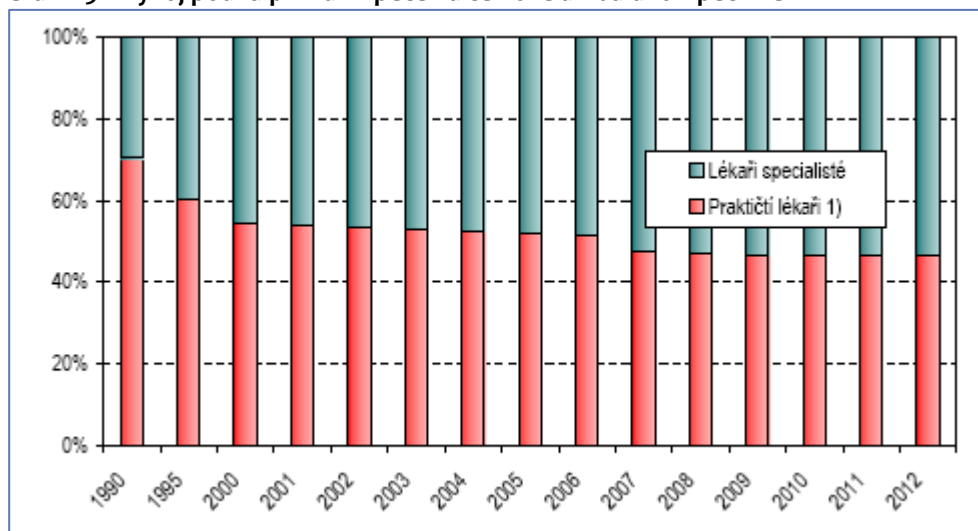
V případě onemocnění se pacient obrací zpravidla nejprve na uvedené lékaře primární péče, u kterých se však musí nejprve zaregistrovat.

Lékař může odmítnout zaregistrovat pojištěnce:

- jestliže by jeho přijetí znamenalo pro lékaře takové pracovní zatížení, jež by mu znemožnilo kvalitní péči o tohoto pacienta či o jiné pacienty, které již ve své péči má,
- pokud by vzdálenost místa pobytu pacienta neumožňovala v případě poskytování zdravotních služeb výkon návštěvní služby,
- pokud pacient není pojištěncem zdravotní pojišťovny, se kterou má poskytovatel uzavřenou smlouvu.

Velký význam segmentu primární péče je patrný z následujícího grafu, podle kterého přes mírně klesající trend dosahuje podíl primární péče na celkové ambulantní péči v současné době necelých 50%.

Graf 105 – Vývoj podílu primární péče na celkové ambulantní péči v ČR



Pozn. – 1) tato skupina zahrnuje PL pro dospělé, PL pro děti, dorost, amb. gynekologové a stomatologové

Zdroj: ÚZIS – Činnost zdravotnických zařízení v roce 2012

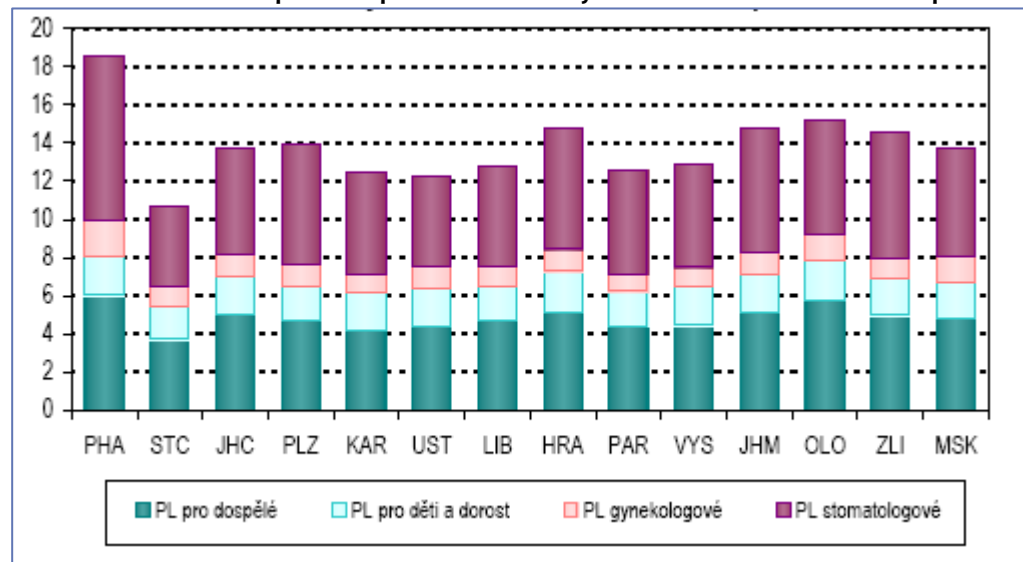
Celkový počet lékařů primární péče na 10.000 obyvatel (resp. pacientů) v jednotlivých krajích ČR a jejich strukturu ukazuje následující tabulka a graf.

Tabulka 40 – Průměrné přepočtené počty lékařů primární péče v roce 2012

Kraj	PL na 10.000 obyv.	PLD na 10.000 reg.pac.	PGYN na 10.000 žen	PSTOM na 10.000 obyv.
PHA	6,84	11,55	3,54	7,32
STC	5,51	9,78	2,07	3,62
JHC	6,49	10,87	2,31	4,99
PLZ	6,14	10,31	2,15	4,83
KAR	5,96	11,13	1,96	4,45
UST	5,68	9,77	2,45	4,48
LIB	5,70	9,94	2,05	4,56
HRA	5,93	11,04	2,31	4,90
PAR	5,51	9,91	1,80	4,58
VYS	5,79	10,49	2,00	5,04
JHM	6,19	11,12	2,41	4,84
OLO	6,99	11,47	2,63	4,72
ZLI	6,34	10,54	2,12	5,61
MSK	6,04	9,90	2,67	3,24
ČR	6,13	10,53	2,43	4,79

Zdroj: ÚZIS – Sít' zdravotnických zařízení 2012

Graf 106 – Počet lékařů primární péče na 10.000 obyvatel v zařízeních ambulantní péče



Zdroj: ÚZIS – Činnost zdravotnických zařízení v roce 2012

Z údajů je zřejmé, že Ústecký kraj z hlediska celkového počtu lékařů primární péče na 10.000 obyvatel dosahuje **podprůměrných hodnot a zaujímá předposlední místo v rámci krajů ČR.**

PRAKTIČTÍ LÉKAŘI PRO DOSPĚLÉ

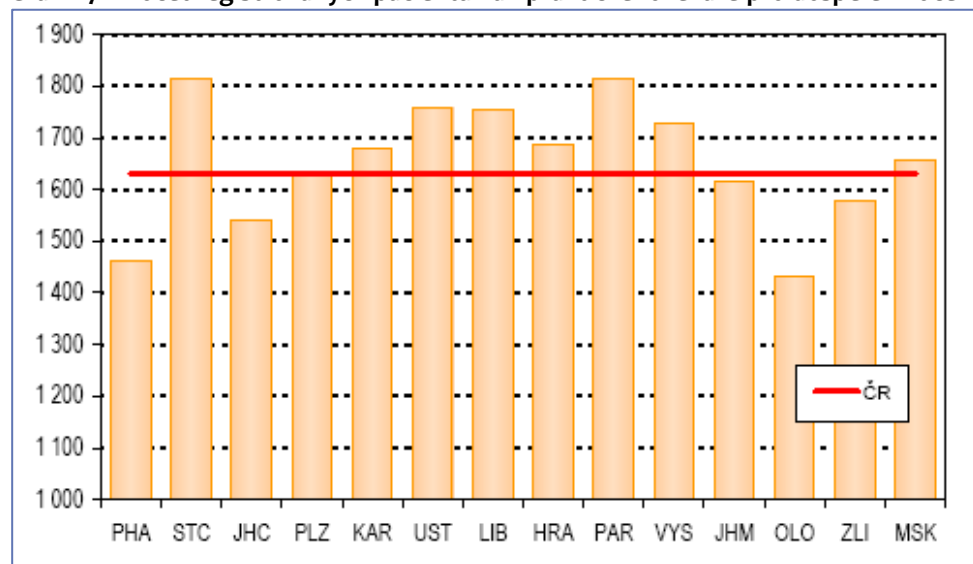
Tabulka 41 – Činnost praktických lékařů pro dospělé v Ústeckém kraji v roce 2012

Okres	Lékaři	Počet ošetření-vyšetření		Počet registrovaných pacientů na 1 lékaře
		na 1 lékaře	na 1 registr. pacienta	
Děčín	59,0	8 310,3	4,9	1 710
Chomutov	46,7	9 625,1	4,7	2 031
Litoměřice	53,4	8 013,4	4,8	1 685
Louny	45,7	7 806,3	5,1	1 523
Most	48,5	8 183,1	4,8	1 705
Teplice	51,9	8 503,2	4,7	1 828
Ústí nad Labem	53,3	7 708,3	4,2	1 842
Ústecký kraj	358,6	8 294,2	4,7	1 760
Celkem 2005	363,6	10 715,7	6,2	1 735
Celkem 2010	352,3	8 589,7	4,9	1 767
Celkem 2011	353,1	8 519,3	4,8	1 772
ČR	5 014,9	7 382,9	4,5	1 632

Zdroj: ÚZIS – Činnost praktických lékařů pro dospělé v Ústeckém kraji v roce 2012

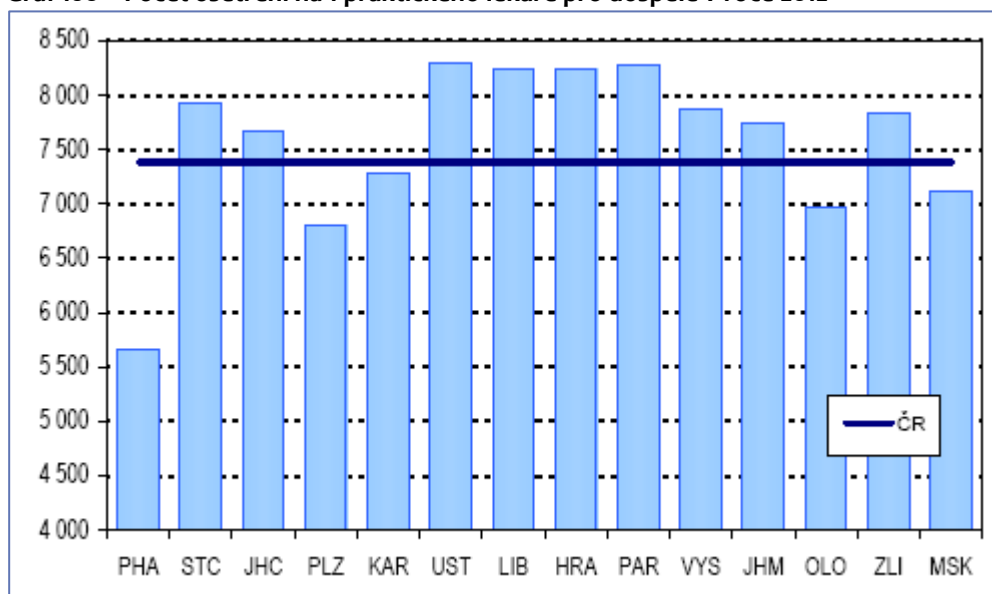
Primární péči o dospělou populaci zajišťovalo k 31. 12. 2012 v Ústeckém kraji 359 praktických lékařů pro dospělé (přepočtený počet na plné úvazky).

Graf 107 – Počet registrovaných pacientů na 1 praktického lékaře pro dospělé v roce 2012



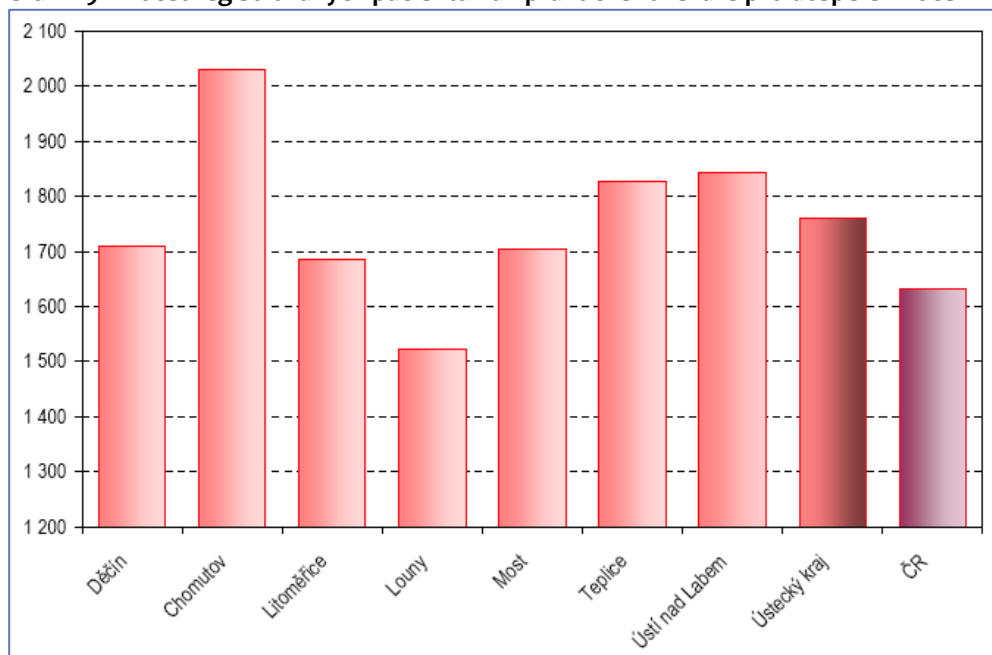
Zdroj: ÚZIS – Činnost zdravotnických zařízení v roce 2012

Na 1 praktického lékaře pro dospělé připadalo v krajském průměru 1 760 registrovaných pacientů, což je hodnota, která o **cca 8% převyšuje celorepublikový průměr a je 3. nejvyšší v rámci celé ČR.**

Graf 108 – Počet ošetření na 1 praktického lékaře pro dospělé v roce 2012

Zdroj: ÚZIS – Činnost zdravotnických zařízení v roce 2012

Rovněž **počet ošetření připadající na 1 praktického lékaře pro dospělé převyšuje o 12% celorepublikový průměr a je nejvyšší v rámci celé ČR.**

Graf 109 – Počet registrovaných pacientů na 1 praktického lékaře pro dospělé v roce 2012

Zdroj: ÚZIS – Činnost praktických lékařů pro dospělé v Ústeckém kraji v roce 2012

Počet registrovaných pacientů na 1 praktického lékaře pro dospělé **v okrese Chomutov výrazně převyšuje průměr Ústeckého kraje (+15%) a České republiky (+25%),** což signalizuje určitý **nedostatek kapacit v rámci této zdravotní služby v tomto regionu.** Naopak v okrese Louny je tento ukazatel pod úrovní průměru Ústeckého kraje i celé ČR. V ostatních okresech se hodnota tohoto ukazatele pohybuje v průměrných hodnotách dosahovaných v rámci kraje.

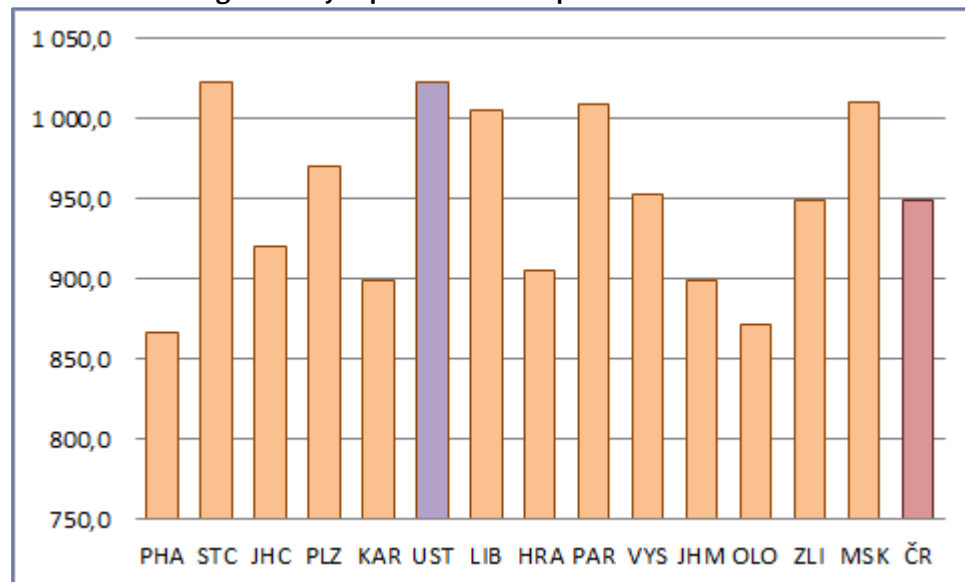
Závěr:

Zajištění péče praktických lékařů pro dospělé pacienty je v Ústeckém kraji dlouhodobě bez výraznějších změn, **počet registrovaných pacientů na 1 praktického lékaře** pro dospělé se pohybuje kolem 1 600 pacientů, což je **nad úrovní celorepublikového průměru**. Výrazně nadprůměrný počet registrovaných pacientů na 1 praktického lékaře pro dospělé **v okrese Chomutov** (+25% oproti celorepublikovému průměru) signalizuje **nedostatek kapacit v rámci této zdravotní služby v tomto regionu**.

PRAKTIČTÍ LÉKAŘI PRO DĚTI A DOROST**Tabulka 42 – Činnost PL pro děti a dorost v roce 2012**

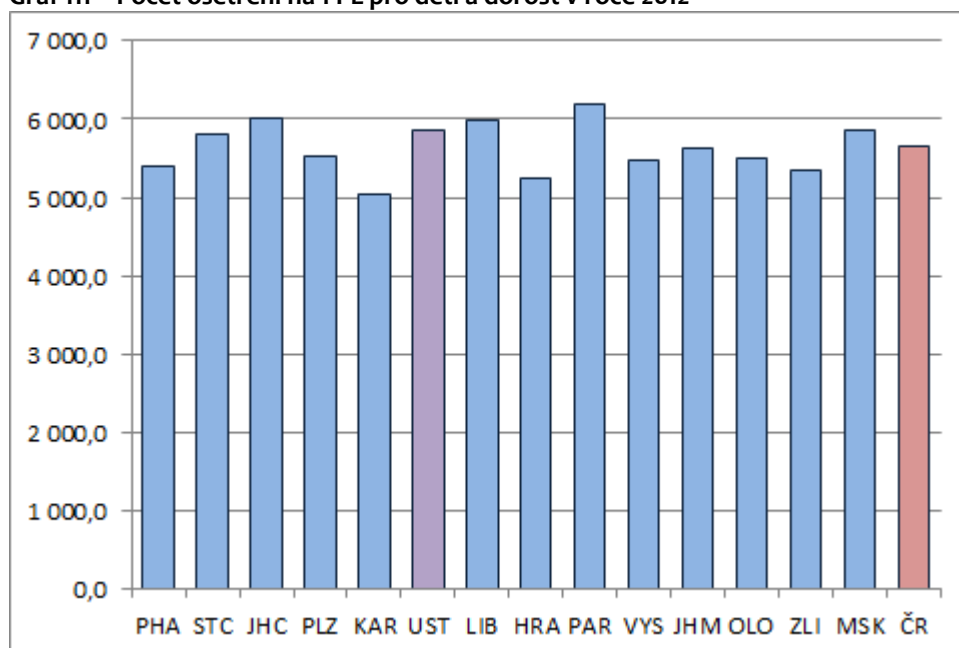
Území, kraj	Lékaři	Počet registrovaných pacientů na 1 lékaře
Děčín	27,8	961,5
Chomutov	24,2	1 010,1
Litoměřice	23,4	1 010,1
Louny	18,5	892,9
Most	26,1	854,7
Teplice	25,4	990,1
Ústí nad Labem	21,0	1 136,4
Ústecký kraj	166,4	1 023,4
ČR	2 026,2	949,3

Zdroj: ÚZIS – Sít' zdravotnických zařízení 2012

Graf 110 – Počet registrovaných pacientů na 1 PL pro děti a dorost v roce 2012

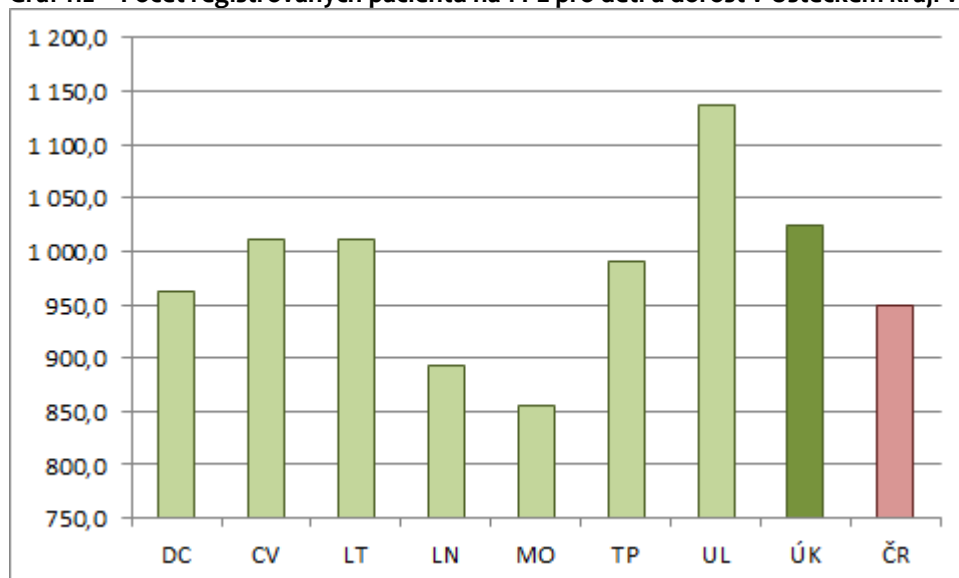
Zdroj: ÚZIS – Činnost zdravotnických zařízení v roce 2012

Primární péči o děti a dorost zajišťovalo k 31. 12. 2012 v Ústeckém kraji 166 praktických lékařů pro děti a dorost (přepočtený počet na plné úvazky). Na 1 lékaře tak připadalo v krajském průměru 1.023 registrovaných pacientů, což je hodnota, která **o cca 8% převyšuje celorepublikový průměr a je nejvyšší v rámci celé ČR**.

Graf 111 – Počet ošetření na 1 PL pro děti a dorost v roce 2012

Zdroj: ÚZIS – Činnost zdravotnických zařízení v roce 2012

Rovněž počet ošetření připadající na 1 praktického lékaře pro dospělé o cca 4% převyšuje celorepublikový průměr a je 5. nejvyšším v rámci celé ČR.

Graf 112 – Počet registrovaných pacientů na 1 PL pro děti a dorost v Ústeckém kraji v roce 2012

Zdroj: ÚZIS – Sít zdravotnických zařízení 2012

Závěr:

Zajištění péče praktických lékařů pro děti a dorost je v Ústeckém kraji i v jeho jednotlivých okresech rovnoměrné, **počet registrovaných pacientů i počet ošetření připadající na 1 lékaře převyšuje celorepublikový průměr.** Nejméně příznivá je situace v okrese Ústí nad Labem.

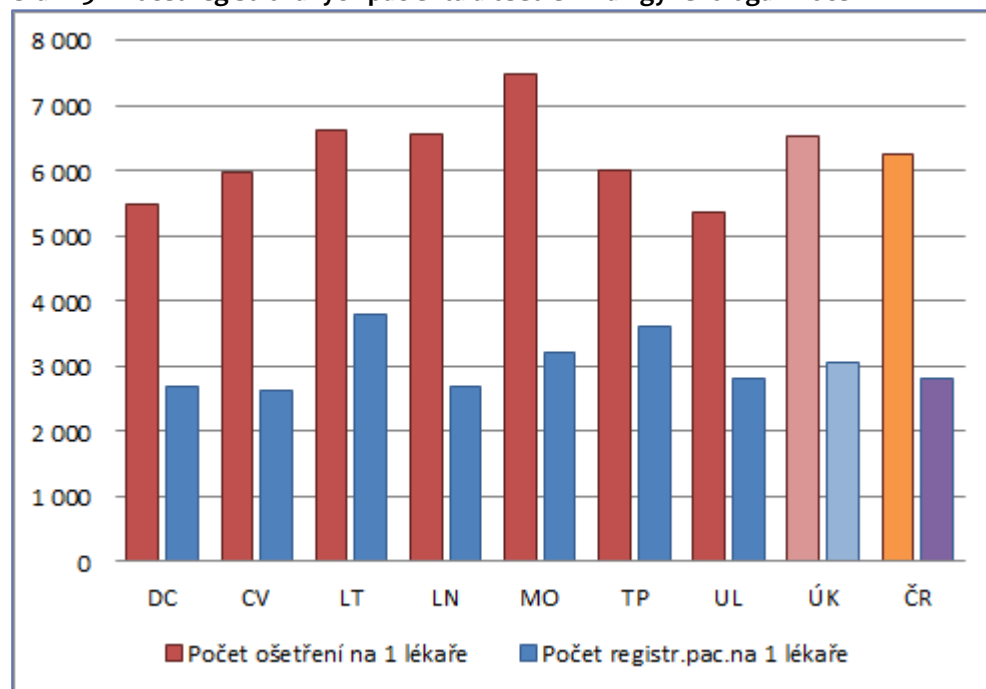
AMBULANTNÍ GYNEKOLOGOVÉ

Tabulka 43 – Činnost ambulantních gynekologů v roce 2012

Okres	Lékaři	Počet ošetření-vyšetření		Počet registrovaných pacientů na 1 lékaře
		na 1 lékaře	na 1 registr. pacienta	
Děčín	16,6	5 486	2,0	2 704
Chomutov	20,1	5 985	2,3	2 622
Litoměřice	15,4	6 638	1,7	3 797
Louny	12,1	6 556	2,4	2 704
Most	14,8	7 493	2,3	3 215
Teplice	16,3	6 025	1,7	3 626
Ústí nad Labem	19,3	5 377	1,9	2 825
Ústecký kraj	114,6	6 519	2,1	3 054
ČR	1 577,1	6 266	2,2	2 800

Zdroj: ÚZIS – Gynekologická péče – činnost oboru v Ústeckém kraji v roce 2012

Graf 113 – Počet registrovaných pacientů a ošetření na 1 gynekologa v roce 2012



Zdroj: ÚZIS – Gynekologická péče – činnost oboru v Ústeckém kraji v roce 2012

Primární gynekologickou péčí zajišťovalo k 31. 12. 2012 v Ústeckém kraji 115 gynekologů (přepočtený počet na plné úvazky). Na 1 lékaře tak připadalo v krajském průměru 3.054 registrovaných pacientů, což je hodnota **o 9% převyšující celorepublikový průměr**. Celorepublikový průměr mírně převyšuje (o 4%) i počet ošetření připadající na 1 lékaře. Výrazné odchylky na úrovni jednotlivých okresů neexistují.

Závěr:

Zajištění péče ambulantních gynekologů je v Ústeckém kraji i v jeho jednotlivých okresech rovnoměrné, i když počet registrovaných pacientů i počet ošetření připadající na 1 lékaře **mírně převyšuje celorepublikový průměr**.

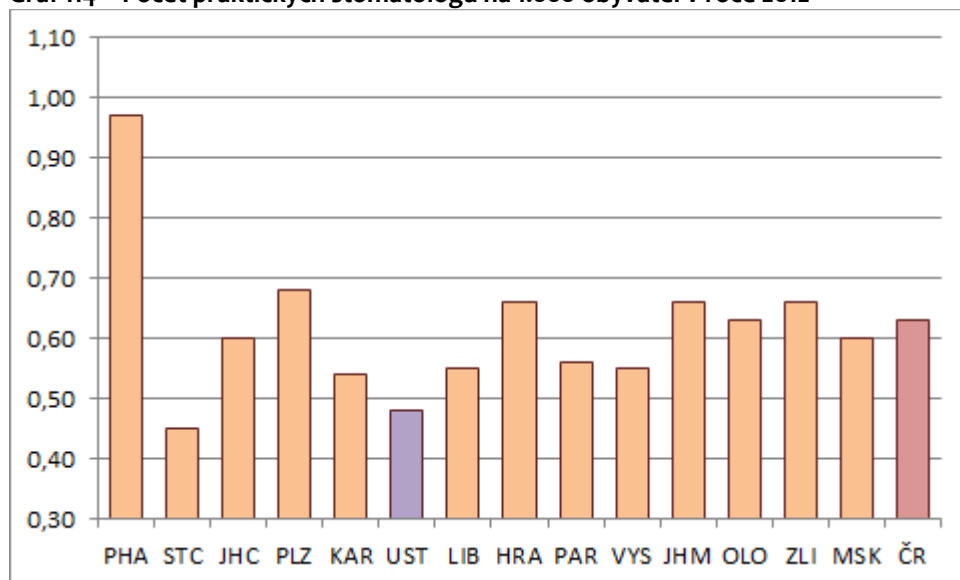
STOMATOLOGOVÉ

Tabulka 44 – Činnost praktických zubních lékařů v roce 2012

Území, kraj	Lékaři	na 1.000 obyvatel
Děčín	65,5	0,49
Chomutov	55,4	0,44
Litoměřice	57,2	0,48
Louny	42,3	0,49
Most	53,1	0,46
Teplice	53,5	0,42
Ústí nad Labem	67,4	0,56
Ústecký kraj	394,3	0,48
ČR	6 590,1	0,63

Zdroj: ÚZIS – Sít' zdravotnických zařízení 2012

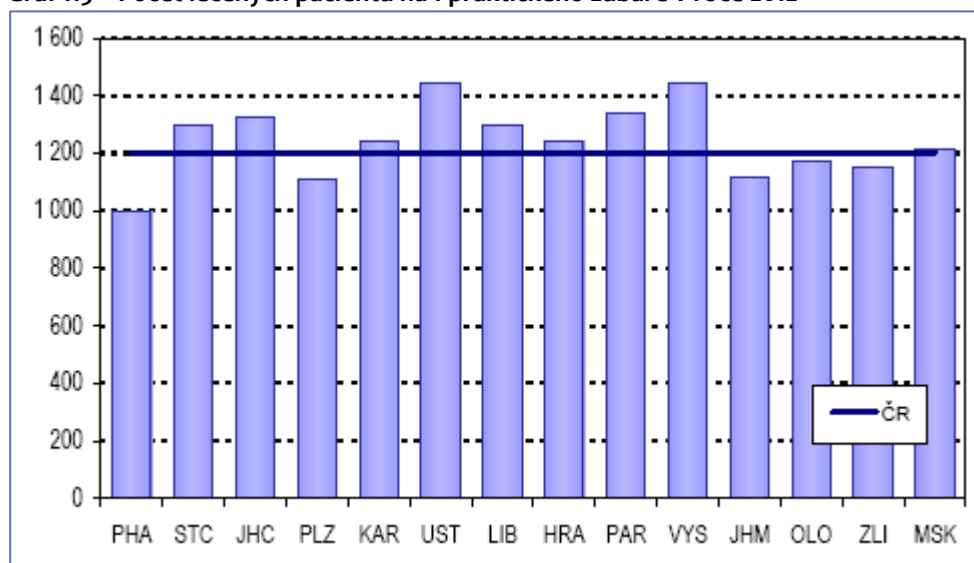
Graf 114 – Počet praktických stomatologů na 1.000 obyvatel v roce 2012



Zdroj: ÚZIS – Činnost zdravotnických zařízení v roce 2012

Primární stomatologickou péčí zajišťovalo k 31. 12. 2012 v Ústeckém kraji 394 praktických stomatologů (přepočtený počet na plné úvazky). Na 1.000 obyvatel tak připadalo v krajském průměru 0,48 lékaře, což je hodnota o 24% nižší než činí celorepublikový průměr a je 2. nejnižší v rámci celé ČR.

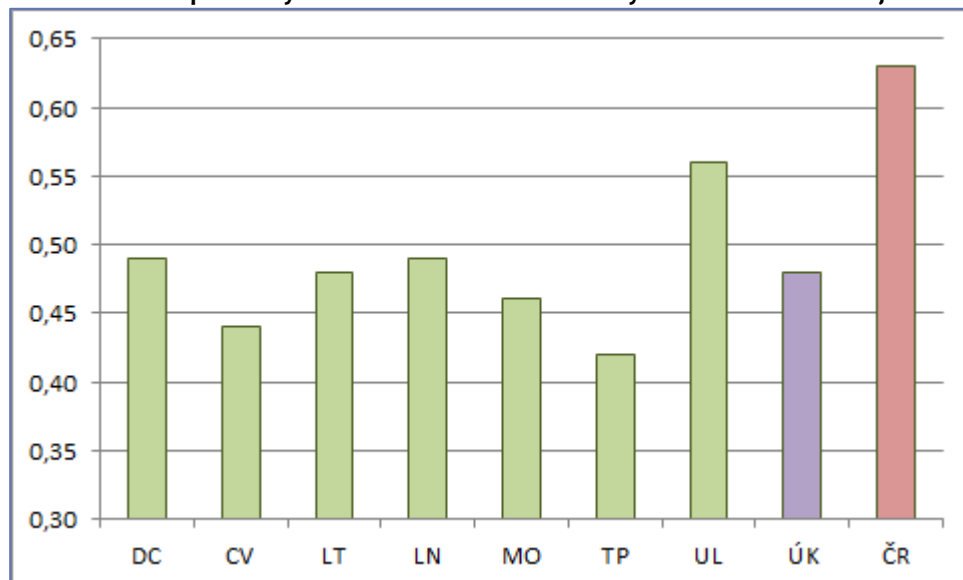
Graf 115 – Počet léčených pacientů na 1 praktického zubaře v roce 2012



Zdroj: ÚZIS – Činnost zdravotnických zařízení v roce 2012

Rovněž počet ošetření připadající na 1 praktického stomatologa o cca **20% převyšuje celorepublikový průměr a je 2. nejvyšším** v rámci celé ČR.

Graf 116 – Počet praktických zubních lékařů na 1.000 obyvatel v Ústeckém kraji v roce 2012



Zdroj: ÚZIS – Sít' zdravotnických zařízení 2012

Závěr:

Počet lékařů na 1.000 obyvatel je **výrazně (o 25%) pod hranicí celorepublikového průměru** a naopak počet ošetření připadající na 1 lékaře celorepublikový průměr výrazně (o 20%) převyšuje. **Nejméně příznivá je situace pak v okresech Teplice a Chomutov**, kde jsou tyto hodnoty ještě výrazně (o cca 10 p.b.) nepříznivější.

Tento stav pak signalizuje **nedostatek kapacit v rámci primární stomatologické péče, zejména pak v uvedených okresech.**

AMBULANTNÍ SPECIALISTÉ**Tabulka 45 – Počet ambulantních specialistů na 10.000 obyvatel v Ústeckém kraji v roce 2012**

Obor	ČR	Ústecký kraj	Pořadí
Interní	2,05	1,43	11
Diabetologie	0,34	0,25	12
Gastroenterologie	0,35	0,36	6
Geriatric	0,02	0,01	8
Infekční	0,06	0,07	5
Alergologie + imunologie	0,42	0,32	8
Pneumologie a ftizeologie	0,34	0,29	9
Neurologie	0,81	0,68	7
Psychiatrie + sexuologie	0,72	0,54	10
Nemoci z povolání	0,06	0,03	7
Dětský dorost. + novoroz. bez PL	0,20	0,09	12
Gynekologie bez PL	0,32	0,16	12
Chirurgie vč. cévní a hrud. chir.	0,97	0,87	7
Neurochirurgie	0,03	0,02	7
Kardiochirurgie	0,03	0,00	7
Traumatologie	0,06	0,04	8
Plast. chir. + léčba popálenin	0,13	0,03	12
Ortopedie	0,59	0,44	11
Urologie	0,35	0,29	7
Usni, nosní, krční vč. foniatr.	0,67	0,57	8
Oční	1,01	0,68	12
Stomatologie bez PL	0,56	0,29	11
Dermatovenerologie	0,65	0,48	8
Radiační a klin. onkologie	0,33	0,15	12
Tělovýchovné lékařství	0,03	0,02	7
Lékařská genetika	0,09	0,05	10
Pracovní lékařství	0,08	0,04	6
Léčba bolesti	0,03	0,07	2
Celkem	11,30	8,27	13

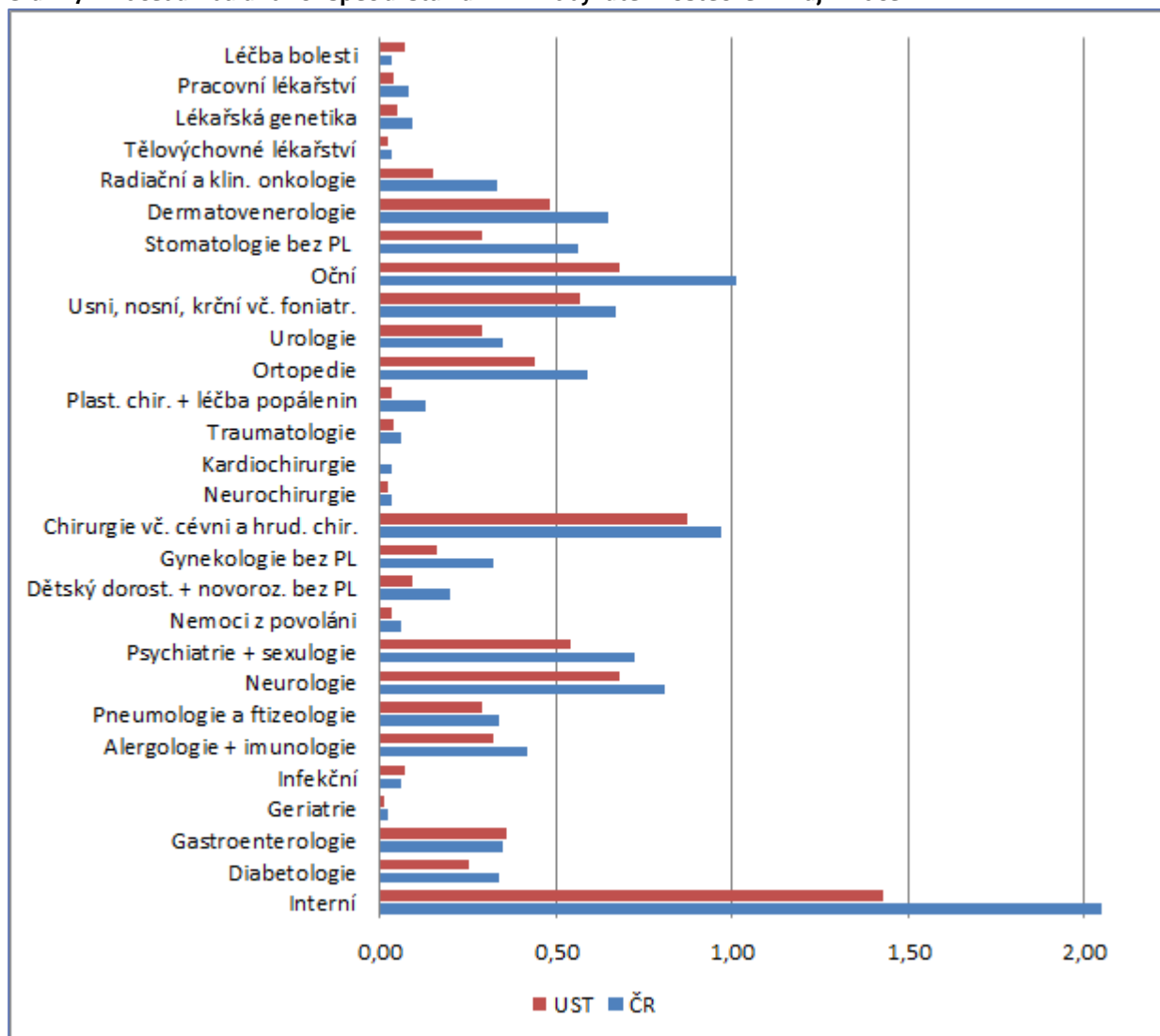
Pozn.: Sloupec „Pořadí“ udává pořadí mezi kraji ČR (max.=14)

Zdroj: ÚZIS – Činnost zdravotnických zařízení 2012

Z tabulky vyplývá, že **počty lékařů** na 10.000 obyvatel jsou v jednotlivých oborech **ambulantních specialistů v Ústeckém kraji** (s výjimkou oboru „léčba bolesti“) v porovnání s hodnotami za celou ČR **podprůměrné**. Z porovnání celkového počtu ambulantních specialistů je zřejmé postavení Ústeckého kraje, jako kraje s **nejhorší vybaveností specializované ambulantní péče** podle počtu lékařů v zařízení ambulantní péče na 10.000 obyvatel (nižší hodnota ve Středočeském kraji je ovlivněna spádovostí území Hl. m. Prahy s vysoce nadprůměrným počtem lékařů, se zohledněním tohoto faktu je skutečná vybavenost ambulantní péče v tomto kraji výrazně vyšší).

Porovnání jednotlivých oborů je uvedeno i v následujícím grafu.

Graf 117 – Počet ambulantních specialistů na 10.000 obyvatel v Ústeckém kraji v roce 2012



Zdroj: ÚZIS – Činnost zdravotnických zařízení 2012

Porovnání situace v jednotlivých okresech není možné pro nedostupnost relevantních dat provést.

Závěr:

Celkový počet ambulantních specialistů na 10.000 obyvatel je výrazně (o 27%) pod hranicí celorepublikového průměru. Z toho vyplývá postavení Ústeckého kraje, jako kraje s **nejhorší vybaveností specializované ambulantní péče** podle počtu lékařů na 10.000 obyvatel. Podprůměrných hodnot tohoto ukazatele bylo v roce 2012 dosaženo ve všech oborech s výjimkou oboru „léčba bolesti“. Nejhorší je pak situace v oborech interna, diabetologie, ortopedie, oční, radiační a klinická onkologie a lékařská genetika.

Tento stav pak signalizuje **nedostatek kapacit v rámci specializované ambulantní péče, zejména pak v uvedených oborech.**

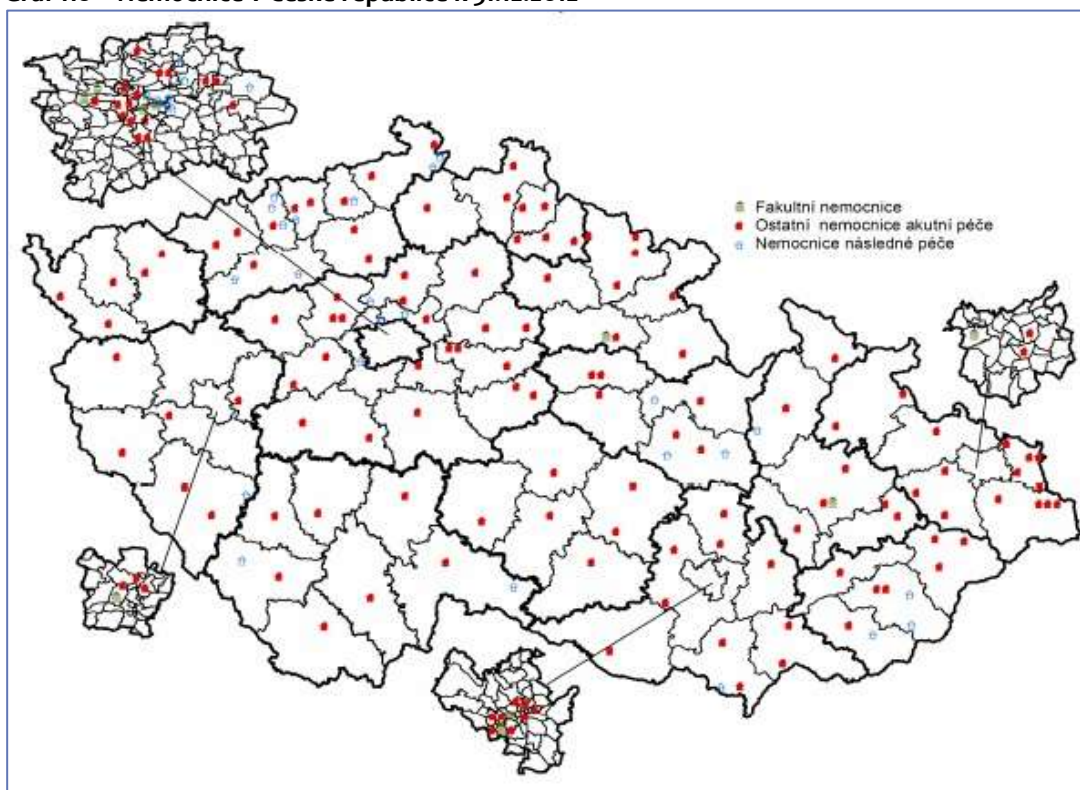
2.1.2.3 Vybavenost lůžková péče

Lůžkovou péče je poskytována jako:

- **akutní lůžková péče standardní** - je poskytována pacientovi s náhlým onemocněním nebo náhlým zhoršením chronické nemoci, které vážně ohrožují jeho zdraví, ale nevedou bezprostředně k selhávání životních funkcí, nebo za účelem provedení zdravotních výkonů, které nelze provést ambulantně, nebo za účelem včasné léčebné rehabilitace,
- **akutní lůžková péče intenzivní:** poskytována pacientovi v případech náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí nebo v případech, kdy lze tyto stavy důvodně předpokládat,
- **následná lůžková péče:** poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, ke zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče; dále pacientovi, který je částečně nebo úplně závislý na podpoře základních životních funkcí,
- **dlouhodobá lůžková péče:** poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje; dále též pacientovi s poruchou základních životních funkcí.

Síť nemocnic v České republice a je znázorněna na následujícím obrázku.

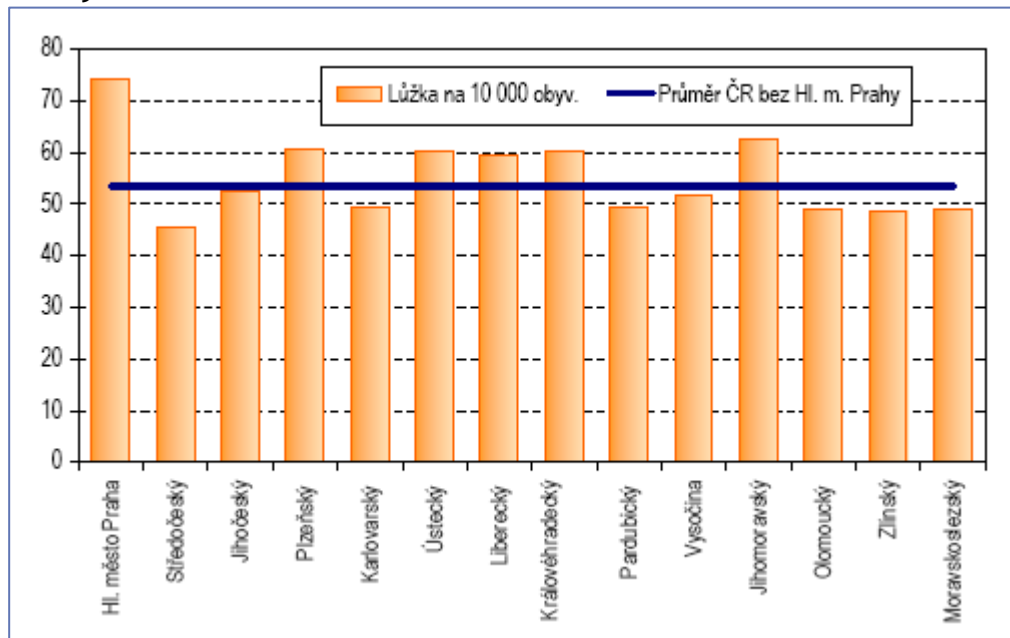
Graf 118 – Nemocnice v České republice k 31.12.2012



Zdroj: ÚZIS – Lůžková péče 2012

Z porovnání celkového počtu lůžek na 10.000 obyvatel (viz. následující graf) vyplývá, že celková vybavenost lůžkové péče v Ústeckém kraji je nadprůměrná a patří mezi nejvyšší v rámci celé ČR.

Graf 119 – Lůžka v nemocnicích v roce 2012



Zdroj: ÚZIS – Sít' zdravotnických zařízení 2012

LŮŽKOVÁ PÉČE AKUTNÍ

Přehled poskytovatelů lůžkové akutní péče v Ústeckém kraji včetně rozsahu poskytované péče je uveden v následujících tabulkách.

Tabulka 46 – Poskytovatelé lůžkové akutní péče v okrese Děčín

Název	Město	Oddělení	Pracoviště
KZ, a.s., Nemocnice Děčín, o.z.	Děčín	01 interna	interna, ošetřovat.péče, JIP
		12 neurologie	neurologie, JIP
		16 pediatrie	pediatrie, novorozenecké, JIP
		18 gynekologie	gynekologie, porodnice
		20 chirurgie	chirurgie, JIP
		25 ARO	ARO
		28 ORL	ORL
		30 oftalmologie	oftalmologie
		52 rehab.a fyz.med	rehab.a fyz.med
Lužická nemocnice a poliklinika, a.s.	Rumburk	01 interna	interna, JIP
		89 ošetřovat.péče	ošetřovat.péče
		16 pediatrie	pediatrie, novorozenecké
		18 gynekologie	gynekologie, porodnice
		20 chirurgie	chirurgie, JIP

Zdroj: ÚZIS – Registr zdravotnických zařízení

Tabulka 47 – Poskytovatelé lůžkové akutní péče v okrese Chomutov

Název	Město	Oddělení	Pracoviště
KZ, a.s., Nemocnice Chomutov, o.z.	Chomutov	01 interna	interna, JIP
		11 TRN	TRN
		12 neurologie	neurologie, JIP
		16 pediatrie	pediatrie, novorozenecké, JIP
		18 gynekologie	gynekologie, porodnice
		20 chirurgie	chirurgie, JIP
		25 ARO	ARO
		26 ortopedie	ortopedie
		34 radiač.onkolog.	radiač.onkolog.
		52 rehab.a fyz.med	rehab.a fyz.med
Nemocnice Kadaň s.r.o.	Kadaň	01 interna	interna, JIP
		16 pediatrie	pediatrie, novorozenecké
		18 gynekologie	gynekologie, porodnice
		20 chirurgie	chirurgie, plast.chirurgie, JIP
		26 ortopedie	ortopedie

Zdroj: ÚZIS – Registr zdravotnických zařízení

Tabulka 48 – Poskytovatelé lůžkové akutní péče v okrese Litoměřice

Název	Město	Oddělení	Pracoviště
Městská nemocnice v Litoměřicích, p.o.	Litoměřice	01 interna	interna
		02 kardiologie	koronární jednotka
		12 neurologie	neurologie
		16 pediatrie	pediatrie, novorozenecké, JIP
		18 gynekologie	gynekologie, porodnice
		20 chirurgie	chirurgie
		25 AR	AR
		26 ortopedie	ortopedie
		27 urologie	urologie
		28 ORL	ORL
Podřipská NsP Roudnice nad Labem, s.r.o.	Roudnice nad Labem	52 rehab.a fyz.med	rehab.a fyz.med
		75 intenzivní péče	intenzivní péče
		01 interna	interna, JIP
		16 pediatrie	pediatrie, novorozenecké
Psychiatrická nemocnice	Horní Beřkovice	18 gynekologie	gynekologie, porodnice
		20 chirurgie	chirurgie, JIP, ošetřovat.péče
		13 psychiatrie	AT
		13 psychiatrie	psychiatrie
		84 gerontopsych.	gerontopsychologie

Zdroj: ÚZIS – Registr zdravotnických zařízení

Tabulka 49 – Poskytovatelé lůžkové akutní péče v okrese Louny

Název	Město	Oddělení	Pracoviště
Nemocnice Žatec, o.p.s.	Žatec	01 interna	interna, JIP
		16 pediatrie	pediatrie, novorozenecké, JIP
		18 gynekologie	gynekologie, porodnice
		20 chirurgie	chirurgie, JIP
		89 ošetřovat.péče	ošetřovat.péče
Psychiatrická léčebna Petrohrad, p.o.	Podbořany	13 psychiatrie	psychiatrie
Dětská psychiatrická nemocnice Louny	Louny	66 dět.psychiatrie	dět.psychiatrie

Zdroj: ÚZIS – Registr zdravotnických zařízení

Tabulka 50 – Poskytovatelé lůžkové akutní péče v okrese Most

Název	Město	Oddělení	Pracoviště
KZ, a.s., Nemocnice Most, o.z.	Most	01 interna	interna, JIP
		11 TRN	TRN
		12 neurologie	neurologie
		13 psychiatrie	psychiatrie
		16 pediatrie	pediatrie, novorozenecké, JIP
		18 gynekologie	gynekologie, porodnice, JIP
		20 chirurgie	chirurgie, JIP
		25 ARO	ARO
		26 ortopedie	ortopedie
		27 urologie	urologie
		28 ORL	ORL
		30 oftalmologie	oftalmologie

Zdroj: ÚZIS – Registr zdravotnických zařízení

Tabulka 51 – Poskytovatelé lůžkové akutní péče v okrese Teplice

Název	Město	Oddělení	Pracoviště
KZ, a.s., Nemocnice Teplice, o.z.	Teplice	01 interna	interna, JIP
		12 neurologie	neurologie, JIP
		16 pediatrie	pediatrie, novorozenecké, JIP
		18 gynekologie	gynekologie, porodnice, JIP
		20 chirurgie	chirurgie, JIP
		25 ARO	ARO
		26 ortopedie	ortopedie
		27 urologie	urologie
		30 oftalmologie	oftalmologie
		32 dermatovenerol.	dermatovenerol.
		52 rehab.a fyz.med	rehab.a fyz.med
VITA, s.r.o., Městská nemocnice Duchcov	Duchcov	01 interna	interna
		20 chirurgie	chirurgie
		89 ošetřovat.péče	ošetřovat.péče

Zdroj: ÚZIS – Registr zdravotnických zařízení

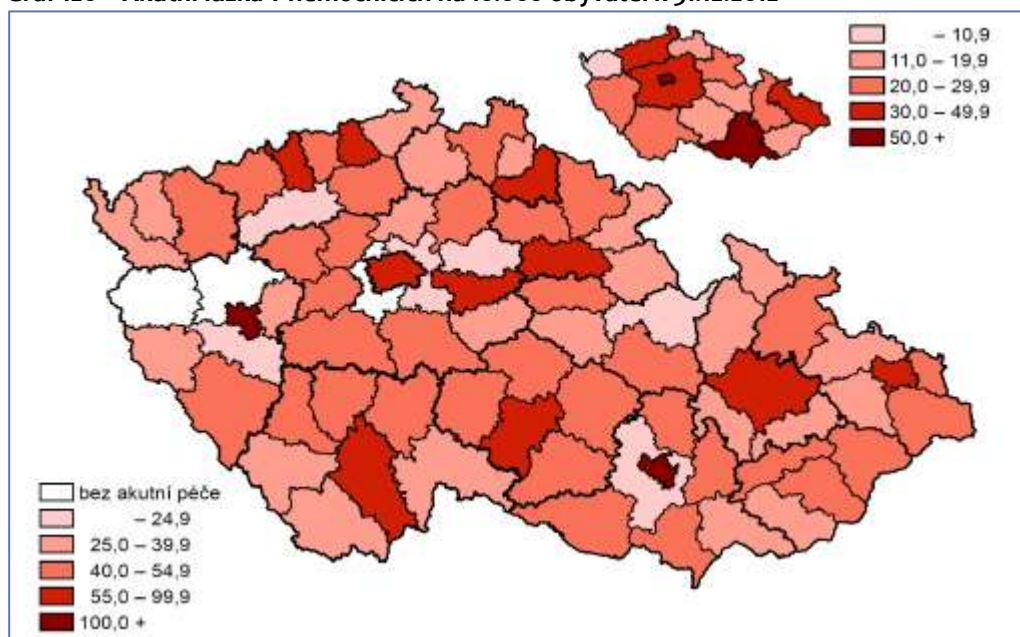
Tabulka 52 – Poskytovatelé lůžkové akutní péče v okrese Ústí nad Labem

Název	Město	Oddělení	Pracoviště
KZ, a.s., Masarykova nem. Ústí n. L., o.z.	Ústí nad Labem	01 interna	interna
		02 kardiologie	kardiologie, JIP
		05 gastroenterol.	gastroenterol.
		09 infekční	infekční, JIP
		11 TRN	TRN
		12 neurologie	neurologie, JIP
		13 psychiatrie	psychiatrie, JIP
		16 pediatrie	pediatrie, JIP
		18 gynekologie	gynekologie, porodnice, JIP
		19 novorozenecké	novorozenecké, JIP
		20 chirurgie	chirurgie
		21 neurochirurgie	neurochirurgie
		24 traumatologie	traumatologie
		25 ARO	ARO
		26 ortopedie	ortopedie, JIP
		27 urologie	urologie
		28 ORL	ORL
		30 oftalmologie	oftalmologie
		31 stomatologie	stomatologie
		32 dermatovenerol.	dermatovenerol.
		34 radiač.onkolog.	radiač.onkolog.
		39 děts.chirurgie	děts.chirurgie
		50 ortop.protetika	ortop.protetika
		52 rehab.a fyz.med	rehab.a fyz.med
		53 nukl.medicína	nukl.medicína
		56 hrud. chirurgie	hrud. chirurgie
		75 intenzivní péče	intenzivní péče
		89 ošetřovat.péče	ošetřovat.péče

Zdroj: ÚZIS – Registr zdravotnických zařízení

Z předchozí mapy a tabulek je zřejmé **relativně rovnoměrně pokrytí** jednotlivých okresů základním spektrem oborů lůžkové akutní péče, kdy v každém okrese existuje alespoň jeden poskytovatel této zdravotní péče. Určitou **výjimkou je okres Louny**, kde **rozsah lůžkové akutní péče poskytovaný Nemocnicí Žatec je ve srovnání s ostatními okresy výrazně nižší**, a to jak z hlediska počtu oborů, tak i z hlediska počtu lůžek.

Tento rozdíl je patrný i z porovnání počtu akutních lůžek na 10.000 obyvatel (viz. následující graf), v jednotlivých okresech ČR. Z grafu vyplývá, že **vybavenost okresu Louny lůžky akutní péče je nejnižší nejen v rámci Ústeckého kraje, ale patří i mezi nejhorší v rámci celé ČR**. Tato skutečnost může signalizovat **nedostatek kapacit v rámci této zdravotní služby v tomto regionu**.

Graf 120 – Akutní lůžka v nemocnicích na 10.000 obyvatel k 31.12.2012

Zdroj: ÚZIS Lůžková péče 2012

Nejvyšší hodnoty ukazatele počtu akutních lůžek na 10.000 obyvatel jsou dosahovány zejména v okrese Ústí n.L., neboť Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem poskytuje lůžkovou akutní péči nejen ve spektru základních oborů, ale je i centrem specializované a superspecializované péče ve vybraných oborech pro obyvatele celého Ústeckého kraje.

Celková vybavenost lůžkové akutní péče v Ústeckém kraji ve srovnání s ostatními kraji je analyzována v následujících tabulkách.

Tabulka 53 – Počty lůžek (absolutní hodnoty) dle jednotlivých oborů v ČR

Obor	PHA	STC	JHC	PLZ	KAR	UST	LIB	HRA	PAR	VYS	JHU	OLO	ZLI	MSK	ČR
Interna	1 043	1 195	553	689	243	792	393	647	356	438	1 226	637	544	1 073	9 829
Kardiologie	449		62	42	15	63	53	78	69	50				206	1 087
Revmatologie	77						12								89
Diabetologa	29						28								57
Gastroenterologie	69		32			25								33	159
Klinická farmakologie				27											27
Geriatric	62	22		54				27	4		59	40	30	93	391
Infekční	236	70	77	50	22	75	26	51	50	114	264	40	78	151	1 304
Pneurologie a ftizeol.	253	73	82	76	26	128	29	31	36	78	176	94	82	165	1 329
Neurologie	416	224	153	146	66	265	100	148	158	156	335	219	148	387	2 921
Psychiatrie	216		65	101	39	86	51	111	50		184	104		81	1 088
Nemoci z povolání				9											9
Pediatric	319	477	332	224	178	507	172	294	258	294	379	324	257	529	4 544
Gynekologie	809	598	341	300	169	483	228	263	239	252	499	259	274	474	5 188
Novorozenecké	310	36	85	96		62	28				142	50	58	82	949
Chirurgie	812	843	486	512	248	691	378	439	285	417	999	434	427	849	7 820
Neurochirurgie	213		26	53		38	27	77	22		88	35	13	91	683
Plastická chirurgie	93			25				15			65	3	10	39	250
Kardiochirurgie	282		43	34				55			93	32		73	612

Obor	PHA	STC	JHC	PLZ	KAR	UST	LIB	HRA	PAR	VYS	JHU	OLO	ZLI	MSK	ČR
Traumatologie	27		82			54	45		34		258	56	34	51	641
ARO	167	89	40	35	17	43	27	35	35	27	130	86	33	113	877
Ortopedie	625	321	146	156	56	180	132	157	74	178	321	184	119	249	2 898
Urologie	265	103	109	56	53	114	72	104	74	101	167	77	87	178	1 560
ORL	217	120	50	56	38	66	31	95	68	47	164	88	50	128	1 218
Foniatrie	20														20
Oftalmologie	111	81	28	22	20	34	17	20	17	61	82	27	48	36	604
Stomatologie	68			13		10	8				14				113
Dermatovenerologie	98	52	33	43	25	36	26	21	20	64	89	61	41	54	663
Klinická onkologie	50						20				158		34	30	292
Radiační onkologie	146	20	66	75	40	120	27	110	46	69	51	54	6	66	896
Dětská chirurgie	160	21				29		27	25		70				332
Nefrologie	86														86
Klinická hematologie	99			35								34		20	188
Ortoped. protetika						30									30
Rehab. fyz. med	263	184	108	72	29	161	67	199	37	68	244	58	70	259	1 819
Nukleární medicína	34		12			8					13	10		18	95
Hrudní chirurgie						23									23
Dětská onkologie	91										32				123
Cévní chirurgie	61						18								79
Pracovní lékařství												10			10
Dětská psychiatrie	94						25								119
Léčba popálenin	51										56			30	137
Dětské oční	25										28				53
Dětská ORL	23										33				56
Intenzivní péče		75		21		39	18	14	27	10	6	15	20	58	303
Dětská neurologie	48										30			20	98
DIP	36	39		20	30		19		10				20	10	184
Paliativní péče	13														13
Ošetř. násl.péče	628	1 190	335	407	153	806	474	313	543	225	827	67	358	335	6 661
DIOP	20	38	5		20	10	18		10		15		8	5	149
AT-návyk. nemoci	61														61
Maxilofac. chirurgie									10			14		27	51
Sdruž. interní obory							31								31
Sdruž. chirurg. obory				13											13
CELKEM	9 275	5 871	3 351	3 462	1 487	4 978	2 600	3 331	2 557	2 649	7 297	3 112	2 849	6 013	58 832

Zdroj: ÚZIS – Lůžková péče 2012

Tabulka 54 – Průměrné počty lůžek na 100.000 obyvatel dle jednotlivých oborů v ČR

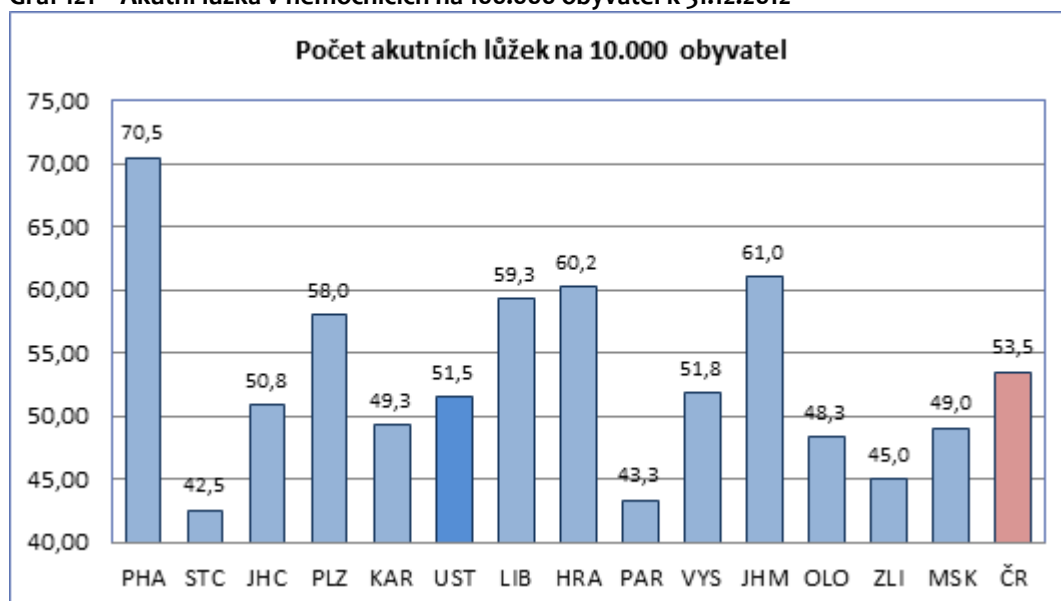
Obor	PHA	STC	JHC	PLZ	KAR	UST	LIB	HRA	PAR	VYS	JHU	OLO	ZLI	MSK	ČR
Interna	83,7	92,5	86,9	120,3	80,5	95,8	89,6	117,0	68,9	85,7	104,9	99,9	92,6	87,5	93,5
Kardiologie	36,0	0,0	9,7	7,3	5,0	7,6	12,1	14,1	13,4	9,8	0,0	0,0	0,0	16,8	10,3
Revmatologie	6,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
Diabetologa	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
Gastroenterologie	5,5	0,0	5,0	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	1,5
Klinická farmakologie	0,0	0,0	0,0	4,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Geriatric	5,0	1,7	0,0	9,4	0,0	0,0	0,0	4,9	0,8	0,0	5,0	6,3	5,1	7,6	3,7
Infekční	18,9	5,4	12,1	8,7	7,3	9,1	5,9	9,2	9,7	22,3	22,6	6,3	13,3	12,3	12,4
Pneurologie a ftizeol.	20,3	5,7	12,9	13,3	8,6	15,5	6,6	5,6	7,0	15,3	15,1	14,7	14,0	13,5	12,6
Neurologie	33,4	17,3	24,0	25,5	21,9	32,1	22,8	26,8	30,6	30,5	28,7	34,3	25,2	31,6	27,8
Psychiatrie	17,3	0,0	10,2	17,6	12,9	10,4	11,6	20,1	9,7	0,0	15,7	16,3	0,0	6,6	10,3
Nemoci z povolání	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1

Obor	PHA	STC	JHC	PLZ	KAR	UST	LIB	HRA	PAR	VYS	JHU	OLO	ZLI	MSK	ČR
Pediatric	25,6	36,9	52,2	39,1	59,0	61,3	39,2	53,2	50,0	57,5	32,4	50,8	43,7	43,1	43,2
Gynekologie	64,9	46,3	53,6	52,4	56,0	58,4	52,0	47,6	46,3	49,3	42,7	40,6	46,6	38,6	49,3
Novorozenecké	24,9	2,8	13,4	16,8	0,0	7,5	6,4	0,0	0,0	0,0	12,2	7,8	9,9	6,7	9,0
Chirurgie	65,1	65,3	76,3	89,4	82,2	83,6	86,2	79,4	55,2	81,6	85,5	68,1	72,7	69,2	74,4
Neurochirurgie	17,1	0,0	4,1	9,3	0,0	4,6	6,2	13,9	4,3	0,0	7,5	5,5	2,2	7,4	6,5
Plastická chirurgie	7,5	0,0	0,0	4,4	0,0	0,0	0,0	2,7	0,0	0,0	5,6	0,5	1,7	3,2	2,4
Kardiochirurgie	22,6	0,0	6,8	5,9	0,0	0,0	0,0	9,9	0,0	0,0	8,0	5,0	0,0	6,0	5,8
Traumatologie	2,2	0,0	12,9	0,0	0,0	6,5	10,3	0,0	6,6	0,0	22,1	8,8	5,8	4,2	6,1
ARO	13,4	6,9	6,3	6,1	5,6	5,2	6,2	6,3	6,8	5,3	11,1	13,5	5,6	9,2	8,3
Ortopedie	50,1	24,8	22,9	27,2	18,6	21,8	30,1	28,4	14,3	34,8	27,5	28,9	20,2	20,3	27,6
Urologie	21,3	8,0	17,1	9,8	17,6	13,8	16,4	18,8	14,3	19,8	14,3	12,1	14,8	14,5	14,8
ORL	17,4	9,3	7,9	9,8	12,6	8,0	7,1	17,2	13,2	9,2	14,0	13,8	8,5	10,4	11,6
Foniatric	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Oftalmologie	8,9	6,3	4,4	3,8	6,6	4,1	3,9	3,6	3,3	11,9	7,0	4,2	8,2	2,9	5,7
Stomatologie	5,5	0,0	0,0	2,3	0,0	1,2	1,8	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	1,1
Dermatovenereologie	7,9	4,0	5,2	7,5	8,3	4,4	5,9	3,8	3,9	12,5	7,6	9,6	7,0	4,4	6,3
Klinická onkologie	4,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,6	0,0	0,0	0,0	13,5	0,0	5,8	2,4	2,8
Radiační onkologie	11,7	1,5	10,4	13,1	13,3	14,5	6,2	19,9	8,9	13,5	4,4	8,5	1,0	5,4	8,5
Dětská chirurgie	12,8	1,6	0,0	0,0	0,0	3,5	0,0	4,9	4,8	0,0	6,0	0,0	0,0	0,0	3,2
Nefrologie	6,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
Klinická hematologie	7,9	0,0	0,0	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,3	0,0	1,6	1,8
Ortoped. protetika	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Rehab. fyz. med	21,1	14,2	17,0	12,6	9,6	19,5	15,3	36,0	7,2	13,3	20,9	9,1	11,9	21,1	17,3
Nukleární medicína	2,7	0,0	1,9	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	1,6	0,0	1,5	0,9
Hrudní chirurgie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Dětská onkologie	7,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	0,0	0,0	0,0	1,2
Cévní chirurgie	4,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8
Pracovní lékařství	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	0,1
Dětská psychiatrie	7,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1
Léčba popálenin	4,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8	0,0	0,0	2,4	1,3
Dětské oční	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0	0,5
Dětská ORL	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8	0,0	0,0	0,0	0,5
Intenzivní péče	0,0	5,8	0,0	3,7	0,0	4,7	4,1	2,5	5,2	2,0	0,5	2,4	3,4	4,7	2,9
Dětská neurologie	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6	0,0	0,0	1,6	0,9
DIP	2,9	3,0	0,0	3,5	9,9	0,0	4,3	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	3,4	0,8	1,7
Paliativní péče	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Ošetř. násl.péče	50,4	92,1	52,6	71,1	50,7	97,5	108,1	56,6	105,1	44,0	70,8	10,5	60,9	27,3	63,3
DIOP	1,6	2,9	0,8	0,0	6,6	1,2	4,1	0,0	1,9	0,0	1,3	0,0	1,4	0,4	1,4
AT-návyk. nemoci	4,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
Maxilofac. chirurgie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	2,2	0,0	2,2	0,5
Sdruž. interní obory	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Sdruž. chirurg. obory	0,0	0,0	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
CELKEM	743,9	454,5	526,4	604,5	492,8	602,1	592,8	602,4	495,1	518,2	624,4	488,1	484,8	490,2	559,4

Zdroj: ÚZIS Lůžková péče 2012, vlastní výpočty

Jak vyplývá z následujícího grafu, patří Ústecký kraj z hlediska celkového počtu akutních lůžek na 100.000 obyvatel mezi nejlepší v rámci celé ČR.

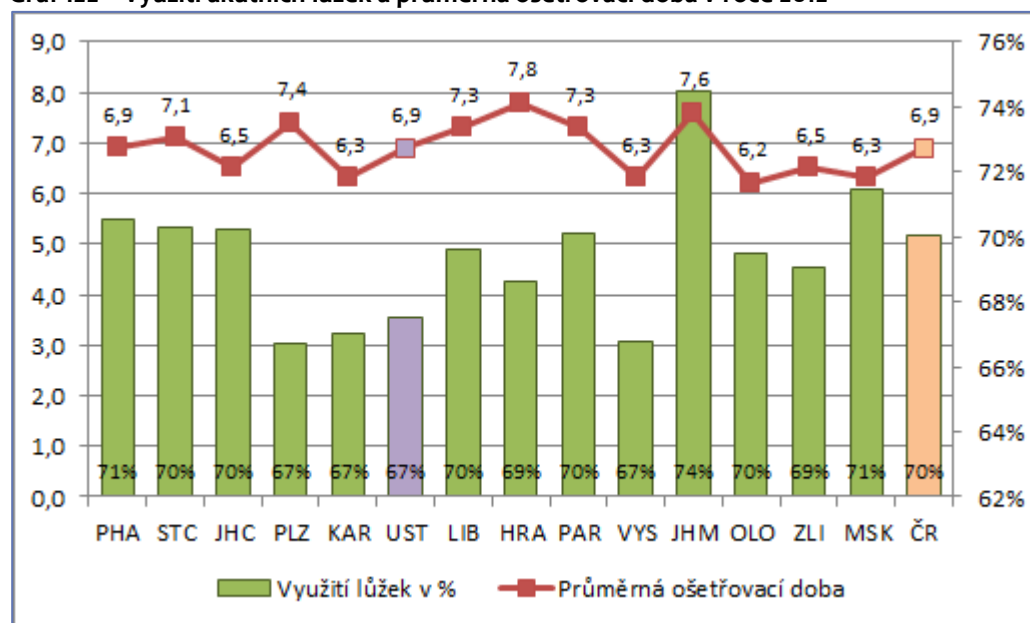
Graf 121 – Akutní lůžka v nemocnicích na 100.000 obyvatel k 31.12.2012



Zdroj: ÚZIS Lůžková péče 2012

Relativně příznivá je i situace ve většině oborů, kde se vybavenost z hlediska počtu lůžek na 100.000 obyvatel pohybuje v úrovni průměrných hodnot nebo dokonce nad nimi. Výjimkou je **ARO** (62% průměru ČR a 14. místo mezi kraji), **ORL** (69% průměru ČR a 12. místo mezi kraji), **ortopedie** (79% průměru ČR a 10. místo mezi kraji) a za zmínku stojí i neexistence lůžek v oboru **geriatrie**. Tyto skutečnosti mohou být signálem **chybějících kapacit v rámci této zdravotní služby**.

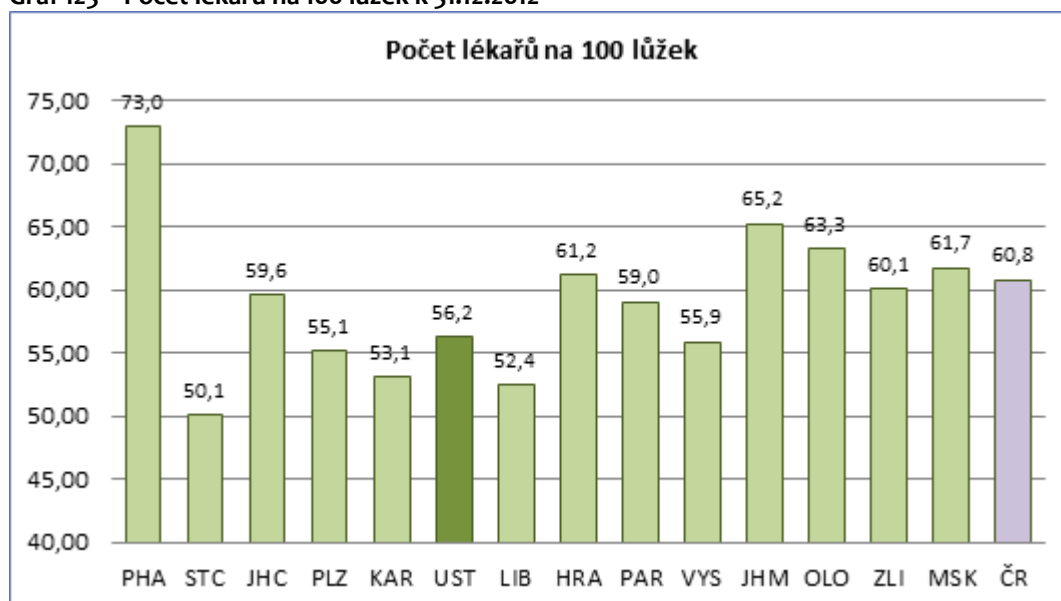
Graf 122 – Využití akutních lůžek a průměrná ošetrovací doba v roce 2012



Zdroj: ÚZIS Lůžková péče 2012

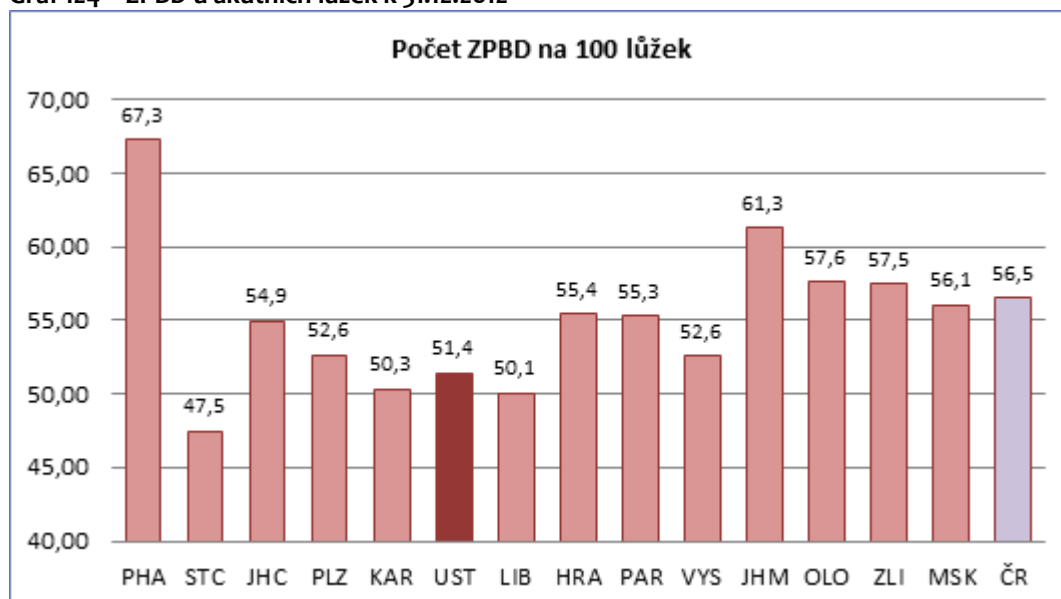
Celkové využití akutních lůžek v Ústeckém kraji (67,5%) se pohybuje mírně pod průměrem ČR (70,0%) při průměrné ošetrovací době 6,9 dne, což je na úrovni průměru ČR. Z toho vyplývá, že v oblasti lůžkové akutní péče **neexistují významné nadbytečné kapacity**.

Graf 123 – Počet lékařů na 100 lůžek k 31.12.2012



Zdroj: ÚZIS Lůžková péče 2012

Graf 124 – ZPBD u akutních lůžek k 31.12.2012



Zdroj: ÚZIS - Lůžková péče 2012

Hodnoty počtu lékařů i ZPBD u akutních lůžek jsou v rámci ČR **významně podprůměrné**.

Závěr:

Ústecký kraj patří mezi nejlepší v rámci celé ČR z hlediska celkového počtu akutních lůžek na 100.000 obyvatel. Vybavenost jednotlivých okresů lůžky akutní péče je relativně rovnoměrná, výjimkou však je okres Louny, který z pohledu tohoto ukazatele patří mezi nejhorší v rámci celé ČR. Tato skutečnost může signalizovat **nedostatek kapacit v rámci této zdravotní služby v okrese Louny**.

Relativně příznivá je i situace ve většině oborů, kde se vybavenost z hlediska počtu lůžek na 100.000 obyvatel pohybuje v úrovni průměrných hodnot nebo dokonce nad nimi. Výjimkou jsou obory **ARO, ORL, ortopedie a geriatric**, kde vysoce podprůměrné hodnoty vybavenosti lůžky mohou být signálem **chybějících kapacit v rámci této zdravotní služby**.

LŮŽKOVÁ PÉČE AKUTNÍ SPECIALIZOVANÁ A SUPERSPECIALIZOVANÁ (CENTRA)

V rámci vybraných nemocnic jsou provozována centra specializované a superspecializované péče, která poskytují zdravotní péči nejen v daném regionu (okresu), ale jejich spádová oblast často přesahuje i region Ústeckého kraje. Přehled nejvýznamnějších center je uveden dále.

Krajská zdravotní, a. s. - Nemocnice Děčín, o. z.

Centrum laparoskopické chirurgie je součástí chirurgického oddělení. Zajišťuje celou šíři laparoskopické chirurgie - laparoskopická operativa cholelithiasy, problematiky tříselných kýl, appendektomie, laparoskopické řešení ventrálních kýl v kombinaci s intraabdominálně řešenou suturou kýlní branky + mesh., laparoskopické řešení reflexní choroby jícnu a zejména hiatových hernií. V oblasti bariatriké laparoskopie rozvíjí techniku plikace žaludku a minigastrický bypass. Laparoskopickou operativu žaludku provádí také ve vhodných případech onkologických onemocnění. V oblasti laparoskopické operativy tlustého střeva se pracoviště soustřeďuje na onkologickou problematiku volného střeva.

Krajská zdravotní, a. s. - Nemocnice Chomutov, o. z.

Onkologické centrum se věnuje v rámci komplexní onkologické péče především léčbě solidních nádorů, kde poskytuje široké spektrum léčebných modalit obou základních oborů: tj. léčbu cytostatickou, hormonální a imunoterapii.

Rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví České republiky bylo bohužel v roce 2012 ukončeno podávání léčby biologické ve vazbě na detašované pracoviště Komplexního onkologického centra Krajské zdravotní, a. s. – Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem.

Pracoviště je jako jediné v Ústeckém kraji vybaveno 2 duálními lineárními urychlovači. Pacienti jsou na pracovišti léčeni dle nejmodernějších léčebných postupů v souladu s léčebnými standardy odborných společností, léčebné výsledky jsou srovnatelné s ostatními nejenom českými, ale i evropskými onkologickými pracovišti.

Neurologické oddělení má statut **Iktového centra a regionálního centra pro diagnostiku a léčbu spasticity** (od r. 2010). Iktové centrum koncipuje interdisciplinární péči o pacienty s cerebrovaskulárními chorobami. Iktové centrum je registrováno v národní databázi IKTA , v mezinárodním registru trombolytické terapie mozkového infarktu SITS a v mezinárodním registru tranzitorní ischemické ataky TIA .org.

Neurologické oddělení zajišťuje diagnostickou a léčebnou péči pro onemocnění nervového systému, svalů a páteře pro jihozápadní oblast Ústeckého kraje. Neuromuskulární program s využitím dvou moderních elektromyografických laboratoří zahrnuje diagnostiku a léčbu nervosvalových onemocnění včetně akutních onemocnění, poranění periferních nervů a orphan disease. V rámci nadregionální péče se u dystonií a spasticity používá lokální léčba botulotoxinem pod EMG kontrolou.

Oddělení nukleární medicíny je vybaveno třemi SPECT gama kamerami a dvěma planárními gama kamerami, díky tomu je největším pracovištěm v Ústeckém kraji.

Zabývá se diagnostikou velmi širokého spektra chorob. Jsou zde prováděna vyšetření rutinní, například vyšetření skeletu, perfuze myokardu, perfuzní i ventilační vyšetření plic, statické i dynamické vyšetření ledvin, dále i vyšetření vysoce specializovaná, například diagnostika Morbus Parkinson či detekce karcinoidu a dalších onemocnění.

Součástí je i terapeutická část, zaměřená na terapii metastatického postižení skeletu u pacientů se solidními tumory a s možností léčby z ortopedických indikací (i tzv. radiační synovectomie, tato je indikována v případě recidivujících kloubních výpotků, nejčastěji kolenních kloubů). Pracoviště se rovněž účastní mezinárodních studií v rámci vývoje nových radiofarmak.

Krajská zdravotní, a. s. - Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z.

Krajské onkologické centrum poskytuje komplexní onkologickou péči v Ústeckém kraji, především v okresech Děčín, Litoměřice, Teplice a Ústí nad Labem. Má statut Komplexního onkologického centra. Centrum provádí nejen aktinoterapii (léčba ionisujícím zářením), ale i chemoterapii u všech nádorových onemocnění, včetně maligních lymfomů. Je uplatňována teleterapie i brachyterapie v rámci radikální, kurativní léčby, často i v konkomitanci s chemoterapií. Využívá se aktinoterapie i z paliativních důvodů, např. z hemostatických. V chemoterapii je prováděna neoadjuvance, adjuvance, radikální léčba, včetně kontinuálních režimů, ale i paliativní léčba. U maligních lymfomů je prováděna chemoterapie před separací kmenových buněk, před transplantací kostní dřeně na hematologické klinice ve VFN Praha. Pracoviště provádí také hormonoterapii u hormonálně dependentních nádorů a imunomodulační léčbu. Jako Komplexní onkologické centrum provádí také tzv. biologickou léčbu.

Traumacentrum poskytuje nejvyšší úroveň traumatologické péče pro občany Ústeckého kraje. Jeho základem je úrazové oddělení, které koordinuje péči o poraněné a úzce spolupracuje s ostatními specialisty. Specializuje se zejména na operativu ruky a zápěstí, nohy a hlezna, a v neposlední řadě též pánve a acetabula. Široký záběr má i na poli artroskopických operací. V praxi se uplatňují nejmodernější operační postupy a instrumentária, např. instrumentace operací nohy technikou dlah s variabilním stabilním úhlem nebo některé typy artrodéz hlezna.

Oddělení dětské chirurgie má statut **dětského traumacentra** a zajišťuje komplexní péči v rámci dětské chirurgie a traumatologie. Je i výukovým centrem dětské laparoskopie České pediatriko-chirurgické společnosti.

Neurochirurgická klinika Fakulty zdravotnických studií Univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem a Krajské zdravotní, a. s. - Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o. z. má působnost **nadregionálního specializovaného centra**. Pracoviště provádí vysoce specializovanou diagnostiku, léčbu a výzkum chorob nervového systému. Konstituuje spinální centrum nejvyšší kategorie „A“ pro léčbu úrazů a onemocnění páteře, neurovaskulární program zahrnuje interdisciplinární péči o cévní systém mozku v rámci definovaného a certifikovaného Komplexního cerebrovaskulárního centra, neuroonkologický program obsahuje terapii nádorů s využitím nejmodernějších elektrofyzilogických technik, navigace a operací při vědomí, centrum chirurgie baze lební a lícního nervu disponuje v ČR jedinečným zázemím mikroanatomické disekční laboratoře. Operativa je dále zaměřena na dětskou neurochirurgii ve spolupráci s Dětskou klinikou MN a Fakultní nemocnicí Motol, v problematice normotenzního hydrocefalu působí specializovaný tým jako centrum pro evropskou databázi.

Centrum robotické chirurgie provádí roboticky asistované operace zaměřené zejména na radikální prostatektomie, resekce tumorů rekta, operace ledvin (jak resekce tumorů ledvin, tak pyeloplastiky), dále radikální hysterektomie a cystektomie. Od roku 2009 je vybaveno robotem da Vinci č. 2.

Oční oddělení zajišťuje činnost **makulárního centra** jako jediného mimofakultního centra v ČR, kde jsou léčeni pacienti s vlhkou formou makulární degenerace. Diabetologické oční centrum jako 2. v ČR ošetřuje pacienty s očními komplikacemi nejnovější technikou mikropulsním laserem. Oční oddělení dále provádí jako na jediném pracovišti v ČR kanaloplastiku, ale i celé spektrum operací glaukomu s nově vyvinutými implantáty.

Kardiologické centrum poskytuje obyvatelům celého Ústeckého kraje odpovídající diagnostickou i léčebnou péči podle nejnovějších poznatků současné medicíny na poli kardiologie. Pracoviště se sestává z několika oddělení - koronární jednotky, standardního oddělení, pracoviště neinvazivní kardiologie, pracoviště invazivní kardiologie a konečně pracoviště kardiostimulace a elektrofyzilogických vyšetřování. Centrum poskytuje 24hodinový nepřetržitý provoz pro nemocné s akutními formami ICHS. Pracoviště provádí prakticky všechny typy intervenčních výkonů (každým rokem je na tomto pracovišti provedeno 2300-2500 vyšetření s asi 1000 intervenčními zákroky). K vybavení patří unikátní přístroj k podrobnému zobrazení věnčitých tepen = optickou koherentní tomografií (OCT), přístroje pro vyšetření významnosti srdečních stenóz a software pro automatické vyhodnocování intravaskulárního ultrazvuku. V roce 2009 pracoviště jako jedno z prvních v ČR a v Evropě provedlo náhradu aortální chlopně perkutánní cestou, od roku 2011 jako 3. v ČR zahájilo výkon – uzavěr ouška levé síně u nemocných s kontraindikací pro dlouhodobou antikoagulační léčbu.

AIDS centrum, které je součástí Infekčního oddělení Masarykovy nemocnice, poskytuje z pověření Ministerstva zdravotnictví v ambulantní a lůžkové části péči HIV pozitivním osobám z celého Ústeckého a Libereckého kraje. U pacientů s HIV se v centru pravidelně monitoruje vývoj klinického stavu, laboratorní imunologické parametry, aktivita infekce a vznik infekčních či nádorových komplikací. Nemocným jsou poskytovány nákladné protivirové (centrové) léky v souladu se současnými českými a evropskými doporučeními. Pacienti mají zajištěnu stomatologickou a gynekologickou péči, potřebná konziliární vyšetření, posudkové a sociální služby. AIDS centrum se podílí na preventivních programech v regionu, školení zdravotníků a pracovníků, kteří se věnují drogově závislým, poskytuje HIV poradenství široké veřejnosti včetně testování HIV a provozuje nepřetržitou informační telefonní linku Helpline AIDS.

Novorozenecké oddělení je jedním z 12 **perinatologických center** v ČR. V rámci třístupňové diferencované péče o novorozence zajišťuje všechny 3 úrovně péče od péče o fyziologické novorozence přes péči intermediární až po nejvyšší intenzivní resuscitační péči. Spádová oblast přesahuje hranice Ústeckého kraje a sahá až do kraje Libereckého. Součástí centra je poradna pro rizikové novorozence, kde jsou do věku 2 let sledovány děti s porodní hmotností pod 1500 g a ostatní ohrožení novorozenci. Transportní služba slouží pro okamžitý transport novorozenců, u kterých došlo k nečekaným, akutním patologickým stavům, které vyžadují intermediární a resuscitační péči.

Dětská klinika provozuje 5 center:

- **diabetologické centrum pro děti a dorost** zajišťuje komplexní diagnostickou, léčebnou a edukační péči o diabetiky z regionu včetně léčby inzulinovými pumpami,
- **centrum léčby růstovým hormonem** zajišťuje ve spolupráci s komplementem nemocnice, a zejména ve spolupráci s Oddělením lékařské genetiky, diagnostiku poruch růstu. Je centrem pro indikaci a léčbu růstovým hormonem, kterým se zde léčí děti z regionu Ústeckého a Libereckého kraje,
- **centrum hematologické onkologie pro děti a dorost** je regionálním centrem pro léčbu vybraných typů leukémie,
- **centrum pro trombózu a hemostázu** zajišťuje ve spolupráci s příslušnými odděleními nemocnice péči o děti. V posledních letech narůstá počet dětí s trombózami a poruchami hemostázy,
- **centrum pro děti s hemofilii** (zvýšeným sklonem ke krvácení na podkladě vrozeného nedostatku faktorů krevního srážení).

Ženské oddělení poskytuje zdravotní péči prostřednictvím specializovaných center. **Perinatologické centrum** (porodnické a novorozenecké oddělení) zajišťuje péči o pacientky s rizikovým a patologickým průběhem gravidity. Spádová oblast zahrnuje Ústecký kraj a přilehlé okresy okolních krajů (Libereckého, Karlovarského). **Onkogynekologické centrum** je zařazeno mezi akreditovaná pracoviště, která zajišťují vysoce specializovanou péči o pacientky s gynekologickou malignitou v rámci celé České republiky. Radikální operace gynekologických malignit jsou prováděny částečně na pracovišti robotické chirurgie.

Komplexní cerebrovaskulární centrum (KCC) je primárně určeno pro pacienty v rámci Ústeckého kraje s příznaky svědčícími pro vážnou cévní mozkovou příhodu. Jeho činnost klade nemalé nároky jak na záchrannou službu celého Ústeckého kraje, tak na chod Emergency, neurologického a neurochirurgického oddělení, oddělení radiodiagnostiky, oddělení intenzivní medicíny a oddělení rehabilitační.

Závěr:

Z přehledu je zřejmé, že v Ústeckém kraji existuje celá řada center specializované péče. Centrová péče umožňuje racionální péči o pacienty, kteří potřebují nákladnou zdravotní péči. Současně specializace a koncentrace určitého druhu péče vede zpravidla i k lepším léčebným výsledkům. Do budoucna by proto měl význam centrové péče nadále růst.

LŮŽKOVÁ PÉČE NÁSLEDNÁ, REHABILITAČNÍ A OŠETŘOVATELSKÁ

Jak již bylo uvedeno, je podle zákona o zdravotních službách lůžkovou péčí, hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, vedle akutní péče též:

- **následná lůžková péče**, která je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též následná intenzivní péče (NIP) pacientům, kteří jsou částečně nebo úplně závislí na podpoře základních životních funkcí,
- **dlouhodobá lůžková péče**, která je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče (DIOP) pacientům s poruchou základních životních funkcí.

Poskytovateli následné péče mohou být:

- **nemocnice následné péče** - zdravotnická zařízení lůžkové péče, která poskytují pacientům zejména ambulantní péči, z lůžkové péče pak jen ošetrovatelskou a doléčovací péči a to v návaznosti na péči akutní, které se pacientovi dostalo v jiném zařízení
- **léčebny dlouhodobě nemocných** - zdravotnická zařízení (odborné léčebné ústavy) lůžkové péče, která jsou určena pro poskytování specializované lůžkové péče, zaměřené především na ošetrovatelskou a rehabilitační péči o osoby trpící déletrvajícími nemocemi (zejména pro staré a dlouhodobě nemocné).

Přehled poskytovatelů lůžkové následné péče v Ústeckém kraji včetně rozsahu poskytované péče je uveden v následující tabulce:

Tabulka 55 – Poskytovatelé lůžkové následné péče v okrese Děčín

Poskytovatel	Typ	Město	Oddělení	Pracoviště
Nemocnice Varnsdorf, p.o.	NNP	Varnsdorf	89 ošetrovat.péče	ošetrovat.péče
NEUROLOGIE, s.r.o.	NNP	Jiřetín pod Jedlovou	12 neurologie	ošetrovat.péče
VIA s.r.o.	LDN	Česká Kamenice	89 ošetrovat.péče	ošetrovat.péče

Zdroj: ÚZIS – Registr zdravotnických zařízení

Tabulka 56 – Poskytovatelé lůžkové následné péče v okrese Chomutov

Poskytovatel	Typ	Město	Oddělení	Pracoviště
KZ, a.s., Nemocnice Chomutov, o.z.	LDN	Chomutov	89 ošetrovat.péče	ošetrovat.péče
Nemocnice Kadaň s.r.o.	LDN	Kadaň	89 ošetrovat.péče	ošetrovat.péče

Zdroj: ÚZIS – Registr zdravotnických zařízení

Tabulka 57 – Poskytovatelé lůžkové následné péče v okrese Litoměřice

Poskytovatel	Typ	Město	Oddělení	Pracoviště
Městská nemocnice v Litoměřicích, p.o.	LDN	Litoměřice	89 ošetřovat.péče	ošetřovat.péče
PNsP Roudnice n. L., s.r.o.	LDN	Roudnice nad Labem	89 ošetřovat.péče	ošetřovat.péče

Zdroj: ÚZIS – Registr zdravotnických zařízení

Tabulka 58 – Poskytovatelé lůžkové následné péče v okrese Louny

Poskytovatel	Typ	Město	Oddělení	Pracoviště
Nemocnice Louny, a.s.	NNP	Louny	89 ošetřovat.péče	ošetřovat.péče, DIOP
MEDICINA, spol. s r.o.	NNP	Podbořany	89 ošetřovat.péče	ošetřovat.péče

Zdroj: ÚZIS – Registr zdravotnických zařízení

Tabulka 59 – Poskytovatelé lůžkové následné péče v okrese Most

Poskytovatel	Typ	Město	Oddělení	Pracoviště
REMEDI Meziboří s.r.o.	NNP	Meziboří	52 rehab.a fyz.med	ošetřovat.péče
Krušnohorská poliklinika s.r.o.	NNP	Litvínov	89 ošetřovat.péče	ošetřovat.péče
Nemocnice následné péče Most, p.o.	NNP	Most	89 ošetřovat.péče	ošetřovat.péče

Zdroj: ÚZIS – Registr zdravotnických zařízení

Tabulka 60 – Poskytovatelé lůžkové následné péče v okrese Teplice

Poskytovatel	Typ	Město	Oddělení	Pracoviště
Hornická nemocnice s poliklinikou spol. s r.o.	NNP	Bílina	89 ošetřovat.péče	ošetřovat.péče
KZ, a.s., Nemocnice Teplice, o.z.	LDN	Teplice	89 ošetřovat.péče	ošetřovat.péče

Zdroj: ÚZIS – Registr zdravotnických zařízení

Tabulka 61 – Poskytovatelé lůžkové následné péče v okrese Ústí nad Labem

Poskytovatel	Typ	Město	Oddělení	Pracoviště
Nemocnice následné péče Ryjice, p.o.	NNP	Ryjice	89 ošetřovat.péče	ošetřovat.péče

Zdroj: ÚZIS – Registr zdravotnických zařízení

Z mapy nemocnic a předchozích tabulek je zřejmé relativně rovnoměrně pokrytí jednotlivých okresů lůžkovou následnou péčí, kdy v každém okrese existuje alespoň jeden poskytovatel této zdravotní péče. V nemocnici Louny jsou pak k dispozici lůžka dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP).

Porovnání počtu následných lůžek v krajích a jejich personálního vybavení je provedeno v následujících tabulkách.

Tabulka 62 – Lůžka následné péče – rehabilitační v ČR

Kraj	Počet			Počet lůžek	Pracovníci na pracovištích				
	Subjekty (IČ)	Zařízení (IČZ)	Pracoviště (IČP)		Lékaři			Sestry	
					Počet	PPP	Průměrný věk	Počet	PPP
Hlavní město Praha	5	5	5	256	23	15,1	49,5	157	143,9
Středočeský kraj	5	5	5	470	47	26,2	43,2	230	210,1
Jihočeský kraj	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0	0,0
Plzeňský kraj	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0	0,0
Karlovarský kraj	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0	0,0
Ústecký kraj	1	1	1	46	3	2,4	56,0	22	20,7
Liberecký kraj	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0	0,0
Královéhradecký kraj	1	1	1	159	9	7,0	48,2	87	82,7
Pardubický kraj	3	3	10	686	51	43,7	48,7	358	338,9
Kraj Vysočina	1	1	1	39	4	2,8	61,4	26	22,2
Jihomoravský kraj	2	2	2	145	11	8,9	49,7	98	96,1
Olomoucký kraj	3	3	4	251	33	17,7	42,4	121	107,2
Moravskoslezský kraj	2	2	5	554	34	30,1	49,1	247	242,2
Zlínský kraj	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0	0,0
Celkem	23	23	34	2 606	214	153,8	47,6	1 346	1 263,9

Zdroj: VZP – Ročenka 2012

Tabulka 63 – Lůžka následné péče – ošetrovatelská v ČR

Kraj	Počet			Počet lůžek	Pracovníci na pracovištích				
	Subjekty (IČ)	Zařízení (IČZ)	Pracoviště (IČP)		Lékaři			Sestry	
					Počet	PPP	Průměrný věk	Počet	PPP
Hlavní město Praha	8	8	12	405	29	14,9	49,6	235	200,1
Středočeský kraj	12	13	13	786	36	19,1	51,8	424	385,8
Jihočeský kraj	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0	0,0
Plzeňský kraj	2	2	2	60	3	1,5	43,8	34	30,0
Karlovarský kraj	4	4	4	238	11	6,9	61,7	154	146,9
Ústecký kraj	6	7	7	195	16	5,8	47,4	112	100,9
Liberecký kraj	2	2	2	55	2	1,1	44,5	31	30,3
Královéhradecký kraj	8	8	9	338	20	8,8	48,6	201	182,3
Pardubický kraj	1	1	1	40	5	1,1	41,4	21	18,2
Kraj Vysočina	1	1	1	15	4	0,4	51,8	18	8,6
Jihomoravský kraj	4	4	5	181	15	4,8	50,4	99	94,9
Olomoucký kraj	3	3	3	119	9	2,9	45,9	83	78,1
Moravskoslezský kraj	10	10	12	558	29	12,6	56,9	311	289,3
Zlínský kraj	4	4	4	73	5	1,7	45,7	50	44,8
Celkem	65	67	75	3 063	184	81,4	51,6	1 771	1 610,2

Zdroj: VZP – Ročenka 2012

Tabulka 64 – Lůžka následné péče – LDN v ČR

Kraj	Počet			Počet lůžek	Pracovníci na pracovištích				
	Subjekty (IČ)	Zařízení (IČZ)	Pracoviště (IČP)		Lékaři			Sestry	
					Počet	PPP	Průměrný věk	Počet	PPP
Hlavní město Praha	15	15	19	1 391	122	88,2	51,5	659	615,4
Středočeský kraj	14	15	16	1 076	118	64,8	47,7	596	541,3
Jihočeský kraj	10	10	12	725	85	43,5	50,0	413	384,7
Plzeňský kraj	8	8	8	687	77	44,9	48,3	335	321,2
Karlovarský kraj	5	5	5	299	24	16,4	49,7	149	142,8
Ústecký kraj	13	14	15	1 073	117	65,5	55,0	579	552,7
Liberecký kraj	6	7	9	481	41	28,9	49,7	259	252,7
Královéhradecký kraj	5	5	6	439	40	26,3	55,9	235	217,9
Pardubický kraj	10	10	10	794	69	44,8	49,2	437	402,7
Kraj Vysočina	8	9	10	739	70	41,9	52,7	413	369,0
Jihomoravský kraj	8	8	10	870	85	48,4	48,4	407	393,6
Olomoucký kraj	6	6	8	583	50	35,0	48,9	300	289,4
Moravskoslezský kraj	13	13	16	807	71	48,5	48,4	428	410,2
Zlínský kraj	9	9	9	691	64	39,5	44,6	361	330,9
Celkem	130	134	153	10 655	1 029	636,5	50,1	5 571	5 224,4

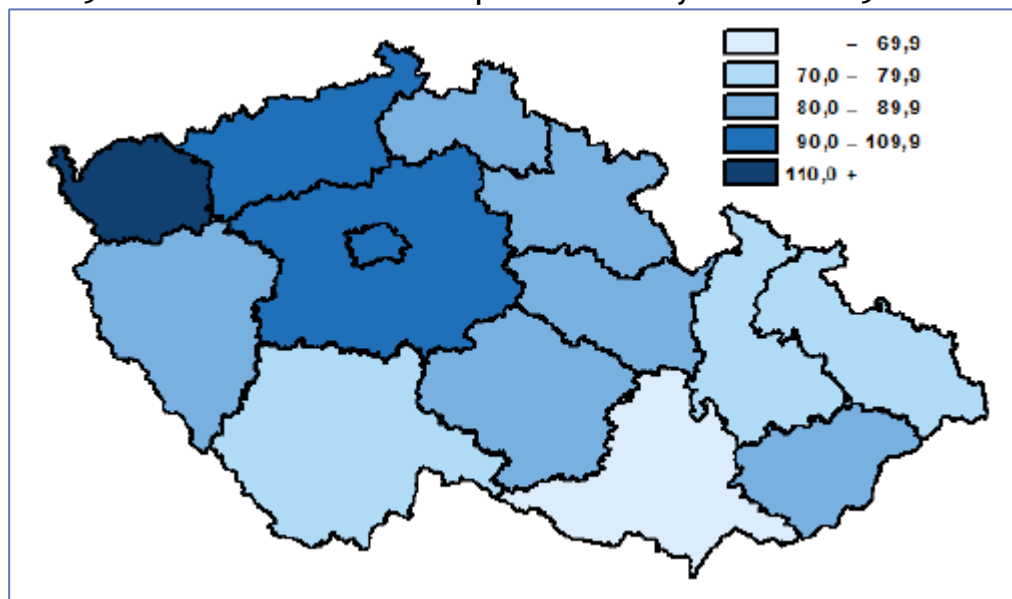
Zdroj: VZP – Ročenka 2012

Tabulka 65 – Lůžka následné péče – celkem v ČR

Kraj	Počet			Počet lůžek	Počet lůžek / 10.000 obyvatel	Index Kraj / ČR
	Subjekty (IČ)	Zařízení (IČZ)	Pracoviště (IČP)			
Hlavní město Praha	28	28	36	2 052	16,5	106%
Středočeský kraj	31	33	34	2 332	18,1	116%
Jihočeský kraj	10	10	12	725	11,4	73%
Plzeňský kraj	10	10	10	747	13,0	84%
Karlovarský kraj	9	9	9	537	17,8	115%
Ústecký kraj	20	22	23	1 314	15,9	102%
Liberecký kraj	8	9	11	536	12,2	79%
Královéhradecký kraj	14	14	16	936	16,9	109%
Pardubický kraj	14	14	21	1 520	29,4	190%
Kraj Vysočina	10	11	12	793	15,5	100%
Jihomoravský kraj	14	14	17	1 196	10,2	66%
Olomoucký kraj	12	12	15	953	14,9	96%
Moravskoslezský kraj	25	25	33	1 919	15,6	101%
Zlínský kraj	13	13	13	764	13,0	84%
ČR celkem	218	224	262	16 324	15,5	100%

Zdroj: VZP – Ročenka 2012

Celková vybavenost Ústeckého kraje z hlediska počtu lůžek následné péče na 10.000 obyvatel je mírně nad úroveň celorepublikového průměru a Ústecký kraj je na 5. místě mezi kraji. Příznivé je i hodnocení vybavenosti Ústeckého kraje z pohledu počtu lůžek na 10.000 obyvatel starších 65 let v následujícím grafu.

Graf 125 – Lůžka následné ošetrovatelské péče na 10.000 obyvatel starších 65 let

Zdroj: ÚZIS – Sít' zdravotnických zařízení 2012

Mezi lůžka následné péče bývají řazena i lůžka odborných léčebných ústavů v oboru psychiatrie. Přehled poskytovatelů této lůžkové péče v Ústeckém kraji je uveden v následující tabulce:

Tabulka 66 – Poskytovatelé lůžkové následné péče v oboru psychiatrie v Ústeckém kraji

Poskytovatel	Město	Okres	Oddělení	Pracoviště
Psychiatrická léčebna Petrohrad, p.o.	Podbořany	LN	13 psychiatrie	psychiatrie
Dětská psychiatrická nemocnice Louny	Louny	LN	66 dět.psychiatrie	dět.psychiatrie
Psychiatrická nemocnice	Horní Beřkovice	LT	13 psychiatrie	AT
			13 psychiatrie	psychiatrie
			84 gerontopsych.	gerontopsych.
SENIOR CZ, s.r.o.	Ústí nad Labem	UL	84 gerontopsych.	gerontopsych.

Zdroj: ÚZIS – Registr zdravotnických zařízení

Porovnání počtu psychiatrických lůžek v OLÚ v krajích a jejich personálního vybavení je provedeno v následující tabulce.

Tabulka 67 – OLÚ psychiatrie – celkem v ČR

Kraj	Počet			Počet lůžek	Pracovníci na pracovištích				
	Subjekty (IČ)	Zařízení (IČZ)	Pracoviště (IČP)		Lékaři			Sestry	
					Počet	PPP	Průměrný věk	Počet	PPP
Hlavní město Praha	2	2	33	1 357	120	105,3	40,7	746	709,0
Středočeský kraj	1	1	15	600	41	35,2	42,5	319	316,2
Jihočeský kraj	4	4	6	380	36	24,3	43,7	226	218,1
Plzeňský kraj	1	1	2	1 210	74	64,8	43,5	686	675,5
Karlovarský kraj	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0	0,0
Ústecký kraj	4	4	22	737	48	40,9	38,9	420	408,1
Liberecký kraj	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0	0,0
Královéhradecký kraj	1	1	1	56	4	1,5	46,1	29	28,0
Pardubický kraj	1	1	1	36	3	1,8	46,8	22	18,0
Kraj Vysočina	4	4	33	1 365	97	74,0	44,6	809	820,9
Jihomoravský kraj	1	1	26	794	44	38,9	45,1	354	353,4
Olomoucký kraj	2	2	8	670	42	37,7	45,4	403	396,9
Moravskoslezský kraj	1	1	8	872	69	38,6	49,4	511	503,5
Zlínský kraj	1	1	11	1 014	49	44,9	42,9	516	511,8
Celkem	23	23	166	9 091	625	507,7	43,3	5 039	4 959,4

Zdroj: VZP – Ročenka 2012

V tomto případě se však jedná o dlouhodobou specializovanou péči, která má odlišný charakter od běžné následné ošetrovatelské nebo rehabilitační péče.

Závěr:

Ústecký kraj patří **mezi 5 nejlepších v rámci celé ČR** z hlediska celkového počtu lůžek následné péče na 10.000 obyvatel. Vybavenost jednotlivých okresů lůžky akutní péče je relativně rovnoměrná. V současné době probíhající transformace akutních lůžek na následná dává předpoklad k dalšímu posilování této kapacity i do budoucna.

LŮŽKOVÁ PÉČE PALIATIVNÍ

Hrazenými službami je i péče paliativní a symptomatická u osob v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu. Jedná se o zvláštní lůžkovou péči podle zákona o veřejném zdravotním pojištění. Pobyt v hospici může navrhnout praktický lékař nemocného, ošetřující odborný lékař, ale i rodina a blízcí klienta a samozřejmě sám nemocný. Žádost o přijetí do hospice vyplňuje ošetřující lékař nemocného, určujícím kritériem pro přijetí pacienta do hospicové péče je jeho zdravotní indikace (podmínkou přijetí je indikace terminálního stadia onemocnění potvrzeného vysílajícím poskytovatelem hrazených služeb či praktickým lékařem). Musí být také jisté, že se vyčerpaly všechny léčebné možnosti, které mohly nemoc vyléčit nebo zastavit. Pacienta nelze přijmout do hospice bez jeho „svobodného informovaného souhlasu“, který je součástí žádosti vyplněné lékařem.

Přehled poskytovatelů lůžkové péče paliativní v Ústeckém kraji včetně rozsahu poskytované péče je uveden v následující tabulce:

Tabulka 68 – Poskytovatelé lůžkové následné péče v okrese Ústí nad Labem

Poskytovatel	Město	Okres	Oddělení	Pracoviště
Občanské sdružení - HOSPIC Sv. Štěpána	Litoměřice	LT	88 paliativní péče	paliativní péče
HOSPIC v Mostě, o.p.s.	Most	MO	88 paliativní péče	paliativní péče

Zdroj: ÚZIS – Registr zdravotnických zařízení

Porovnání počtu následných lůžek paliativní péče v krajích je provedeno v následujících tabulkách.

Tabulka 69 – Lůžka paliativní péče (hospice) v ČR

Kraj	Počet			Počet lůžek	Počet lůžek / 10.000 obyvatel	Index
	Subjekty (IČ)	Zařízení (IČZ)	Pracoviště (IČP)			
Hlavní město Praha	2	2	3	68	0,5	131%
Středočeský kraj	1	1	1	30	0,2	56%
Jihočeský kraj	1	1	1	30	0,5	113%
Plzeňský kraj	1	1	1	28	0,5	117%
Karlovarský kraj	0	0	0	0	0,0	0%
Ústecký kraj	2	2	2	41	0,5	119%
Liberecký kraj	0	0	0	0	0,0	0%
Královéhradecký kraj	1	1	1	30	0,5	130%
Pardubický kraj	1	1	1	27	0,5	125%
Kraj Vysočina	1	1	1	10	0,2	47%
Jihomoravský kraj	2	2	2	70	0,6	143%
Olomoucký kraj	1	1	1	30	0,5	113%
Moravskoslezský kraj	2	2	2	60	0,5	117%
Zlínský kraj	1	1	1	15	0,3	61%
ČR celkem	16	16	17	439	0,4	100%

Zdroj: VZP – Ročenka 2012

Závěr:

Celková vybavenost Ústeckého kraje z hlediska počtu lůžek paliativní péče na 10.000 obyvatel je **nad úrovní celorepublikového průměru** a Ústecký kraj je na 5. místě mezi krají.

2.1.2.4 Dostupnost zdravotní péče

Jak již bylo uvedeno dostupnost zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění je definována Nařízením vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb č. 307/2012 Sb. Ve smyslu tohoto předpisu je rozlišována místní a časová dostupnost zdravotních služeb.

MÍSTNÍ DOSTUPNOST

Místní dostupnost zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění je definována jako maximální dojezdová doba, aniž je blíže specifikován způsob dopravy, kterým má být služby dosaženo. Obecně se však má za to, že jde o vymezení dojezdové vzdálenosti při jízdě autem. Pro jednotlivé obory nebo služby jsou uvedeným nařízením vlády stanoveny tyto nejzazší možné dojezdové doby:

Tabulka 70 – Zákonné požadavky na místní dostupnost zdravotních služeb
Ambulantní péče

skupina	dojezdová doba (v minutách)	Obor nebo služba
1	35	všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost, gynekologie a porodnictví, zubní lékař, lékárna
2	45	Diabetologie, chirurgie, neurologie, oftalmologie, otorinolaryngologie, ortopedie, radiologie a zobrazovací metody (jen ultrazvukové a rentgenové a skiagrafické vyšetření), rehabilitační a fyzikální medicína, fyzioterapie, urologie, vnitřní lékařství
3	60	Gastroenterologie, kardiologie, pneumologie a ftizeologie, hematologie a transfúzní lékařství, revmatologie, hemodialýza, psychiatrie, psychologie, logopedie, dermatovenerologie
4	90	alergologie a klinická imunologie, angiologie, endokrinologie, nefrologie, klinická onkologie, dětská chirurgie, dětská a dorostová psychiatrie, dětská neurologie, ortodoncie, počítačová tomografie
5	120	dětská gynekologie, foniatrie a audiologie, radiační onkologie, magnetická rezonance, nukleární medicína, kardiochirurgie, neurochirurgie, cévní chirurgie, infekční lékařství, lékařská genetika, plastická chirurgie, geriatric, sexuologie

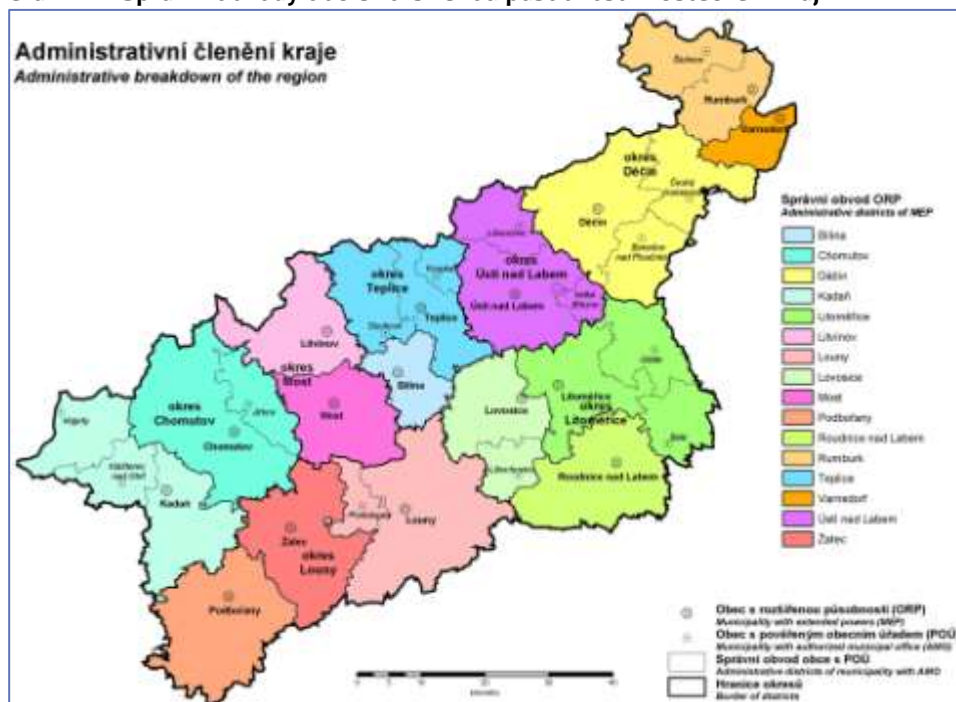
Lůžková péče

skupina	dojezdová doba (v minutách)	Obor nebo služba
1	60	anesteziologie a intenzivní medicína, gynekologie a porodnictví, neonatologie, dětské lékařství, chirurgie, vnitřní lékařství, dlouhodobá péče (ošetřovatelská péče)
2	75	Neurologie, ortopedie, pneumologie a ftizeologie, rehabilitační a fyzikální medicína (akutní lůžková péče), urologie
3	120	traumatologie, klinická onkologie, dermatovenerologie, infekční lékařství, oftalmologie, otorinolaryngologie, psychiatrie, následná lůžková péče (léčebně rehabilitační péče)
4	180	Kardiochirurgie, neurochirurgie, cévní chirurgie, radiační onkologie, geriatric

Zdroj: Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb č. 307/2012 Sb.

Při posuzování místní dostupnosti jednotlivých zdravotních služeb je nutné vyjít z maximálních dojezdových dob uvedených v předchozí tabulce. Při jízdě autem v rámci jednotlivých ORP lze při využití místních komunikací 2. a 3. tříd uvažovat průměrnou cestovní rychlost cca 60 km/h a stanovené dojezdové doby v minutách tak současně považovat za maximální vzdálenost v kilometrech. V případě delších vzdáleností lze při využití komunikací vyšších tříd uvažovat průměrnou cestovní rychlost cca 75 km/h.

Graf 126 – Správní obvody obcí s rozšířenou působností v Ústeckém kraji



Zdroj: ČSÚ

Z mapy Ústeckého kraje a jeho administrativního členění je zřejmé, že:

- v rámci jednotlivých správních obvodů ORP leží veškeré obce ve vzdálenosti maximálně do cca 20 km (vzdušnou čarou) od ORP a celková dojezdová vzdálenost do ORP nepřesáhne 35 km a 35 minut;
- v rámci okresů leží veškeré obce ve vzdálenosti maximálně do cca 40 km (vzdušnou čarou) od okresních měst a celková vzdálenost od ORP nepřesáhne 50 km a 45 minut;
- dojezdová vzdálenost ze všech obcí Ústeckého kraje do krajského města Ústí nad Labem nepřesáhne 90 km a 75 minut.

Z toho dále vyplývá, že **pro zajištění zákonných požadavků** na místní dostupnost zdravotních služeb **by jednotlivé služby měly být zajištěny minimálně takto:**

- ambulantní péče
 - skupina 1 na úrovni ORP
 - skupina 2 a 3 na úrovni okresního města
 - skupina 4 a 5 na úrovni krajského města

- lůžková péče
 - skupina 1 na úrovni okresního města
 - skupina 2, 3 a 4 na úrovni krajského města.

Místní dostupnost zdravotních služeb v Ústeckém kraji dle Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb č. 307/2012 Sb. je analyzována v následujících tabulkách. Pro každý obor nebo službu je v jednotlivých tabulkách (pro každý segment zdravotní péče a skupinu) uvedeno místo (obec), kde je uvedená služba poskytována (hodnota 1 v příslušném sloupci znamená, že dané služba nebo obor je v dané obci poskytován). Zdrojem dat jsou údaje vedené v Registru zdravotnických zařízení (ÚZIS).

AMBULANTNÍ PÉČE

Tabulka 71 – Místní dostupnost zdravotních služeb – ambulantní péče – skupina 1

OKR	ORP	Obec	PL	PLDD	GYN	STOM	LÉK
CV	Chomutov	Chomutov	1	1	1	1	1
CV		Mádkov	1				
CV		Nezabylice	1				
CV		Kalek	1				
CV		Strupčice	1	1			
CV		Hora Svatého Šebestiána	1				1
CV		Jirkov	1	1	1	1	1
CV		Údlice	1				
CV		Droužkovice	1				
CV		Březno	1	1			
CV		Spořice	1	1			
CV		Výsluní	1				
CV	Kadaň	Kadaň	1	1	1	1	1
CV		Radonice	1	1			
CV		Klášteřec nad Ohří	1	1	1	1	1
CV		Loučná	1				
CV		Vejprty	1			1	1
CV		Mašťov	1				
CV		Perštejn	1	1		1	
CV		Chbany	1				
CV		Kovářská		1		1	
DC	Děčín	Děčín	1	1	1	1	1
DC		Česká Kamenice	1		1		1
DC		Benešov n.Pl.	1	1	1		1
DC		Huntířov	1				
DC		Jetřichovice	1				
DC		Srbská Kamenice	1				
DC		Ludvíkovice	1				
DC		Verneřice	1				
DC		Jílové	1	1	1	1	1
DC		Česká Kamenice	1	1	1	1	1
DC		Těchlovice	1				
DC		Markvartice				1	
DC		Hřensko					1
DC	Rumburk	Rumburk	1	1	1	1	1

OKR	ORP	Obec	PL	PLDD	GYN	STOM	LÉK
DC		Jířkov	1	1	1	1	1
DC		Vilémov	1			1	
DC		Dolní Poustevna	1			1	1
DC		Mikulášovice	1			1	
DC		Lipová	1				
DC		Krásná Lípa	1	1		1	1
DC		Šluknov	1	1		1	1
DC		Velký Šenov	1	1	1	1	
DC	Varnsdorf	Varnsdorf	1	1	1	1	1
DC		Chřibská	1			1	
DC		Dolní Podluží	1			1	1
LN	Louny	Louny	1	1	1	1	1
LN		Hřivice	1			1	
LN		Panenský Týnec	1			1	
LN		Jimlín	1				
LN		Koštice	1	1			
LN		Domoušice	1				
LN		Slavětín	1				
LN		Ročov	1				
LN		Výškov	1				
LN		Postoloprty	1	1	1	1	1
LN		Cítoliby	1				
LN		Lenešice	1				
LN		Libčeves	1				
LN		Peruc	1	1		1	
LN	Podbořany	Podbořany	1	1	1	1	1
LN		Blatno	1				
LN		Vroutek	1			1	
LN		Kryry	1	1		1	1
LN		Lubenec		1		1	1
LN		Krásný Dvůr				1	
LN	Žatec	Žatec	1	1	1	1	1
LN		Měcholupy	1	1			
LN		Liběšice	1	1			
LN		Nové Sedlo	1				
LN		Staňkovice	1	1			
LT	Litoměřice	Litoměřice	1	1	1	1	1
LT		Terezín	1	1	1	1	1
LT		Bohušovice nad Ohří	1	1		1	
LT		Polepy	1	1			
LT		Lovečkovice	1				
LT		Levín	1				
LT		Liběšice	1	1			1
LT		Štětí	1	1	1	1	1
LT		Úštěk	1	1	1	1	1
LT		Hoštka	1	1		1	1
LT		Křešice	1	1			
LT		Snědovice	1				
LT		Brozany nad Ohří		1		1	
LT		Ploskovice		1			
LT	Lovosice	Lovosice	1	1	1	1	1
LT		Malé Žernoseky	1			1	

OKR	ORP	Obec	PL	PLDD	GYN	STOM	LÉK
LT		Čížkovice	1	1			
LT		Úpohlavy	1				
LT		Dlažkovice	1				
LT		Podsedice	1				
LT		Velemín	1				
LT		Libochovice	1	1	1	1	1
LT		Třebívlice	1	1			
LT		Třebenice	1	1		1	1
LT	Roudnice nad Labem	Roudnice nad Labem	1	1	1	1	1
LT		Mšené-lázně	1			1	
LT		Budyně nad Ohří	1	1		1	1
LT		Horní Bečkovice	1			1	
LT		Krabčice	1				
LT		Straškov -Vodochody	1	1		1	1
LT		Dušníky		1			
LT		Libkovic pod Řípem		1			
LT		Chodouny		1			
LT		Bechlín		1			
LT		Vědomice				1	
MO	Bílina	Bílina	1	1	1	1	1
MO		Hostomice		1		1	1
MO		Ledvice	1				
MO	Litvínov	Litvínov	1	1	1	1	1
MO		Horní Jiřetín	1			1	
MO		Nová Ves v Horách	1	1			
MO		Lom	1	1		1	1
MO		Hora Svaté Kateřiny	1	1			
MO		Brandov	1	1			
MO		Meziboří		1	1	1	1
MO	Most	Most	1	1	1	1	1
MO		Želenice	1				
MO		Havraň	1	1		1	
MO		Braňany	1	1		1	
MO		Bečov	1	1	1		1
MO		Bělušice	1				
MO		Obrnice	1	1			
TP	Teplice	Teplice	1	1	1	1	1
TP		Krupka	1	1	1	1	1
TP		Duchcov	1	1		1	1
TP		Dubí	1	1		1	1
TP		Novosedlice	1	1			1
TP		Proboštov	1				
TP		Žalany	1	1			
TP		Košťany	1	1		1	
TP		Osek	1			1	1
TP		Hrob	1	1		1	1
TP		Bystřany	1			1	
UL	Ústí nad Labem	Ústí nad Labem	1	1	1	1	1
UL		Řehlovice	1				
UL		Velké Chvojno	1				
UL		Petrovice	1				1
UL		Tisá	1		1		

OKR	ORP	Obec	PL	PLDD	GYN	STOM	LÉK
UL		Libouchec	1	1	1	1	1
UL		Chuderov	1				
UL		Chlumec	1	1			1
UL		Trmice	1		1	1	1
UL		Chabařovice	1	1			
UL		Telnice	1				
UL		Velké Březno	1	1			
UL		Povrly	1	1	1	1	
UL		Petrovice	1			1	1

Zdroj: ÚZIS – Registr zdravotnických zařízení

Legenda:

PL praktický lékař pro dospělé
 PLDD praktický lékař pro děti a dorost
 GYN gynekologie a porodnictví
 STOM zubní lékař
 LÉK lékárna

Z předchozí tabulky vyplývá, že zdravotní **služby ambulantní péče vyjmenované ve skupině 1** Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb č. 307/2012 Sb. **jsou v Ústeckém kraji dostupné vždy minimálně na úrovni ORP**. V řadě případů Tím **jsou plně zajištěny zákonné požadavky na místní dostupnost** (dojezdovou dobu 35 minut) těchto zdravotních služeb.

Tabulka 72 – Místní dostupnost zdravotních služeb – ambulantní péče – skupina 2

OKR	ORP	Obec	DIA	CHIR	NEUR	OFT	ORL	ORT	RTG	RHC	URO	INT
CV	Chomutov	Chomutov	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CV		Jirkov	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
CV	Kadaň	Kadaň	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CV		Vejprty	1	1						1		1
CV		Klášteřec nad Ohří		1		1	1			1		
DC	Děčín	Děčín	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
DC		Česká Kamenice	1			1	1			1	1	1
DC		Benešov nad Ploučnicí								1		
DC		Jílové								1		
DC	Rumburk	Rumburk	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
DC		Šluknov	1									1
DC		Krásná Lípa								1		
DC		Jiříkov								1		
DC		Vilémov								1		
DC	Varnsdorf	Varnsdorf	1	1	1	1	1	1	1	1		1
DC		Jiřetín pod Jedlovou								1		
LN	Louny	Louny	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
LN		Postoloprty		1		1				1		
LN	Podbořany	Podbořany	1	1			1	1	1	1		1
LN		Kryry								1		
LN	Žatec	Žatec	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
LT	Litoměřice	Litoměřice	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
LT		Štětí	1	1		1	1			1	1	1
LT		Bohušovice nad Ohří				1		1		1		1

OKR	ORP	Obec	DIA	CHIR	NEUR	OFT	ORL	ORT	RTG	RHC	URO	INT
LT		Úštěk								1		
LT		Liběšice								1		
LT	Lovosice	Lovosice		1	1	1	1	1	1	1	1	1
LT		Libochovice		1						1		
LT		Čížkovice								1		
LT	Roudnice nad Labem	Roudnice nad Labem	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
LT		Horní Beřkovice		1						1		
LT		Budyně nad Ohří								1		
MO	Litvínov	Litvínov	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
MO		Lom						1				
MO		Meziboří								1		
MO	Most	Most	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TP	Bílina	Bílina	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TP	Teplice	Teplice	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TP		Duchcov				1	1	1		1	1	
TP		Krupka								1		1
TP		Dubí								1		
TP		Novosedlice								1		
TP		Proboštov								1		
TP		Kostomlaty pod Milešovkou										1
ÚL	Ústí nad Labem	Ústí nad Labem	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ÚL		Ryjice								1		

Zdroj: ÚZIS – Registr zdravotnických zařízení

Legenda:

DIA	diabetologie
CHIR	chirurgie
NEUR	neurologie
OFT	oftalmologie
ORL	otorinolaryngologie
ORT	ortopedie
RTG	radiologie a zobrazovací metody
RHC	rehabilitační a fyzikální medicína, fyzioterapie
URO	urologie
INT	vnitřní lékařství
PL	praktický lékař pro dospělé
PLDD	praktický lékař pro děti a dorost
GYN	gynekologie a porodnictví
STOM	zubní lékař
LÉK	lékárna

Zdravotní služby ambulantní péče vyjmenované ve skupině 2 Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb č. 307/2012 Sb. jsou v Ústeckém kraji dostupné téměř vždy na úrovni ORP, minimálně však v příslušném okresním městě. Tím jsou plně zajištěny zákonné požadavky na místní dostupnost (dojezdovou dobu 45 minut) těchto zdravotních služeb.

Tabulka 73 – Místní dostupnost zdravotních služeb – ambulantní péče – skupina 3

OKR	ORP	Obec	GAST	KAR	PNEU	HEM	REV	DIAL	PSCHI	PSCHO	LOGO	DER
CV	Chomutov	Chomutov	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
CV		Jirkov			1							1
CV	Kadaň	Kadaň	1	1	1				1	1		1
CV		Klášteřec nad Ohří							1			1
DC	Děčín	Děčín	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
DC	Rumburk	Rumburk	1	1	1	1			1			1
DC	Varnsdorf	Varnsdorf			1				1		1	
LN	Louny	Louny	1	1	1		1	1	1	1	1	1
LN		Postoloprty									1	
LN	Podbořany	Podbořany							1			1
LN	Žatec	Žatec		1	1		1		1		1	1
LT	Litoměřice	Litoměřice	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
LT		Terezín					1					
LT		Štětí							1			1
LT	Lovosice	Lovosice			1				1			1
LT		Libochovice									1	
LT	Roudnice nad Labem	Roudnice nad Labem	1	1	1	1	1		1	1	1	1
LT		Horní Beřkovice							1			
LT		Krabčice							1			
MO	Litvínov	Litvínov	1	1	1		1		1		1	1
MO	Most	Most	1	1	1	1	1	1	1	1		1
TP	Bílina	Bílina		1	1							1
TP	Teplice	Teplice	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ÚL	Ústí nad Labem	Ústí nad Labem	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Zdroj: ÚZIS – Registr zdravotnických zařízení

Legenda:

GAST	gastroenterologie
KAR	kardiologie
PNEU	pneumologie a ftizeologie
HEM	hematologie a transfúzní lékařství
REV	revmatologie
DIAL	hemodialýza
PSCHI	psychiatrie
PSCHO	psychologie
LOGO	logopedie
DER	dermatovenerologie

Zdravotní služby ambulantní péče vyjmenované ve skupině 3 Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb č. 307/2012 Sb. jsou v Ústeckém kraji dostupné minimálně v příslušném okresním městě. Výjimku tvoří obor hematologie a transfúzní lékařství v okrese Louny. S touto výjimkou jsou zákonné požadavky na místní dostupnost (dojezdovou dobu 60 minut) těchto zdravotních služeb zajištěny.

Tabulka 74 – Místní dostupnost zdravotních služeb – ambulantní péče – skupina 4

OKR	ORP	Obec	ALG	ANGIO	ENDO	NEF	KO	DCHIR	DPSY	DNEUR	ORT	CT
CV	Chomutov	Chomutov	1	1		1	1	1	1		1	1
CV	Kadaň	Kadaň	1		1							
CV		Klášteřec nad Ohří			1							
DC	Děčín	Děčín	1	1	1	1		1	1		1	1
DC	Rumburk	Rumburk				1						
DC	Varnsdorf	Varnsdorf									1	
LN	Louny	Louny	1	1	1	1					1	1
LN	Podbořany	Podbořany		1	1							
LN	Žatec	Žatec	1	1	1	1					1	1
LT	Litoměřice	Litoměřice	1	1	1	1	1	1	1		1	1
LT	Lovosice	Lovosice									1	
LT		Třebívlice									1	
LT	Roudnice nad Labem	Roudnice nad Labem	1	1		1	1				1	
MO	Litvínov	Litvínov	1		1						1	
MO	Most	Most	1	1	1	1	1	1		1	1	1
TP	Bílina	Bílina										
TP	Teplice	Teplice	1	1	1	1	1	1			1	1
ÚL	Ústí nad Labem	Ústí nad Labem	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Zdroj: ÚZIS – Registr zdravotnických zařízení

Legenda:

ALG	alergologie a klinická imunologie
ANGIO	angiologie
ENDO	endokrinologie
NEF	nefrologie
KO	klinická onkologie
DCHIR	dětská chirurgie
DPSY	dětská a dorostová psychiatrie
DNEUR	dětská neurologie
ORT	ortodoncie
CT	počítačová tomografie

Zdravotní **služby ambulantní péče vyjmenované ve skupině 4** Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb č. 307/2012 Sb. **jsou v Ústeckém kraji dostupné ve většině případů v okresních městech, minimálně však v krajském městě Ústí nad Labem.** Tím jsou plně zajištěny zákonné požadavky na místní dostupnost (dojezdovou dobu 90 minut) těchto zdravotních služeb.

Tabulka 75 – Místní dostupnost zdravotních služeb – ambulantní péče – skupina 5

OKR	Obec	DGYN	AUDI	RO	MRI	NM	KCHIR	NCHIR	CCHIR	INF	GEN	PCHIR	GER	SEX
DC	Děčín													
CV	Chomutov			1		1								
CV	Kadaň											1		
LT	Litoměřice													
LN	Louny													
MO	Most									1		1		1
MO	Bílina												1	
TP	Teplice				1						1	1		
ÚL	Ústí nad Labem	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1		1

Zdroj: ÚZIS – Registr zdravotnických zařízení

Legenda:

DGYN	dětská gynekologie
AUDI	foniatrie a audiologie
RO	radiační onkologie
MRI	magnetická rezonance
NM	nukleární medicína
KCHIR	kardiochirurgie
NCHIR	neurochirurgie
CCHIR	cévní chirurgie
INF	infekční lékařství
GEN	lékařská genetika
PCHIR	plastická chirurgie
GER	geriatrie
SEX	sexuologie

Zdravotní služby ambulantní péče vyjmenované ve skupině 5 Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb č. 307/2012 Sb. jsou v Ústeckém kraji dostupné minimálně v krajském městě Ústí nad Labem. Výjimkou je obor kardiochirurgie, které není registrován jako samostatná odbornost v žádném zdravotnickém zařízení v kraji, ale tyto zdravotní služby jsou zajišťovány v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem v rámci příbuzných odborností. **Zákonné požadavky na místní dostupnost** (dojezdovou dobu 120 minut) těchto zdravotních služeb jsou tak zajištěny.

LŮŽKOVÁ PÉČE

Tabulka 76 – Místní dostupnost zdravotních služeb – lůžkové péče – skupina 1

OKR	Obec	ARO	GYNPOR	NEON	DL	CHIR	INT	DLP
CV	Chomutov	1	1	1	1	1	1	1
CV	Kadaň	1	1	1	1	1	1	1
DC	Děčín	1	1	1	1	1	1	1
DC	Rumburk	1	1	1	1	1	1	1
DC	Česká Kamenice							1
DC	Varnsdorf							1
DC	Jiřetín pod Jedlovou							1
LN	Louny	1						1
LN	Podbořany							1
LN	Žatec	1	1	1	1	1	1	1
LT	Litoměřice	1	1	1	1	1	1	1
LT	Roudnice nad Labem	1	1	1	1	1	1	1
MO	Most	1	1	1	1	1	1	1
MO	Litvínov							1
MO	Meziboří							1
TP	Bílina							1
TP	Teplice	1	1	1	1	1	1	1
TP	Duchcov	1				1	1	1
ÚL	Ústí nad Labem	1	1	1	1	1	1	1
ÚL	Ryžice							1

Zdroj: ÚZIS – Registr zdravotnických zařízení

Legenda:

ARO	anesteziologie a intenzivní medicína
GYNPOR	gynekologie a porodnictví
NEON	neonatologie
DL	dětské lékařství
CHIR	chirurgie
INT	vnitřní lékařství
DLP	dlouhodobá ošetrovatelská péče

Zdravotní **služby lůžkové péče vyjmenované ve skupině 1** Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb č. 307/2012 Sb. **jsou v Ústeckém kraji dostupné vždy minimálně však v příslušném okresním městě.** Tím **jsou plně zajištěny zákonné požadavky na místní dostupnost** (dojezdovou dobu 60 minut) těchto zdravotních služeb.

Tabulka 77 – Místní dostupnost zdravotních služeb – lůžkové péče – skupina 2

OKR	Obec	NEUR	ORT	PNEU	RHC	URO
CV	Chomutov	1	1	1	1	
CV	Kadaň					
DC	Děčín	1			1	
DC	Rumburk					
DC	Varnsdorf					
LN	Louny					
LN	Žatec					
LT	Litoměřice	1	1		1	1
LT	Roudnice nad Labem	1				
MO	Most	1	1	1		1
TP	Bílina					
TP	Teplice	1	1		1	1
ÚL	Ústí nad Labem	1	1	1	1	1

Zdroj: ÚZIS – Registr zdravotnických zařízení

Legenda:

NEUR	Neurologie
ORT	ortopedie
PNEU	pneumologie a ftizeologie
RHC	rehabilitační a fyzikální medicína
URO	urologie

Zdravotní **služby lůžkové péče vyjmenované ve skupině 2** Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb č. 307/2012 Sb. **jsou v Ústeckém kraji dostupné ve většině případů v jednotlivých okresních městech, minimálně však v krajském městě Ústí nad Labem.**

Dojezdová vzdálenost z většiny obcí Ústeckého kraje do krajského města Ústí nad Labem menší než 75 minut. Výjimku tvoří obce v okrajových horských částech kraje – Vejprty, Šluknov. V těchto případech jsou dojezdové vzdálenosti delší než stanovený limit (dojezdová doba byla stanovena prostřednictvím webové aplikace serveru www.mapy.cz):

- Vejprty – Ústí n.L. (99 km, 83 min.)
- Šluknov – Ústí n.L. (76 km, 84 min.)

V těchto případech však mohou obyvatelé těchto obcí (regionů) s ohledem na možnost svobodné volby lékaře a lékařského zařízení využít bližších nemocnic v sousedních krajích (Karlovy Vary resp. Liberec), kde je dojezdová vzdálenost pod stanoveným limitem:

- Vejprty – Karlovy vary (43 km, 37 min)
- Šluknov – Liberec (62 km, 63 min.).

Zákonné požadavky na místní dostupnost (dojezdovou dobu 75 minut) těchto zdravotních služeb **jsou tak plně zajištěny.**

Tabulka 78 – Místní dostupnost zdravotních služeb – lůžkové péče – skupina 3

OKR	Obec	TRAU	KLON	DERM	INF	OFT	ORL	PSY	NRHC
CV	Chomutov		1						
CV	Kadaň								
DC	Děčín					1	1		
DC	Rumburk								
DC	Varnsdorf								
LN	Louny								
LN	Žatec								
LT	Litoměřice						1		
LT	Roudnice nad Labem								
MO	Most					1	1	1	
MO	Meziboří								1
TP	Bílina								
TP	Teplice			1		1			
ÚL	Ústí nad Labem	1	1	1	1	1	1	1	

Zdroj: ÚZIS – Registr zdravotnických zařízení

Legenda:

TRAU	traumatologie
KLON	klinická onkologie
DERM	dermatovenerologie
INF	infekční lékařství
OFT	oftalmologie
ORL	otorinolaryngologie
PSY	psychiatrie
NRHC	následná lůžková péče (léčebně rehabilitační péče)

Zdravotní **služby lůžkové péče vyjmenované ve skupině 3** Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb č. 307/2012 Sb. **jsou v Ústeckém kraji dostupné v krajském městě Ústí nad Labem. Zákonné požadavky na místní dostupnost** (dojezdovou dobu 120 minut) těchto zdravotních služeb **jsou tak zajištěny.**

Tabulka 79 – Místní dostupnost zdravotních služeb – lůžkové péče – skupina 4

OKR	Obec	KCHIR	NCHIR	CCHIR	RO	GER
CV	Chomutov				1	
CV	Kadaň					
DC	Děčín					
DC	Rumburk					
DC	Varnsdorf					
LN	Louny					
LN	Žatec					
LT	Litoměřice					
LT	Roudnice nad Labem					
MO	Most					
TP	Bílina					
TP	Teplice					
ÚL	Ústí nad Labem		1	1	1	

Zdroj: ÚZIS – Registr zdravotnických zařízení

Legenda:

KCHIR	kardiochirurgie
NCHIR	neurochirurgie
CCHIR	cévní chirurgie
RO	radiační onkologie
GER	geriatrie

Většina zdravotních **služeb lůžkové péče vyjmenované ve skupině 4** Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb č. 307/2012 Sb. **je v Ústeckém kraji dostupných v krajském městě Ústí nad Labem.**

Výjimkou jsou obory **kardiochirurgie a geriatrie**, které nejsou registrovány jako samostatná odbornost v žádném zdravotnickém zařízení v kraji, ale tyto zdravotní služby jsou zajišťovány v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem v rámci příbuzných odborností. Alternativně jsou tyto služby dostupné v hlavním městě Praha, kam dojezdová doba ze všech míst v Ústeckém kraji je nižší než stanovený limit.

Zákonné požadavky na místní dostupnost (dojezdovou dobu 180 minut) těchto zdravotních služeb **jsou tak zajištěny.**

ČASOVÁ DOSTUPNOST

Časová dostupnost zdravotních služeb je vyjádřena časovou lhůtou, ve které jsou poskytovány plánované služby (které není nutné poskytnout jako akutní nebo neodkladnou péči) hrazené ze zdravotního pojištění. Pro vybrané plánované služby jsou uvedeným nařízením vlády stanoveny tyto lhůty časové dostupnosti:

Tabulka 80 – Zákonné požadavky na časovou dostupnost zdravotních služeb

Plánované hrazené služby	Lhůta časové dostupnosti, kterou nelze překročit
Náhrada kyčelního kloubu	52 týdnů
Náhrada kolenního kloubu	52 týdnů
Artroskopie	8 týdnů
Angiografie nekoronárních tepen a vaskulární intervenční výkony	8 týdnů
Echokardiografie	10 týdnů
Operace katarakty	30 týdnů
Endoskopické vyšetření	4 týdny
Denzitometrie	16 týdnů
Skiografie a sonografie	2 týdny
Počítačová tomografie	3 týdny
Magnetická resonance	5 týdnů
Mamografické vyšetření	6 týdnů
Zahájení biologické léčby roztroušené sklerózy	4 týdny

Zdroj: Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb č. 307/2012 Sb.

Na základě dat získaných od jednotlivých poskytovatelů lůžkové péče byla provedena analýza časové dostupnosti u zdravotních služeb uvedených v nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb č. 307/2012 Sb. Výsledky jsou uvedeny v následujících tabulkách. Červeně jsou zvýrazněny případy, kdy je zákonná lhůta časové dostupnosti stanovená nařízením vlády jako maximální možná překračována. Údaje o aktuálních čekacích dobách Nemocnice Litoměřice nebyly poskytnuty (tento poskytovatel tyto lhůty neevduje).

Tabulka 81 – Časová dostupnost náhrady kyčelního kloubu v lůžkových zařízeních Ústeckého kraje

Poskytovatel	Zdravotní služba	Počet výkonů 2012	Max. roční kapacita	Naplnění celkové kapacity	Aktuální čekací doba v týdnech				Zákonná lhůta časové dostupnosti v týdnech)	Plnění čekací doby			
					VZP	OZP	ZPMV	VoZP		VZP	OZP	ZPMV	VoZP
KZ, a.s. - Nem.Chomutov	Náhrada kyčelního kloubu	131	170	77%	50	100	100	100	52	96%	192%	192%	192%
KZ, a.s. - Nem.Teplice	Náhrada kyčelního kloubu	118	125	94%	48	96	56	60	52	92%	185%	108%	115%
KZ, a.s. - Nem.Most	Náhrada kyčelního kloubu	232	232	100%	50	52	24	24	52	96%	100%	46%	46%
KZ, a.s. - Nem.Ústí n.L.	Náhrada kyčelního kloubu	233	300	78%	24	24	24	24	52	46%	46%	46%	46%
Nemocnice Kadaň	Náhrada kyčelního kloubu	80	100	80%	25	25	25	25	52	48%	48%	48%	48%
Nemocnice Litoměřice	Náhrada kyčelního kloubu	168	350	48%	N/A	N/A	N/A	N/A	52	N/A	N/A	N/A	N/A

Tabulka 82 – Časová dostupnost náhrady kolenního kloubu v lůžkových zařízeních Ústeckého kraje

Poskytovatel	Zdravotní služba	Počet výkonů 2012	Max. roční kapacita	Naplnění celkové kapacity	Aktuální čekací doba v týdnech				Zákonná lhůta časové dostupnosti v týdnech)	Plnění čekací doby			
					VZP	OZP	ZPMV	VoZP		VZP	OZP	ZPMV	VoZP
KZ, a.s. - Nem.Chomutov	Náhrada kolenního kloubu	121	125	97%	75	150	150	150	52	144%	288%	288%	288%
KZ, a.s. - Nem.Teplice	Náhrada kolenního kloubu	67	65	103%	48	96	56	60	52	92%	185%	108%	115%
KZ, a.s. - Nem.Most	Náhrada kolenního kloubu	69	139	50%	50	52	24	24	52	96%	100%	46%	46%
KZ, a.s. - Nem.Ústí n.L.	Náhrada kolenního kloubu	130	150	87%	24	24	24	24	52	46%	46%	46%	46%
Nemocnice Kadaň	Náhrada kolenního kloubu	39	50	78%	25	25	25	25	52	48%	48%	48%	48%
Nemocnice Litoměřice	Náhrada kolenního kloubu	182	400	46%	N/A	N/A	N/A	N/A	52	N/A	N/A	N/A	N/A

Tabulka 83 – Časová dostupnost artroskopie v lůžkových zařízeních Ústeckého kraje

Poskytovatel	Zdravotní služba	Počet výkonů 2012	Max. roční kapacita	Naplnění celkové kapacity	Aktuální čekací doba v týdnech				Zákonná lhůta časové dostupnosti v týdnech)	Plnění čekací doby			
					VZP	OZP	ZPMV	VoZP		VZP	OZP	ZPMV	VoZP
KZ, a.s. - Nem.Chomutov	Artroskopie	395	800	49%	4	4	4	4	8	50%	50%	50%	50%
KZ, a.s. - Nem.Teplice	Artroskopie	270	270	100%	4	4	4	4	8	50%	50%	50%	50%
KZ, a.s. - Nem.Most	Artroskopie	442	452	98%	0	0	0	0	8	0%	0%	0%	0%
KZ, a.s. - Nem.Děčín	Artroskopie	152	300	51%	0	0	0	0	8	0%	0%	0%	0%
KZ, a.s. - Nem.Ústí n.L.	Artroskopie	526	700	75%	1	1	1	1	8	13%	13%	13%	13%
Nemocnice Kadaň	Artroskopie	116	300	39%	2	2	2	2	8	25%	25%	25%	25%
Nemocnice Žatec	Artroskopie	58	300	19%	1	1	1	1	8	13%	13%	13%	13%
Nemocnice Roudnice	Artroskopie	221	1 000	22%	3	3	3	3	8	38%	38%	38%	38%
Nemocnice Litoměřice	Artroskopie	430	1 000	43%	N/A	N/A	N/A	N/A	8	N/A	N/A	N/A	N/A

Tabulka 84 – Časová dostupnost angiografie v lůžkových zařízeních Ústeckého kraje

Poskytovatel	Zdravotní služba	Počet výkonů 2012	Max. roční kapacita	Naplnění celkové kapacity	Aktuální čekací doba v týdnech				Zákonná lhůta časové dostupnosti v týdnech)	Plnění čekací doby			
					VZP	OZP	ZPMV	VoZP		VZP	OZP	ZPMV	VoZP
KZ, a.s. - Nem.Chomutov	Angiografie nekoronárních tepen a vaskulární intervenční výkon	255	290	88%	0	0	0	0	8	0%	0%	0%	0%
KZ, a.s. - Nem.Most	Angiografie nekoronárních tepen a vaskulární intervenční výkon	2 373	2 600	91%	2	2	2	2	8	25%	25%	25%	25%
KZ, a.s. - Nem.Ústí n.L.	Angiografie nekoronárních tepen a vaskulární intervenční výkon	6 759	15 000	45%	2	2	2	2	8	25%	25%	25%	25%
Nemocnice Litoměřice	Angiografie nekoronárních tepen a vaskulární intervenční výkon	1 504	3 000	50%	N/A	N/A	N/A	N/A	8	N/A	N/A	N/A	N/A

Tabulka 85 – Časová dostupnost echokardiografie v lůžkových zařízeních Ústeckého kraje

Poskytovatel	Zdravotní služba	Počet výkonů 2012	Max. roční kapacita	Naplnění celkové kapacity	Aktuální čekací doba v týdnech				Zákonná lhůta časové dostupnosti v týdnech)	Plnění čekací doby			
					VZP	OZP	ZPMV	VoZP		VZP	OZP	ZPMV	VoZP
KZ, a.s. - Nem.Chomutov	Echokardiografie	1 466	1 838	80%	1	1	1	1	10	6%	6%	6%	6%
KZ, a.s. - Nem.Teplice	Echokardiografie	1 865	1 870	100%	2	2	2	2	10	20%	20%	20%	20%
KZ, a.s. - Nem.Most	Echokardiografie	1 675	1 675	100%	20	20	20	20	10	200%	200%	200%	200%
KZ, a.s. - Nem.Děčín	Echokardiografie	1 334	3 000	44%	6	6	6	6	10	60%	60%	60%	60%
KZ, a.s. - Nem.Ústí n.L.	Echokardiografie	6 085	7 000	87%	2	2	2	2	10	20%	20%	20%	20%
Nemocnice Kadaň	Echokardiografie	523	3 000	17%	1	1	1	1	10	10%	10%	10%	10%
Nemocnice Žatec	Echokardiografie	849	1 000	85%	1	1	1	1	10	10%	10%	10%	10%
Nemocnice Roudnice	Echokardiografie	1 775	3 000	59%	4	4	4	4	10	40%	40%	40%	40%
Nemocnice Litoměřice	Echokardiografie	4 400	9 000	49%	N/A	N/A	N/A	N/A	10	N/A	N/A	N/A	N/A

Tabulka 86 – Časová dostupnost operace katarakty v lůžkových zařízeních Ústeckého kraje

Poskytovatel	Zdravotní služba	Počet výkonů 2012	Max. roční kapacita	Naplnění celkové kapacity	Aktuální čekací doba v týdnech				Zákonná lhůta časové dostupnosti v týdnech)	Plnění čekací doby			
					VZP	OZP	ZPMV	VoZP		VZP	OZP	ZPMV	VoZP
KZ, a.s. - Nem.Chomutov	Operace katarakty	527	800	66%	4				30	13%	0%	0%	0%
KZ, a.s. - Nem.Teplice	Operace katarakty	1 021	1 400	73%	59	64	57	59	30	197%	213%	190%	197%
KZ, a.s. - Nem.Most	Operace katarakty	903	1 100	82%	40	4	32	36	30	133%	13%	107%	120%
KZ, a.s. - Nem.Děčín	Operace katarakty	961	1 247	77%	16	32	40	40	30	53%	107%	133%	133%
KZ, a.s. - Nem.Ústí n.L.	Operace katarakty	1 489	1 600	93%	35	45	45	45	30	117%	150%	150%	150%

Tabulka 87 – Časová dostupnost endoskopického vyšetření v lůžkových zařízeních Ústeckého kraje

Poskytovatel	Zdravotní služba	Počet výkonů 2012	Max. roční kapacita	Naplnění celkové kapacity	Aktuální čekací doba v týdnech				Zákonná lhůta časové dostupnosti v týdnech)	Plnění čekací doby			
					VZP	OZP	ZPMV	VoZP		VZP	OZP	ZPMV	VoZP
KZ, a.s. - Nem.Chomutov	Endoskopické vyšetření	2 072	2 302	90%	0	0	0	0	4	10%	10%	10%	10%
KZ, a.s. - Nem.Teplice	Endoskopické vyšetření	3 818	4 300	89%	12	12	12	12	4	300%	300%	300%	300%
KZ, a.s. - Nem.Most	Endoskopické vyšetření	3 483	3 880	90%	2	2	2	2	4	50%	50%	50%	50%
KZ, a.s. - Nem.Děčín	Endoskopické vyšetření	2 469	3 300	75%	2	2	2	2	4	50%	50%	50%	50%
KZ, a.s. - Nem.Ústí n.L.	Endoskopické vyšetření	3 660	4 100	89%	11	11	12	12	4	275%	275%	300%	300%
Nemocnice Kadaň	Endoskopické vyšetření	1 381	3 000	46%	2	2	2	2	4	50%	50%	50%	50%
Nemocnice Louny	Endoskopické vyšetření	154	500	31%	0	0	0	0	4	0%	0%	0%	0%
Nemocnice Žatec	Endoskopické vyšetření	2 851	4 000	71%	4	4	4	4	4	100%	100%	100%	100%
Nemocnice Roudnice	Endoskopické vyšetření	3 996	5 000	80%	5	5	5	5	4	125%	125%	125%	125%
Nemocnice Litoměřice	Endoskopické vyšetření	1 650	3 000	55%	N/A	N/A	N/A	N/A	4	N/A	N/A	N/A	N/A

Tabulka 88 – Časová dostupnost denzitometrie v lůžkových zařízeních Ústeckého kraje

Poskytovatel	Zdravotní služba	Počet výkonů 2012	Max. roční kapacita	Naplnění celkové kapacity	Aktuální čekací doba v týdnech				Zákonná lhůta časové dostupnosti v týdnech)	Plnění čekací doby			
					VZP	OZP	ZPMV	VoZP		VZP	OZP	ZPMV	VoZP
KZ, a.s. - Nem.Ústí n.L.	Denzitometrie	6 164	7 000	88%	4	4	4	4	16	25%	25%	25%	25%

Tabulka 89 – Časová dostupnost skiografie v lůžkových zařízeních Ústeckého kraje

Poskytovatel	Zdravotní služba	Počet výkonů 2012	Max. roční kapacita	Naplnění celkové kapacity	Aktuální čekací doba v týdnech				Zákonná lhůta časové dostupnosti v týdnech)	Plnění čekací doby			
					VZP	OZP	ZPMV	VoZP		VZP	OZP	ZPMV	VoZP
KZ, a.s. - Nem.Chomutov	Skiografie	55 976	60 000	93%	0		0		2	0%	0%	0%	0%
KZ, a.s. - Nem.Teplice	Skiografie	81 221	90 500	90%	0	0	0	0	2	0%	0%	0%	0%
KZ, a.s. - Nem.Most	Skiografie	68 620	78 000	88%	0	0	0	0	2	0%	0%	0%	0%
KZ, a.s. - Nem.Děčín	Skiografie	36 554	50 000	73%	0	0	0	0	2	0%	0%	0%	0%
KZ, a.s. - Nem.Ústí n.L.	Skiografie	92 844	98 000	95%	0	0	0	0	2	0%	0%	0%	0%
Nemocnice Kadaň	Skiografie	37 832	50 000	76%	0	0	0	0	2	0%	0%	0%	0%
Nemocnice Louny	Skiografie	17 645	20 000	88%	0	0	0	0	2	0%	0%	0%	0%
Nemocnice Varnsdorf	Skiografie	12 047	15 000	80%	0	0	0	0	2	0%	0%	0%	0%
Nemocnice Žatec	Skiografie	20 188	40 000	50%	0	0	0	0	2	0%	0%	0%	0%
Nemocnice Roudnice	Skiografie	31 794	40 000	79%	0	0	0	0	2	0%	0%	0%	0%
Nemocnice Litoměřice	Skiografie	27 000	55 000	49%	N/A	N/A	N/A	N/A	2	N/A	N/A	N/A	N/A

Tabulka 90 – Časová dostupnost sonografie v lůžkových zařízeních Ústeckého kraje

Poskytovatel	Zdravotní služba	Počet výkonů 2012	Max. roční kapacita	Naplnění celkové kapacity	Aktuální čekací doba v týdnech				Zákonná lhůta časové dostupnosti v týdnech)	Plnění čekací doby			
					VZP	OZP	ZPMV	VoZP		VZP	OZP	ZPMV	VoZP
KZ, a.s. - Nem.Chomutov	Sonografie	7 771	8 000	97%	3		3		2	150%	0%	150%	0%
KZ, a.s. - Nem.Teplice	Sonografie	9 025	10 000	90%	4	4	4	4	2	200%	200%	200%	200%
KZ, a.s. - Nem.Most	Sonografie	7 624	9 000	85%	2	2	2	2	2	100%	100%	100%	100%
KZ, a.s. - Nem.Děčín	Sonografie	4 062	5 000	81%	1	1	1	1	2	50%	50%	50%	50%
KZ, a.s. - Nem.Ústí n.L.	Sonografie	10 316	12 000	86%	1	1	1	1	2	50%	50%	50%	50%
Nemocnice Kadaň	Sonografie	4 204	5 000	84%	0	0	0	0	2	0%	0%	0%	0%
Nemocnice Louny	Sonografie	1 961	2 500	78%	2	2	2	2	2	100%	100%	100%	100%
Nemocnice Varnsdorf	Sonografie	1 339	2 000	67%	2	2	2	2	2	100%	100%	100%	100%
Nemocnice Žatec	Sonografie	4 852	6 000	81%	2	2	2	2	2	100%	100%	100%	100%
Nemocnice Roudnice	Sonografie	3 533	5 000	71%	2	2	2	2	2	100%	100%	100%	100%
Nemocnice Litoměřice	Sonografie	3 000	5 000	60%	N/A	N/A	N/A	N/A	2	N/A	N/A	N/A	N/A

Tabulka 91 – Časová dostupnost počítačové tomografie v lůžkových zařízeních Ústeckého kraje

Poskytovatel	Zdravotní služba	Počet výkonů 2012	Max. roční kapacita	Naplnění celkové kapacity	Aktuální čekací doba v týdnech				Zákonná lhůta časové dostupnosti v týdnech)	Plnění čekací doby			
					VZP	OZP	ZPMV	VoZP		VZP	OZP	ZPMV	VoZP
KZ, a.s. - Nem.Chomutov	Počítačová tomografie	6 603	7 000	94%	5	5	5	5	3	167%	167%	167%	167%
KZ, a.s. - Nem.Teplice	Počítačová tomografie	4 623	6 500	71%	1	1	1	1	3	33%	33%	33%	33%
KZ, a.s. - Nem.Most	Počítačová tomografie	8 272	14 910	55%	3	3	3	3	3	100%	100%	100%	100%
KZ, a.s. - Nem.Děčín	Počítačová tomografie	5 972	7 000	85%	2	2	2	2	3	67%	67%	67%	67%
KZ, a.s. - Nem.Ústí n.L.	Počítačová tomografie	27 253	29 000	94%	7	7	7	7	3	233%	233%	233%	233%
Nemocnice Kadaň	Počítačová tomografie	1 381	3 000	46%	1	1	1	1	3	33%	33%	33%	33%
Nemocnice Louny	Počítačová tomografie	2 001	2 449	82%	3	3	3	3	3	100%	100%	100%	100%
Nemocnice Žatec	Počítačová tomografie	2 044	3 000	68%	0	0	0	0	3	0%	0%	0%	0%
Nemocnice Roudnice	Počítačová tomografie	3 280	5 000	66%	1	1	1	1	3	33%	33%	33%	33%
Nemocnice Litoměřice	Počítačová tomografie	9 638	25 000	39%	N/A	N/A	N/A	N/A	3	N/A	N/A	N/A	N/A

Tabulka 92 – Časová dostupnost magnetické rezonance v lůžkových zařízeních Ústeckého kraje

Poskytovatel	Zdravotní služba	Počet výkonů 2012	Max. roční kapacita	Naplnění celkové kapacity	Aktuální čekací doba v týdnech				Zákonná lhůta časové dostupnosti v týdnech)	Plnění čekací doby			
					VZP	OZP	ZPMV	VoZP		VZP	OZP	ZPMV	VoZP
KZ, a.s. - Nem.Teplice	Magnetická rezonance	8 010	8 400	95%	6	6	6	6	5	120%	120%	120%	120%
KZ, a.s. - Nem.Ústí n.L.	Magnetická rezonance	26 466	31 000	85%	11	11	11	11	5	220%	220%	220%	220%

Tabulka 93 – Časová dostupnost mamografického vyšetření v lůžkových zařízeních Ústeckého kraje

Poskytovatel	Zdravotní služba	Počet výkonů 2012	Max. roční kapacita	Naplnění celkové kapacity	Aktuální čekací doba v týdnech				Zákonná lhůta časové dostupnosti v týdnech)	Plnění čekací doby			
					VZP	OZP	ZPMV	VoZP		VZP	OZP	ZPMV	VoZP
KZ, a.s. - Nem.Chomutov	Mamografické vyšetření	13 763	14 000	98%	9	9	9	9	6	150%	150%	150%	150%
KZ, a.s. - Nem.Teplice	Mamografické vyšetření	1 315	2 000	66%	4	4	4	4	6	67%	67%	67%	67%
KZ, a.s. - Nem.Most	Mamografické vyšetření	731	2 335	31%	1	1	1	1	6	17%	17%	17%	17%
KZ, a.s. - Nem.Ústí n.L.	Mamografické vyšetření	310	3 000	10%	0	0	0	0	6	0%	0%	0%	0%
Ústecká poliklinika s.r.o.	Mamografické vyšetření	28 000	35 000	80%	4	4	4	4	6	67%	67%	67%	67%
Nemocnice Žatec	Mamografické vyšetření	386	5 000	8%	0	0	0	0	6	0%	0%	0%	0%

Tabulka 94 – Časová dostupnost biologické léčby RS v lůžkových zařízeních Ústeckého kraje

Poskytovatel	Zdravotní služba	Počet výkonů 2012	Max. roční kapacita	Naplnění celkové kapacity	Aktuální čekací doba v týdnech				Zákonná lhůta časové dostupnosti v týdnech)	Plnění čekací doby			
					VZP	OZP	ZPMV	VoZP		VZP	OZP	ZPMV	VoZP
KZ, a.s. - Nem.Teplice	Zahájení biologické léčby roztroušené sklerózy	75	80	94%	4	4	4	4	4	100%	100%	100%	100%

Závěr:

Z provedené analýzy časové dostupnosti vybraných plánovaných zdravotních služeb vyjmenovaných v Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb č. 307/2012 Sb. vyplývá, že **zákonné lhůty časové dostupnosti stanovené jako maximální jsou překračovány u těchto výkonů:**

- **náhrada kyčelního kloubu** v Nemocnicích v Chomutově a Teplicích pro pojištěnce zdravotních pojišťoven OZP, ZPMV a VoZP
- **náhrada kolenního kloubu** v Nemocnicích v Chomutově a Teplicích pro pojištěnce zdravotních pojišťoven OZP, ZPMV a VoZP
- **echokardiografie** v Nemocnici Most
- **operace katarakty** v nemocnicích v Teplicích, Mostě, Děčíně a Ústí nad Labem
- **endoskopická vyšetření** v nemocnicích v Teplicích, Ústí nad Labem a Roudnici
- **sonografie** v nemocnicích v Chomutově a Teplicích
- **počítačová tomografie** v nemocnicích v Chomutově a Ústí nad Labem
- **magnetická rezonance** v nemocnicích v Teplicích a Ústí nad Labem (tj. na všech pracovištích v Ústeckém kraji poskytujícím tuto službu)
- **mamografické vyšetření** v nemocnici v Chomutově.

Tyto skutečnosti signalizují **nedostatek kapacit v rámci těchto zdravotních služeb v Ústeckém kraji**. Tento nedostatek v některých případech nemusí znamenat nedostatek technických nebo personálních kapacit, ale i **nedostatečné financování daných služeb ze strany zdravotních pojišťoven**, kdy ze strany pojišťoven jsou stanoveny limity počtu zákroků nebo vyšetření, při jejichž překročení již další výkony nejsou hrazeny. O tom svědčí skutečnost, že v řadě případů není naplněna maximální roční kapacita dané služby (viz. jednotlivé tabulky).

2.1.2.5 Management zdravotních služeb

VLASTNICKÁ STRUKTURA POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Vlastnická struktura poskytovatelů zdravotní péče je rozhodujícím faktorem z hlediska možnosti jejího ovlivnění ze strany Ústeckého kraje při prosazování své zdravotní politiky. To je významné zejména v segmentu lůžkových zařízení, která jsou rozhodujícím poskytovatelem jak lůžkové, tak i ambulantní péče.

Tabulka 95 – Vlastnická struktura poskytovatelů akutní lůžkové péče v Ústeckém kraji

Subjekt	Okres	Zřizovatel / většinový vlastník
KZ, a.s., Nemocnice Chomutov, o.z.	CV	Ústecký kraj
Nemocnice Kadaň s.r.o.	CV	Město Kadaň
KZ, a.s., Nemocnice Děčín, o.z.	DC	Ústecký kraj
Lužická nemocnice a poliklinika, a.s.	DC	Město Rumburk
Nemocnice Žatec, o.p.s.	LN	Město Žatec
Městská nemocnice v Litoměřicích, p.o.	LT	Město Litoměřice
Podřipská NsP Roudnice nad Labem, s.r.o.	LT	fyzické osoby
KZ, a.s., Nemocnice Most, o.z.	MO	Ústecký kraj
KZ, a.s., Nemocnice Teplice, o.z.	TP	Ústecký kraj
VITA, s.r.o., Městská nemocnice Duchcov	TP	fyzická osoba
KZ, a.s., Masarykova nem. Ústí n. L., o.z.	UL	Ústecký kraj

Tabulka 96 – Vlastnická struktura poskytovatelů následné lůžkové péče v Ústeckém kraji

Subjekt	Okres	Zřizovatel / většinový vlastník
Nemocnice Varnsdorf, p.o.	DC	Město Varnsdorf
NEUROLOGIE, s.r.o.	DC	fyzické osoby
VIA s.r.o.	DC	soukr.právnícká osoba
KZ, a.s., Nemocnice Chomutov, o.z.	CV	Ústecký kraj
Nemocnice Kadaň s.r.o.	CV	Město Kadaň
Městská nemocnice v Litoměřicích, p.o.	LT	Město Litoměřice
PNsP Roudnice n. L., s.r.o.	LT	fyzické osoby
Nemocnice Louny, a.s.	LN	akcie na majitele
MEDICINA, spol. s r.o.	LN	fyzické osoby
REMEDI Meziboří s.r.o.	MO	fyzické osoby
Krušnohorská poliklinika s.r.o.	MO	Město Litvínov
Nemocnice následné péče Most, p.o.	MO	Ústecký kraj
Hornická nemocnice s poliklinikou spol. s r.o.	TP	Město Bílina
KZ, a.s., Nemocnice Teplice, o.z.	TP	Ústecký kraj
Nemocnice následné péče Ryjice, p.o.	UL	Ústecký kraj

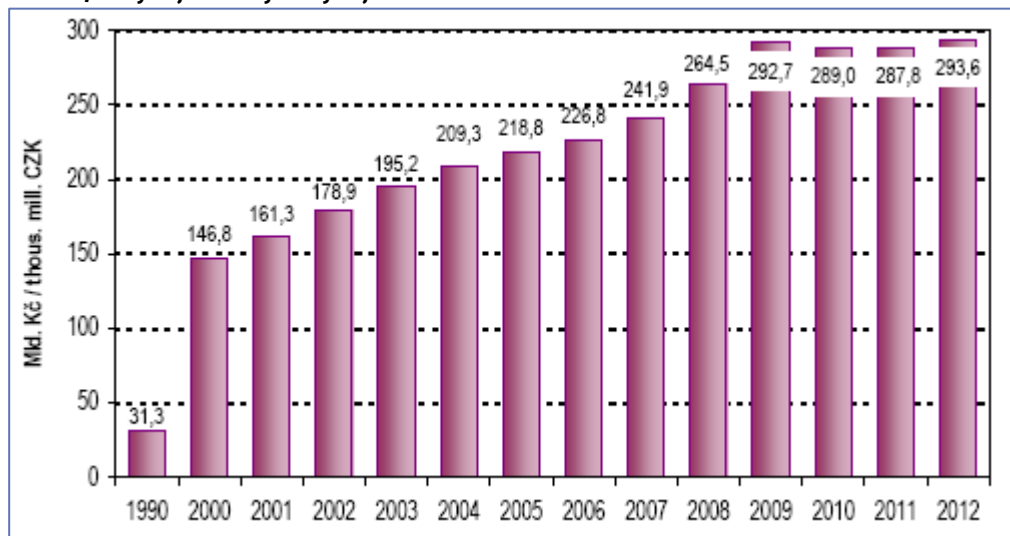
Z předchozích tabulek vyplývá, že v oblasti akutní lůžkové péče je Ústecký kraj majoritním vlastníkem alespoň jedné z nemocnic v okresech Chomutov, Děčín, Most, Teplice a Ústí nad Labem. V těchto lůžkových zařízeních má tak možnost přímého ovlivnění těchto poskytovatelů při prosazování své zdravotní politiky. V okresech Litoměřice a Louny tuto možnost nemá.

V oblasti následné lůžkové péče pak je Ústecký kraj většinovým vlastníkem nebo zřizovatelem alespoň jednoho lůžkového ZZ pouze v okresech Chomutov, Most a Litoměřice. Možnost přímého ovlivnění v tomto segmentu je tak ještě podstatně menší.

EKONOMIKA ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

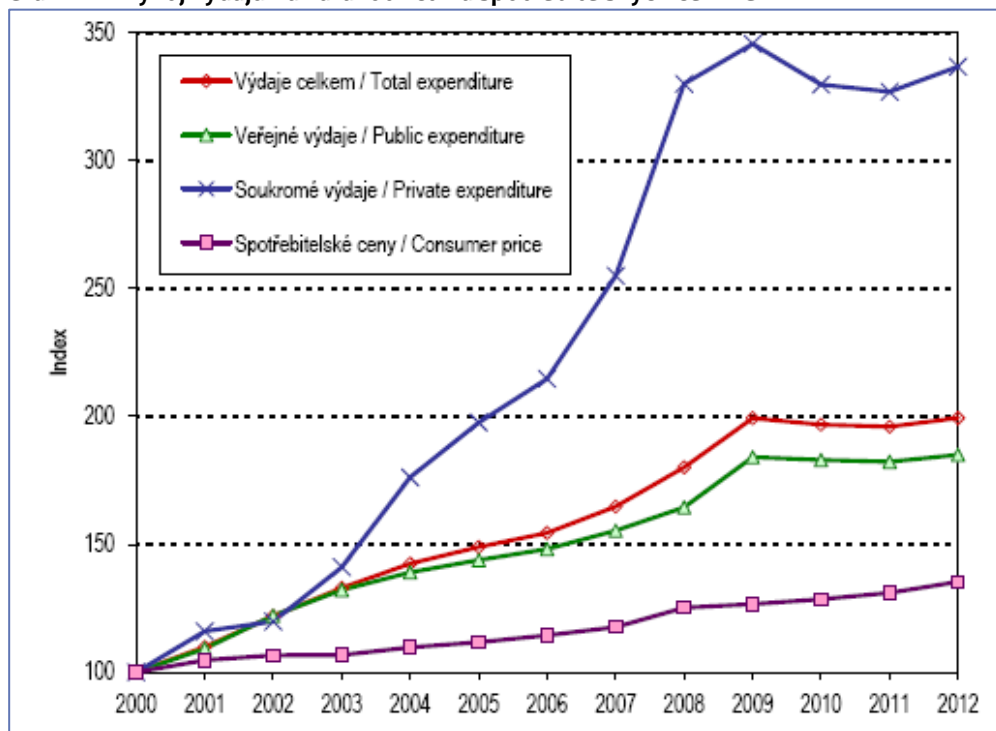
Zadáním této práce není analyzovat úroveň hospodaření jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb (navíc k tomu ani nejsou dostupné nezbytné informace, neboť většina subjektů podrobné informace o svém hospodaření nepublikuje a neposkytuje je ani ÚZIS). Přesto jsou však dále uvedeny alespoň základní charakteristiky financování zdravotní péče v ČR, neboť ekonomika a financování je jedním z klíčových faktorů ovlivňujících poskytování zdravotních služeb.

Graf 127 – Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví v ČR v mld. Kč



Zdroj: ÚZIS – Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2012

Graf 128 – Vývoj výdajů na zdravotnictví a spotřebitelských cen v ČR



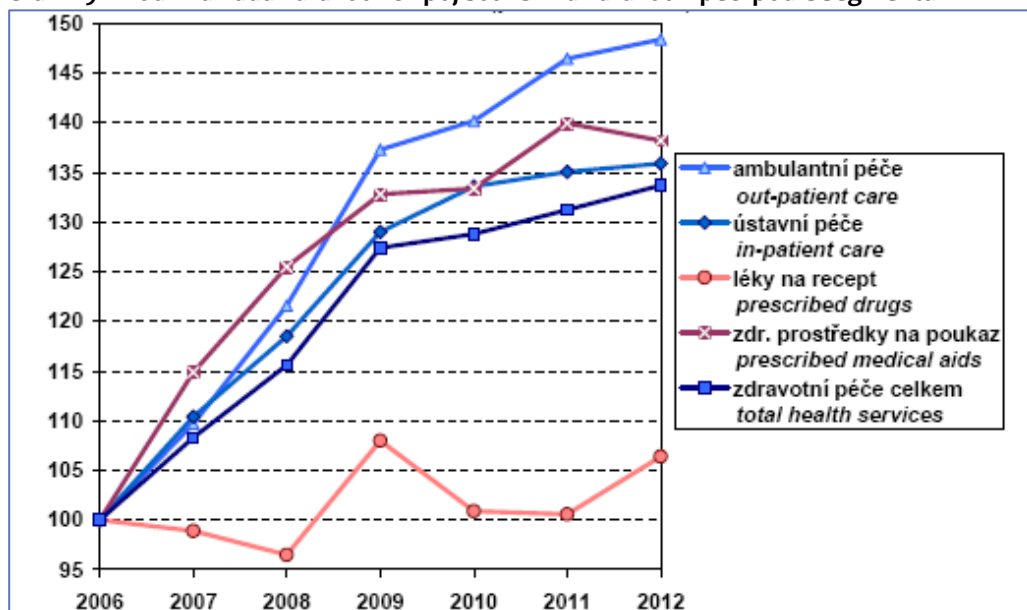
Zdroj: ÚZIS – Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2012

Z grafů je zřejmé, že zatímco celkové výdaje do zdravotnictví mezi roky 2000 – 2009 vzrostly o cca 100% při pravidelném meziročním nárůstu, tak mezi roky 2009 – 2012 stagnovaly na stejné úrovni (souhrnný růst pouhých 0,3%).

Přes tuto stagnaci příjmů cenová hladina plynule roste (zdravotnictví se muselo v tomto období vyrovnat nejen s běžným růstem cen, ale i skokovým nárůstem cen řady vstupů v důsledku zvýšení snížené sazby DPH z 10% na 14% v roce 2012 a mimořádným zvýšením mezd lékařů v důsledku akce „děkujeme, odcházíme“). Je tak zřejmé, že zdravotnictví se dostává v období 2009 – 2012 do výrazného deficitu a to se promítlo i do ekonomické situace jednotlivých poskytovatelů.

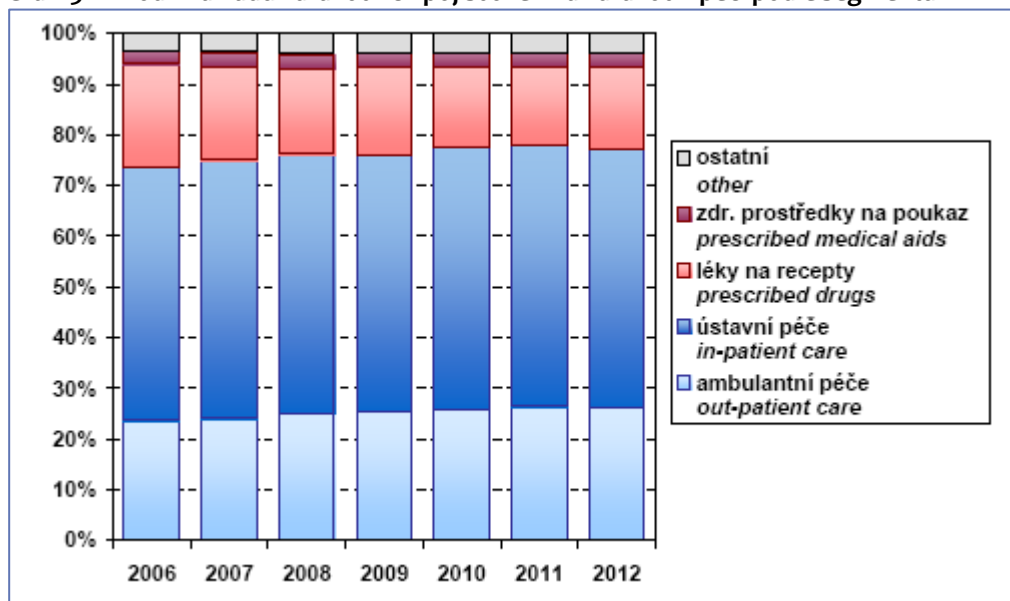
Vývoj situace v jednotlivých segmentech je uveden v následujících grafech:

Graf 129 – Podíl nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle segmentů



Zdroj: ÚZIS – Zdravotnická ročenka České republiky 2012

Graf 130 – Podíl nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle segmentů

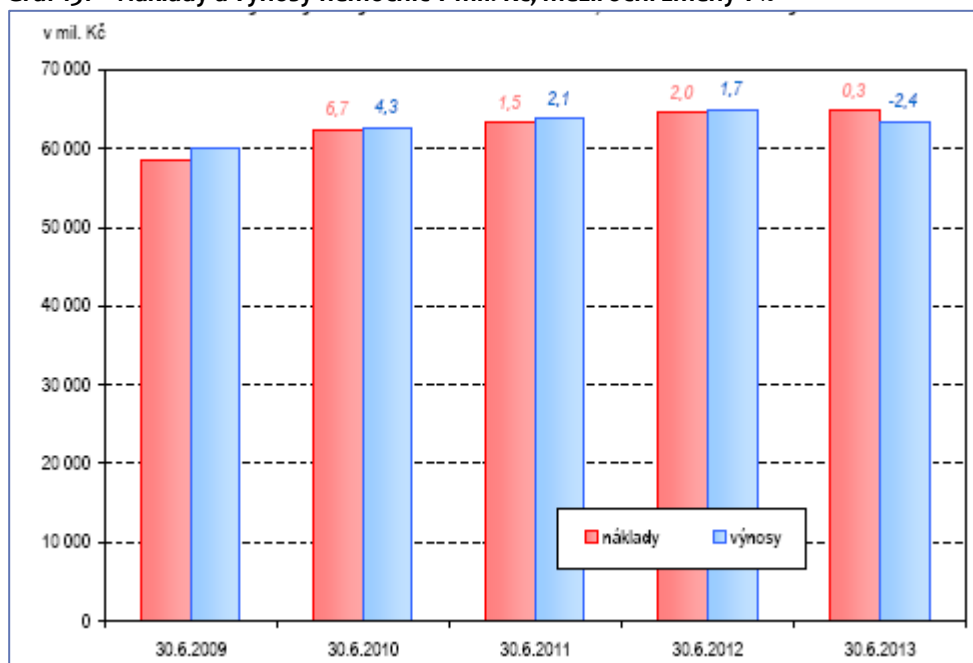


Zdroj: ÚZIS – Zdravotnická ročenka České republiky 2012

K největšímu nárůstu nákladů od roku 2006 došlo k segmentu ambulantní péče (+48%), přičemž náklady v tomto segmentu trvale rostou i v období 2009-2012. Naopak v segmentu lůžkové došlo k celkovému nárůstu +35%, avšak v letech 2009-2012 je růst téměř nulový a je pod úrovní růstu celého zdravotnictví. Obdobným způsobem se vyvíjí podíl nákladů jednotlivých segmentů na celkových nákladech zdravotnictví. Zatímco podíl ambulantní péče trvale mírně roste (na hodnotu 26,2% v roce 2012), tak podíl ústavní péče naopak mírně klesá (na hodnotu 50,8% v roce 2012).

Nejdramatičtější ekonomická situace je tak v oblasti lůžkové akutní péče, což dokumentuje i následující graf.

Graf 131 – Náklady a výnosy nemocnic v mil. Kč, meziroční změny v %

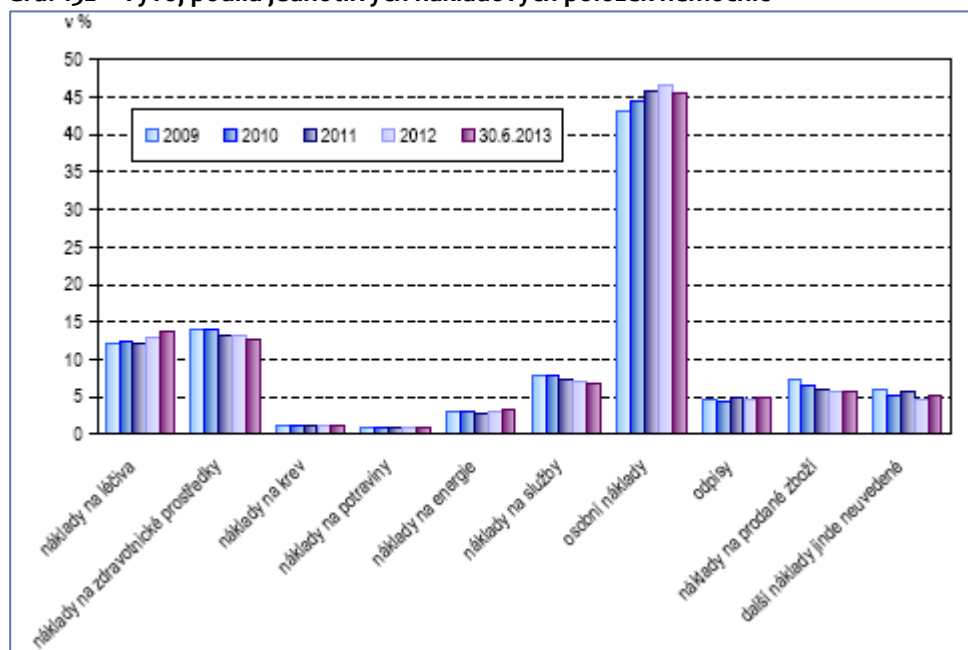


Zdroj: ÚZIS – Aktuální informace č. 49/2013

Z grafu je patrné, že zatímco v letech 2010 – 2012 se celkové náklady a výnosy nemocnic drží v rovnováze (souhrnné hospodaření je vyrovnané), v roce 2013 již dochází k propadu výnosů pod úroveň nákladů a souhrnné hospodaření nemocnic se tak již stává ztrátovým.

Dále je uveden vývoj jednotlivých nákladových položek nemocnic, ze kterého je patrný skokový nárůst nákladů na léčiva v roce 2012 (vliv zvýšení sazby DPH) a růst osobních nákladů.

Graf 132 – Vývoj podílu jednotlivých nákladových položek nemocnic

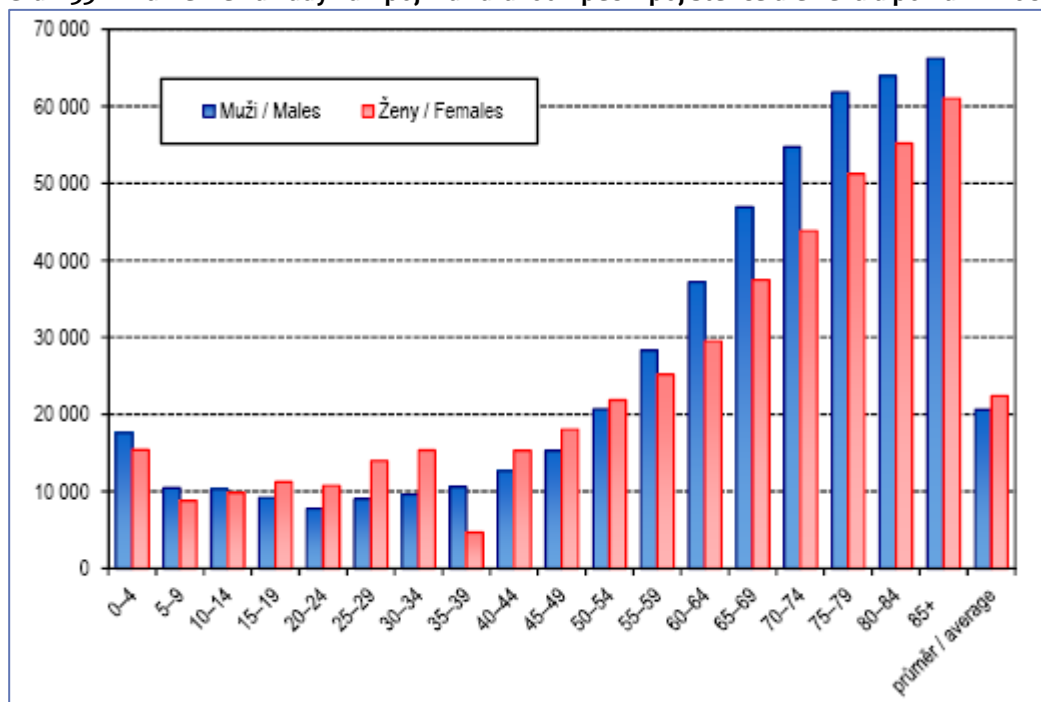


Zdroj: ÚZIS – Aktuální informace č. 49/2013

Dlouhodobě nedostatečné financování je pak příčinou ekonomických problémů jednotlivých poskytovatelů, kdy zejména u poskytovatelů lůžkové péče je velmi obtížné docílit alespoň vyrovnaného hospodaření. To se daří jen za cenu růstu vnitřního zadlužení v důsledku nedostatečných zdrojů vynakládaných na opravy a investice infrastruktury a úspor ve mzdové oblasti. **Tento stav je současně i jedním z důvodů identifikovaných problémů**, uvedených v ostatních částech dokumentu (zejména nedostatky v kapacitě a infrastruktuře zdravotních služeb a problémy v oblasti lidských zdrojů).

Dalším významným ekonomickým ukazatelem při projekci budoucího vývoje jsou průměrné náklady vynakládané na zdravotní péči podle věku a pohlaví.

Graf 133 – Průměrné náklady zdr. poj. na zdravotní péči 1 pojištěnce dle věku a pohlaví v roce 2011



Zdroj: ÚZIS – Ekonomické informace ve zdravotnictví 2012

Z grafu je patrný dramatický nárůst nákladů na zdravotní péči po dosažení věku 50 let a to až na cca trojnásobek. Tyto údaje pak dokládají další tlak na zvyšování nákladů na zdravotní péči do budoucna v souvislosti s již analyzovaným stárnutím populace.

ZAJIŠTĚNÍ KVALITY A BEZPEČÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB.

Zavedení systémů hodnocení kvality a bezpečí je standardním nástrojem zajišťujícím především kvalitu procesů, ke kterým ve zdravotnictví dochází. Obecnými cíli hodnocení kvality a bezpečí jsou, kromě trvalého zvyšování kvality a bezpečí zdravotních služeb a posílení důvěry veřejnosti v poskytovatele zdravotních služeb, také zlepšení systému řízení ve zdravotnictví.

Doporučení k jeho zavedení na národních úrovních dala již Rada Evropy v roce 1997. Požadavky na zajištění kvality a bezpečí při poskytování zdravotních služeb naposledy velmi detailně formulovala Rada EU v „Doporučení o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí“, WHO/ Aliance pro bezpečí pacientů a OECD.

Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je stanoveno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který byl vydán s cílem legislativně ukotvit a přesně stanovit podmínky a požadavky na zajištění procesu hodnocení kvality a bezpečí v souladu s požadavky EU, WHO a Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví.

Podle tohoto zákona je **rozlíšeno interní a externí hodnocení** kvality a bezpečí zdravotních služeb.

Ve smyslu ustanovení § 47 odst. 3 písm. (b) zákona č. 372/2011 Sb., je poskytovatel zdravotních služeb rovněž **povinen** v rámci zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb **zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí**. MZ vypracovalo pro zavedení tohoto systému „minimální požadavky“, které jsou uveřejněny ve Věstníku MZ č.5/2012 s tím, že budou dle potřeby aktualizovány a rozšiřovány.

Systém interního sebehodnocení je komplexní, systematický a pravidelný proces, který posuzuje kvalitu a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, jehož podstatou je sebekritické vyhodnocení všech oblastí poskytované péče a vyhledání nejslabších míst. Neslouží k vystavení certifikátů kvality, ale jeho cílem je shromažďování údajů, pochopení organizace, minimalizace rizikových činností a odhalení potenciálních možností ke zlepšení kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče. Jde o proces hodnocení sebe sama a zajištění trvalého zlepšování. Z výsledků sebehodnocení poskytovatel určí oblasti, které je nutné zlepšit a které nesplňuje vůbec.

U poskytovatele lůžkové péče je systém interního hodnocení zaměřen na tyto oblasti:

- Zavedení rezortních bezpečnostních cílů
 - Bezpečná identifikace pacientů
 - Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti
 - Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech
 - Prevence pádů
 - Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče
 - Bezpečná komunikace
 - Bezpečné předávání pacientů
- Řešení neodkladných stavů
- Dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých
- Sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí
- Sledování spokojenosti pacientů
- Dodržování personálního zabezpečení zdravotní péče
- Dodržování sledování a uveřejňování objednacích dob pacientů na zdravotní výkony.

U poskytovatelů ambulantní péče a ZZS je rozsah požadavků zúžený úměrně charakteru jejich činnosti.

Proces **externího hodnocení kvality** a bezpečí zdravotních služeb je stanoven v § 98 zákona č. 372/2011 Sb., a v jeho prováděcí vyhlášce č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí **lůžkové** zdravotní péče jako **dobrovolný** proces, s tím, že hodnocení provede osoba k tomu oprávněná.

Kromě tohoto zákona již delší dobu probíhají akreditační a certifikační procesy zaměřené na kvalitu a bezpečnost ve zdravotnictví podle mezinárodních pravidel. Je tak možné požádat o certifikaci systému řízení podle norem ISO 9001 nebo akreditaci. Na mezinárodním poli se hodnocení kvality a bezpečí ve zdravotnictví zabývá Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQuA). Mezinárodní akreditační principy definované ISQuA a WHO, stanovují plnění následujících požadavků:

- zaměření na pacienta, respektování jeho práv
- odpovědnost poskytovatele zdravotních služeb za kvalitu péče, monitorování a kontinuální zlepšování
- optimální využívání zdrojů
- řízení rizik
- proces jasného řízení v organizaci
- zahrnutí všech činností do strategického plánování
- kontakt s přímými poskytovateli zdravotních služeb v příslušném regionu.

Většina poskytovatelů lůžkové zdravotní péče a i někteří poskytovatelé ambulantní péče v Ústeckém kraji již prošli některou z forem certifikace či akreditace, což je známkou toho, že péče o zajištění kvality a bezpečnosti zdravotní péče je nedílnou součástí managementu jimi poskytovaných zdravotních služeb. Tato činnost je však činností trvalou, která nikdy nekončí a je nutné se jí věnovat nepřetržitě.

2.1.2.6 Priority pro rozvoj dostupnosti a vybavenosti zdravotních služeb

Na základě výsledků analýzy a ve vazbě na potřeby rozvoje zdravotních služeb lze formulovat tyto priority pro další rozvoj dostupnosti a vybavenosti zdravotních služeb:

- **Rozvoj zdravotních služeb v oblasti lůžkové péče**
 - rozvoj kapacit a infrastruktury v oblasti **onkologie**
 - rozvoj kapacit a infrastruktury v oblasti **v oblasti kardiovaskulárních a cévních mozkových chorob (kardiocentra, iktová centra)**
 - posílení **dostupnosti** lůžkové zdravotní péče v **okrese Louny**
 - další **rozvoj centrové péče**
 - posílení kapacit v oborech **ortopedie, ARO, ORL**
 - posílení kapacit zdravotních služeb, u kterých jsou překračovány limity časové dostupnosti, zejména:
 - **echokardiografie** v Nemocnici Most
 - **operace katarakty** v nemocnicích v Teplicích, Mostě, Děčíně a Ústí nad Labem
 - **endoskopická vyšetření** v nemocnicích v Teplicích, Ústí nad Labem a Roudnici
 - **sonografie** v nemocnicích v Chomutově a Teplicích
 - **počítačová tomografie** v nemocnicích v Chomutově a Ústí nad Labem
 - **magnetická rezonance**
 - **mamografické vyšetření** v nemocnici v Chomutově
- **Rozvoj zdravotních služeb v oblasti primární péče**
 - **posílení kapacit praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost** (podprůměrné současné hodnoty počtu lékařů, rostoucí počty dispenzarizovaných nemocí - diabetiků, pacientů sledovaných pro hypertenze, obezitu a dalších chronických onemocnění), zejména pak v okrese Ústí nad Labem
 - **posílení kapacit praktických stomatologů** (o 24% nižší než činí celorepublikový průměr a je 2. nejnižší v rámci celé ČR), zejména v okresech Teplice a Chomutov
- **Rozvoj zdravotních služeb v oblasti ambulantní péče**
 - **posílení kapacit ambulantních specialistů** (celkový počet ambulantních specialistů na 10.000 obyvatel o 27% pod průměrem ČR, ÚK jako kraje s **nejhorší vybaveností specializované ambulantní péče**)
 - nejhorší je situace v oborech **interna, diabetologie, ortopedie, oční, radiační a klinická onkologie a lékařská genetika**
- **Rozvoj zdravotních služeb v oboru gerontologie** (neexistence lůžek ani ambulantních specialistů v tomto oboru)

2.1.3 Lidské zdroje zdravotních služeb

Lidské zdroje jsou jedním z klíčových faktorů celkové kapacity i kvality zdravotních služeb. Dostatečné personální vybavení jednotlivých zdravotnických zařízení je pak jedním ze základních předpokladů jejich fungování.

Informace týkající se lidských zdrojů zdravotnických služeb krajů jsou publikovány ÚZIS ve zdravotnických ročenkách krajů. Posledními dostupnými publikacemi je *Zdravotnická ročenka ČR 2012* a *Zdravotnická ročenka Ústeckého kraje 2011*. Následující údaje proto vycházejí z těchto zdrojů a souhrnné údaje za ČR a jednotlivé kraje jsou uváděny ve stavu za rok 2012, podrobnější údaje za Ústecký kraj a jeho okresy za rok 2011. Vzhledem k tomu, že mezi rokem 2011 a 2012 došlo k celkové změně (úbytku) pracovníků v Ústeckém kraji o pouhých 134 osob (-0,8%) jsou údaje za oba roky srovnatelné.

2.1.3.1 Pracovníci ve zdravotnických zařízeních Ústeckého kraje

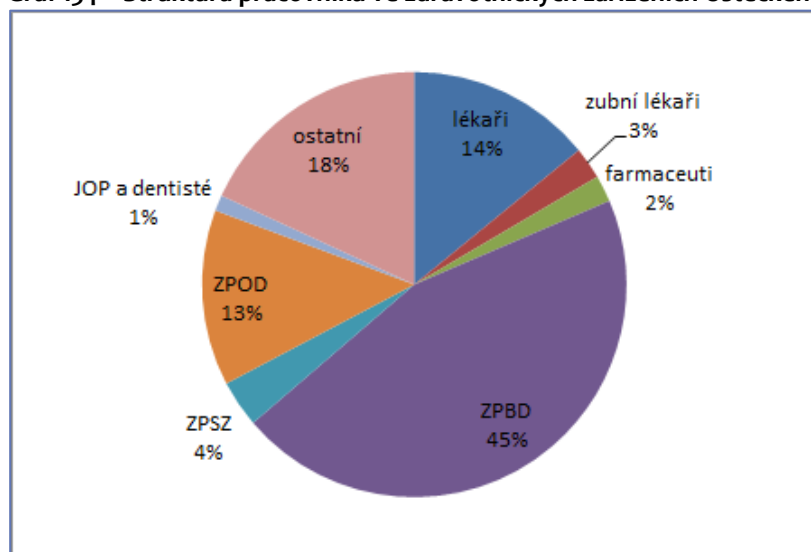
Tabulka 97 – Pracovníci (přepočtený stav včetně smluvních) v ZZ Ústeckého kraje

	lékaři	zubní lékaři	farmaceuti	ZPBD	z toho SPBD	ZPSZ	ZPOD	JOP a dentisté	ostatní	CELKEM
Děčín	293,18	68,45	57,31	936,58	739,12	70,96	165,98	1,50	337,54	1 931,50
Chomutov	322,20	59,99	47,13	1 043,95	801,52	66,46	231,87	12,20	286,27	2 070,07
Litoměřice	342,36	60,08	61,47	1 033,57	830,72	83,15	459,87	11,14	534,35	2 585,99
Louny	208,23	43,58	34,20	583,54	452,27	63,43	209,07	2,00	218,04	1 362,09
Most	317,43	57,29	36,64	1 128,81	916,68	69,83	335,92	7,60	397,03	2 350,55
Teplice	345,72	58,84	54,24	1 050,59	813,51	139,78	284,71	3,20	643,12	2 580,20
Ústí nad Labem	623,04	72,90	60,69	2 069,72	1 427,71	126,63	635,89	172,09	732,48	4 493,44
Ústecký kraj	2 452,16	421,13	351,68	7 846,76	5 981,53	620,24	2 323,31	209,73	3 148,83	17 373,84
ČR	39 237,79	7 183,79	6 149,38	107 024,29	83 469,06	10 273,40	31 158,87	3 349,47	43 839,74	248 216,73

Zdroj: ÚZIS – Zdravotnická ročenka Ústeckého kraje 2011

Ve zdravotnických zařízeních Ústeckého kraje pracovalo v roce 2011 celkem cca 17.400 pracovníků (zaměstnanců a OSVČ) v této struktuře:

Graf 134 – Struktura pracovníků ve zdravotnických zařízeních Ústeckého kraje v roce 2011



Zdroj: ÚZIS – Zdravotnická ročenka Ústeckého kraje 2011

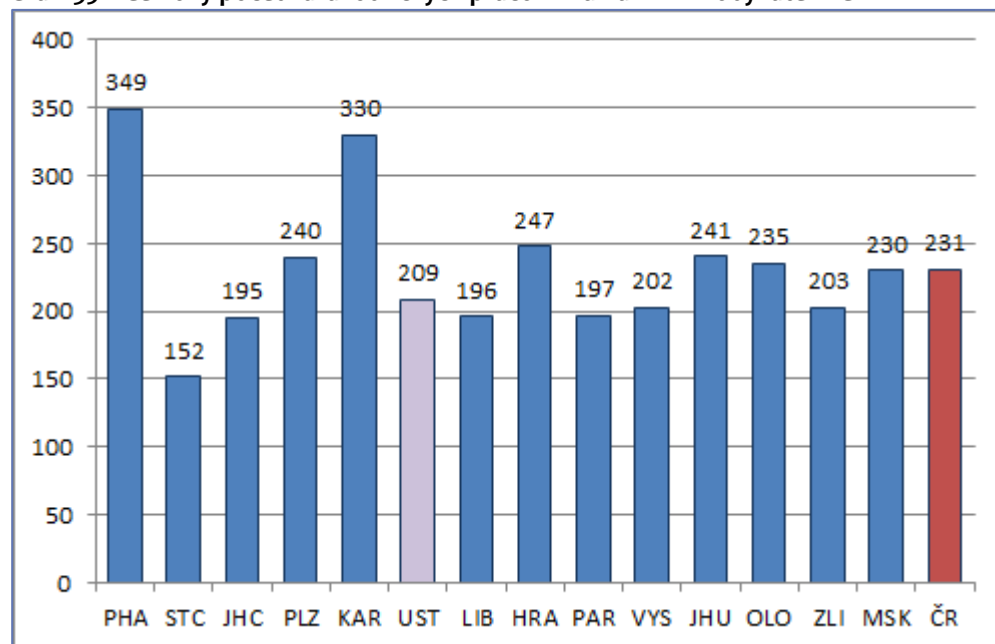
Porovnání průměrných počtů pracovníků ve zdravotnictví připadajících na 10.000 obyvatel v jednotlivých krajích je uvedeno v následující tabulce a grafech:

Tabulka 98 – Pracovníci na 10.000 obyvatel ve zdravotnických zařízeních ČR

Kraj	lékaři	zubní lékaři	farmaceuti	ZPBD	z toho SPBD	ZPSZ	ZPOD	JOP a dentisté	ostatní	CELKEM
PHA	60,44	11,10	7,68	153,59	119,56	17,320	35,790	9,320	53,570	348,82
STC	24,33	4,66	4,31	68,62	53,55	6,210	21,550	0,550	21,520	151,76
JHC	31,25	6,32	5,05	89,69	68,40	7,200	24,660	2,990	28,280	195,45
PLZ	37,87	7,39	5,21	107,47	82,75	8,090	32,020	2,520	39,380	239,94
KAR	33,50	5,65	5,02	98,65	80,19	12,510	53,760	2,920	118,070	330,09
UST	28,33	5,05	4,22	94,06	70,64	8,500	28,550	2,740	37,080	208,52
LIB	29,35	5,84	5,11	83,33	64,46	8,270	25,940	2,160	36,240	196,24
HRA	35,22	6,97	7,44	105,20	80,84	11,730	28,610	2,550	49,760	247,47
PAR	28,57	5,80	6,39	84,79	67,04	9,560	24,950	2,650	34,300	197,01
VYS	29,79	6,03	5,45	96,51	77,02	6,230	26,820	2,600	28,890	202,31
JHU	38,70	7,53	7,13	108,32	85,37	9,500	27,350	2,630	39,450	240,61
OLO	37,10	6,97	6,09	101,02	80,51	9,950	30,240	2,830	41,110	235,31
ZLI	28,62	6,93	6,04	88,75	69,78	7,090	26,650	1,830	36,790	202,7
MSK	32,56	6,43	5,72	96,97	75,78	11,560	34,720	2,800	39,580	230,34
ČR	35,17	6,82	5,85	100,44	78,34	9,860	29,440	3,160	39,920	230,67

Zdroj: ÚZIS – Zdravotnická ročenka ČR 2012

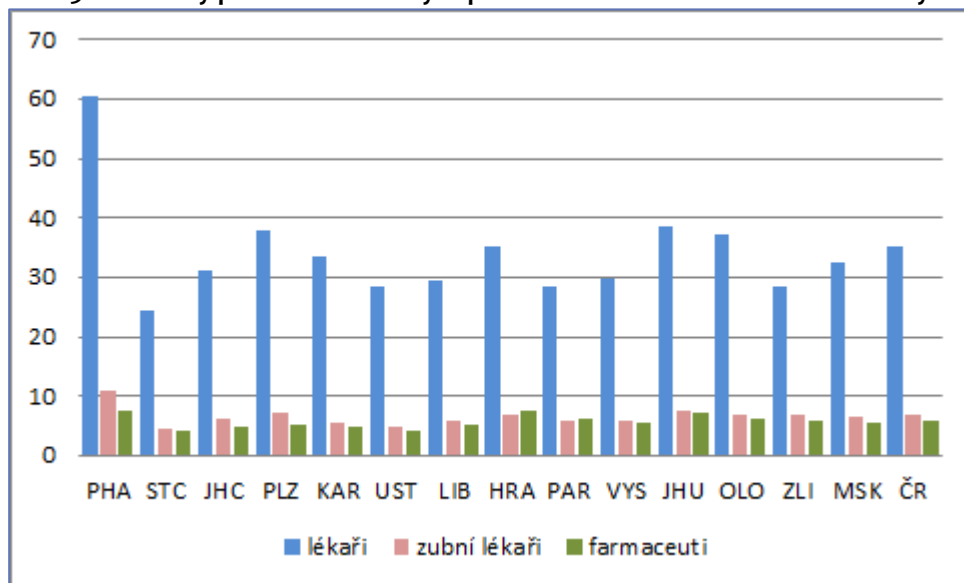
Graf 135 – Celkový počet zdravotnických pracovníků na 10.000 obyvatel v ČR



Zdroj: ÚZIS – Zdravotnická ročenka ČR 2012

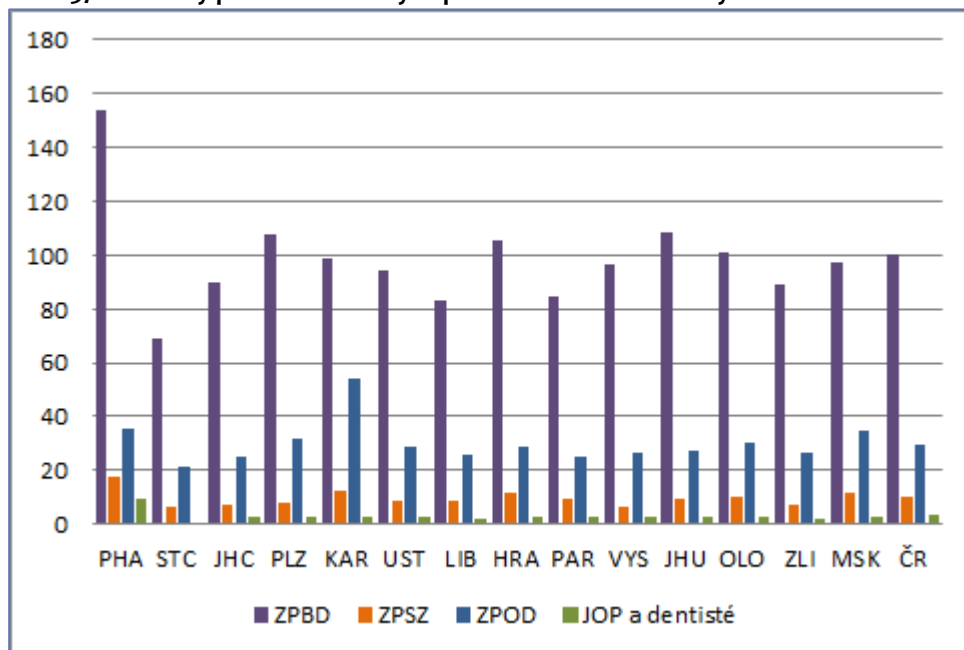
Celkový počet zdravotnických pracovníků na 10.000 obyvatel je v Ústeckém kraji o cca 10% (22 osob) nižší než činí celorepublikový průměr.

Graf 136 – Celkový počet zdravotnických pracovníků s VŠ vzděláním na 10.000 obyvatel v ČR

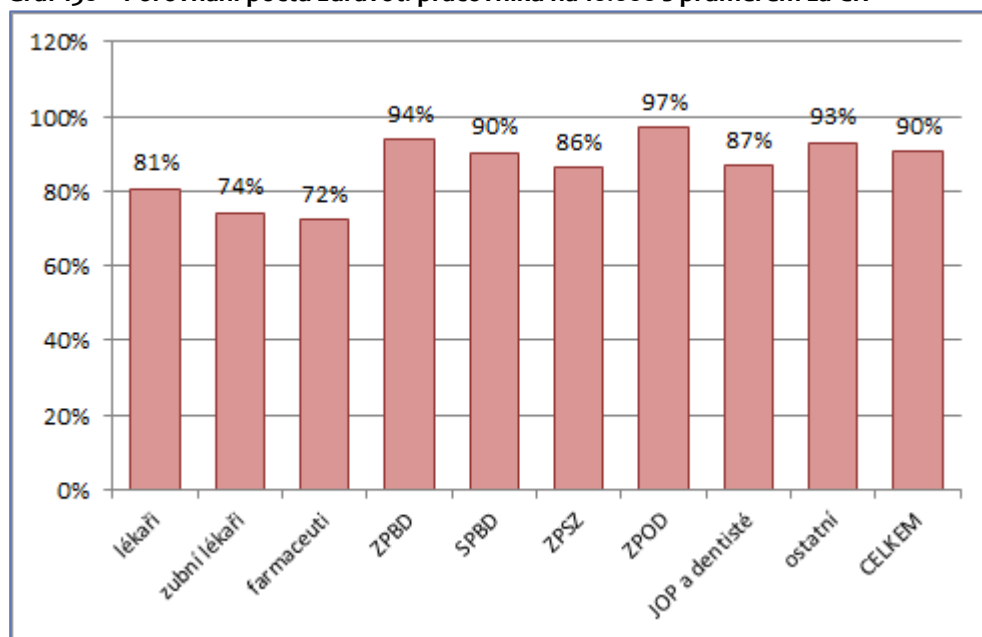


Zdroj: ÚZIS – Zdravotnická ročenka ČR 2012

Graf 137 – Celkový počet nelékařských pracovníků na 10.000 obyvatel v ČR



Zdroj: ÚZIS – Zdravotnická ročenka ČR 2012

Graf 138 – Porovnání počtu zdravot. pracovníků na 10.000 s průměrem za ČR

Zdroj: ÚZIS – Zdravotnická ročenka ČR 2012

Z grafů vyplývá, že celkový počet zdravotnických pracovníků připadajících na 10.000 obyvatel v Ústeckém dosahuje ve srovnání s průměrem ČR ve všech kategoriích podprůměrných hodnot. **Nejzávažnější situace** je v kategoriích vysokoškolsky vzdělaných zdravotnických pracovníků (v závorce je uvedena odchylka od průměru ČR):

- lékaři (-19%)
- zubní lékaři (-26%)
- farmaceuti (-28%).

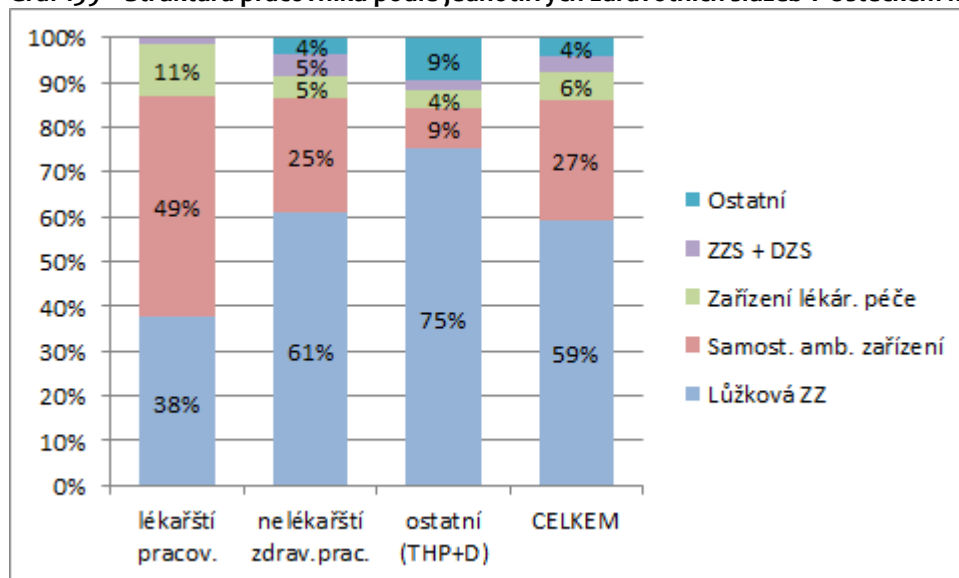
Nedostatek lékařů v jednotlivých segmentech primární, ambulantní i lůžkové péče již byl analyzován v předchozích částech.

Struktura zdravotnických pracovníků podle jednotlivých druhů zdravotnických služeb je uvedena v následující tabulce a grafu:

Tabulka 99 – Pracovníci podle jednotlivých druhů zdravotnických služeb v Ústeckém kraji

Typ ZZ	lékařští pracovníci	ZPBD	ZPS	ZPOD	JOP a dentisté	ostatní (THP+D)	CELKEM
Lůžková ZZ	1 138,12	4 486,64	215,28	1 641,09	51,67	1 989,30	9 522,10
Lázně	16,58	48,33	68,61	76,50	0,00	356,22	566,24
Samost. amb. zařízení	1 519,82	2 287,12	300,63	147,73	7,20	284,69	4 547,19
Zařízení lékár. péče	345,63	471,20	0,00	99,52	0,00	120,38	1 036,73
ZZS + DZS	42,50	208,72	0,00	317,49	0,00	72,25	640,96
Ostatní	7,85	183,62	30,40	22,50	148,79	294,70	687,86
CELKEM	3 070,50	7 685,63	614,92	2 304,83	207,66	3 117,54	17 001,08

Zdroj: ÚZIS – Zdravotnická ročenka Ústeckého kraje 2011

Graf 139 – Struktura pracovníků podle jednotlivých zdravotních služeb v Ústeckém kraji

Zdroj: ÚZIS – Zdravotnická ročenka Ústeckého kraje 2011

Téměř **60% z celkového počtu pracovníků pracovalo v lůžkových zařízeních** a více než jedna čtvrtina pak pracovala v samostatných ambulantních zařízeních. Obdobný poměr je i u kategorie nelékařských zdravotních pracovníků. Jiný poměr je však u kategorie lékařských pracovníků, kde téměř polovina z nich pracovala v samostatných ambulantních zařízeních a necelých 40% v lůžkových zařízeních.

Největším zaměstnavatelem v této oblasti je Krajská zdravotní, a.s., která k 31.12.2012 zaměstnávala celkem 6.103 zaměstnanců (z toho 907 lékařů a zubních lékařů, 37 farmaceutů a 2.654 všeobecných sester a porodních asistentek).

Závěr:

Celkový počet zdravotnických pracovníků připadajících na 10.000 obyvatel v Ústeckém dosahuje ve srovnání s průměrem ČR **ve všech kategoriích podprůměrných hodnot. Nejzávažnější situace** je v kategoriích vysokoškolsky vzdělaných zdravotnických pracovníků - **lékaři (-19%), zubní lékaři (-26%), farmaceuti (-28%).**

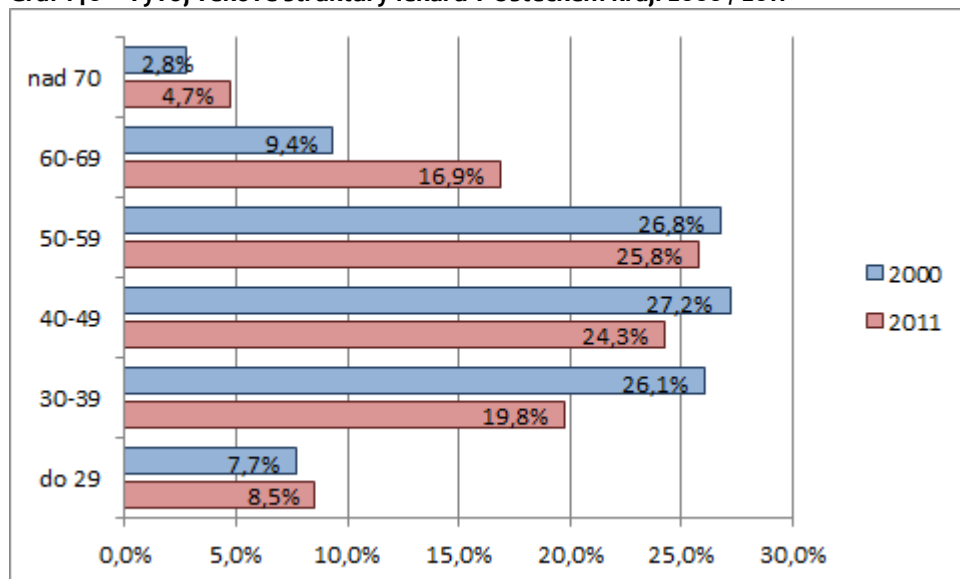
Problém s nedostatkem lékařů existuje ve všech segmentech zdravotní péče, kde jejich přepočtený počet na 10.000 obyvatel dosahuje podprůměrných hodnot:

- primární péče - PL (-7%), PLD (-7%), PSTOM (-7%)
- ambulantní péče (-27%)
- lůžková péče (-8%).

2.1.3.2 Věková struktura lékařských pracovníků

Důležitou charakteristikou lidských zdrojů ve zdravotnictví je jejich věková struktura, která je významná zejména s ohledem na budoucí vývoj. Klíčová je pak zejména kategorie lékařů. Současná věková struktura lékařů je v následujícím grafu:

Graf 140 – Vývoj věkové struktury lékařů v Ústeckém kraji 2000 / 2011



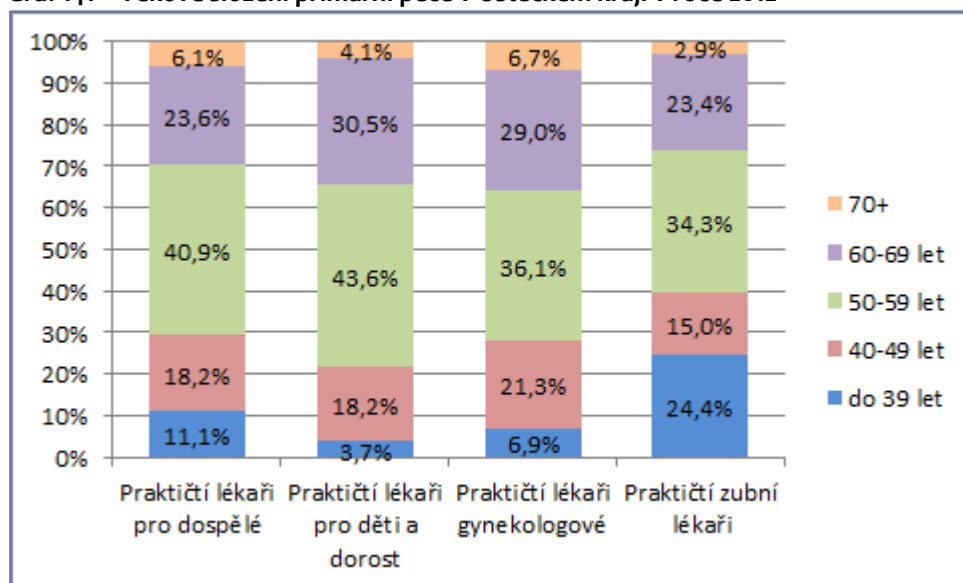
Zdroj: ÚZIS – Zdravotnická ročenka Ústeckého kraje 2011

Z grafu je patrné, že současná demografická struktura lékařů je z pohledu rozložení podle věku značně nerovnoměrná, převládá především počet lékařů ve vyšším středním věku. V celé věkové kategorii nad 50 let je téměř 50 % všech lékařů, přičemž ve věku 55–59 let se nachází každý čtvrtý lékař. Oproti tomu v nejnižších věkových kategoriích, tj. do věku 39 let, je evidováno jen necelých 28 % všech lékařů.

Ve srovnání s rokem 2000 je zřejmý trend demografického stárnutí lékařů, kdy dochází k posunu většího počtu lékařů nižších věkových skupin do věkových skupin vyšších. Markantní je to zejména u skupiny nad 60 let, kdy zatímco v roce 2000 činil podíl lékařů starších 60 let 12%, tak v roce 2011 je to již téměř 22%. Tento trend představuje riziko zejména do budoucnosti.

Problém stárnutí lékařů je pak nejzávažnější zejména v oblasti primární péče, jak vyplývá z následujícího grafu:

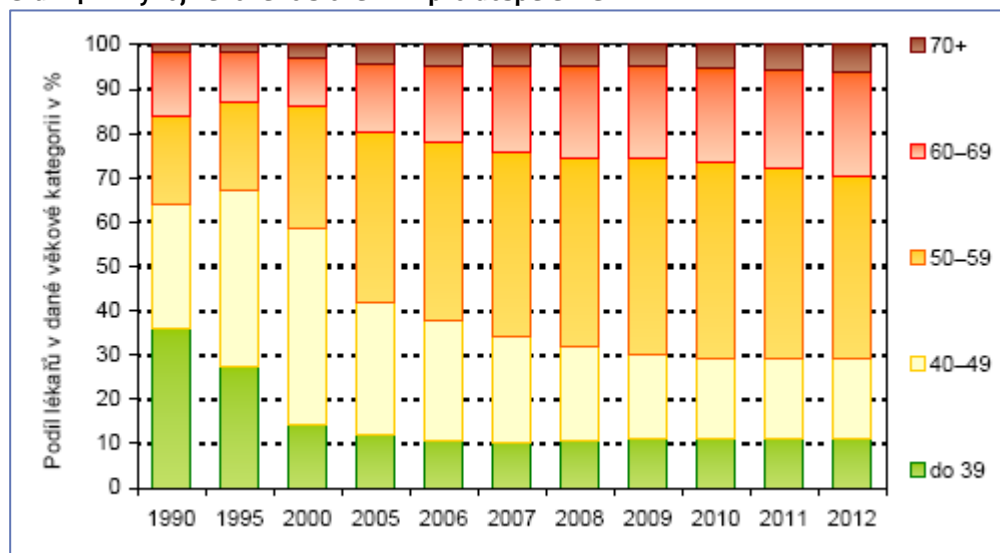
Graf 141 – Věkové složení primární péče v Ústeckém kraji v roce 2012



Zdroj: ÚZIS – Zdravotnická ročenka Ústeckého kraje 2011

Problém nerovnoměrné věkové struktury je patrný ve všech segmentech primární péče, kde je výrazná převaha lékařů ve věku nad 50 let. Alarmující je situace zejména u skupiny PLD, kde podíl lékařů ve věku nad 50 let převyšuje 78%. Proces demografického stárnutí lékařů je dobře patrný z následujícího grafu znázorňujícího vývoj ve skupině praktických lékařů pro dospělé v rámci ČR (vývoj v krajích je obdobný).

Graf 142 – Vývoj věkového složení PL pro dospělé v ČR



Zdroj: ÚZIS – Sít' zdravotnických zařízení 2012

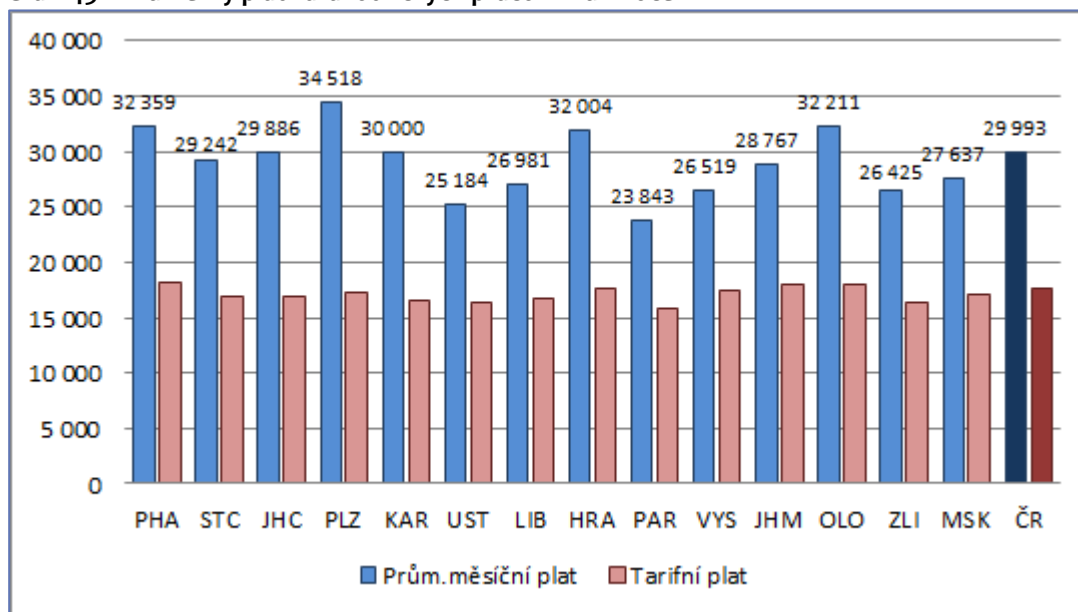
Závěr:

Demografické stárnutí lékařských pracovníků je **hrozbou především s ohledem pro budoucí vývoj**, protože po jejich odchodu ze zdravotnického systému není generace mladších lékařů početně silná natolik, aby byla schopna je dostatečně nahradit. V horizontu 10–15 let tak mohou nastat nemalé problémy s ohledem na zajištění kapacitního vybavení k provádění základních úkonů zdravotní péče. Tento problém je hrozbou především pro pracoviště ambulantních zdravotnických zařízení a zařízení primární péče. Nejohroženějšími odbornostmi v Ústeckém kraji je praktické lékařství (jak pro dospělé, tak především pro děti a dorost).

2.1.3.3 Odměňování pracovníků ve zdravotnictví

Průměrný plat zdravotnických pracovníků v Ústeckém kraji v roce 2012 činil 25.184,- Kč, což je 84,0% průměrného platu zdravotnických pracovníků v ČR. Podíl tarifní mzdy na celkové mzdě činil 65% (průměr ČR je 59%).

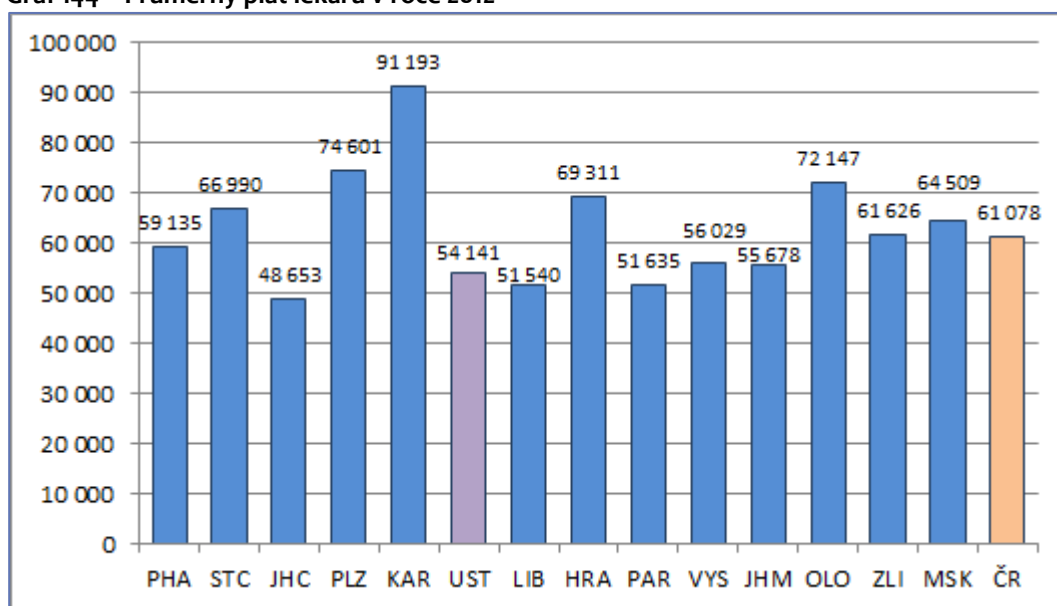
Graf 143 – Průměrný plat zdravotnických pracovníků v roce 2012



Zdroj: ÚZIS – Zdravotnická ročenka 2012

Průměrný plat lékařů v Ústeckém kraji v roce 2012 činil 54.141,- Kč, což je 88,6% průměrného platu zdravotnických pracovníků v ČR.

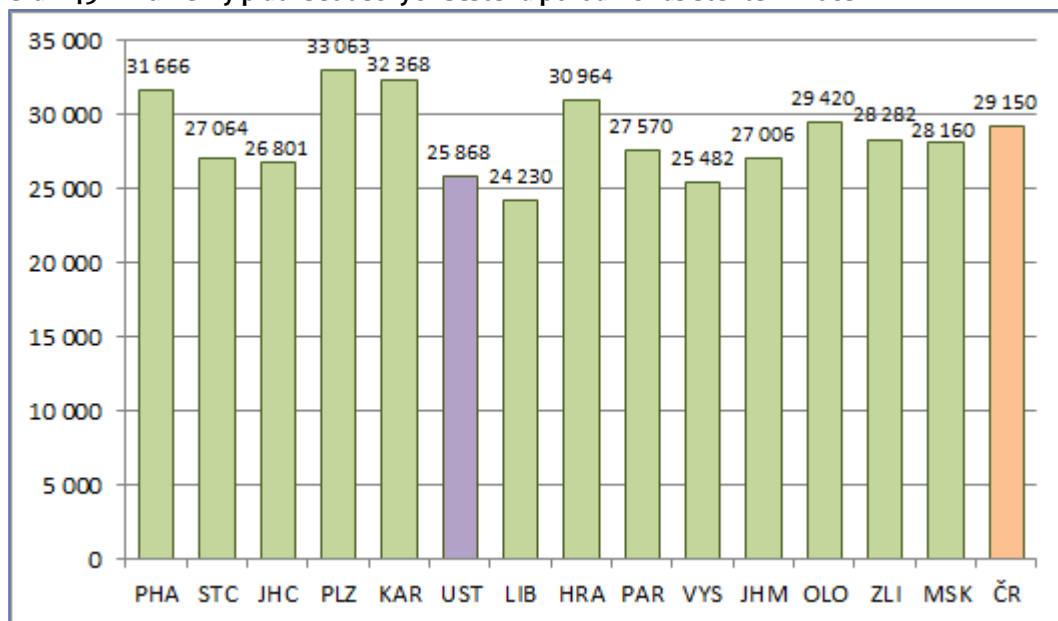
Graf 144 – Průměrný plat lékařů v roce 2012



Zdroj: ÚZIS – Zdravotnická ročenka 2012

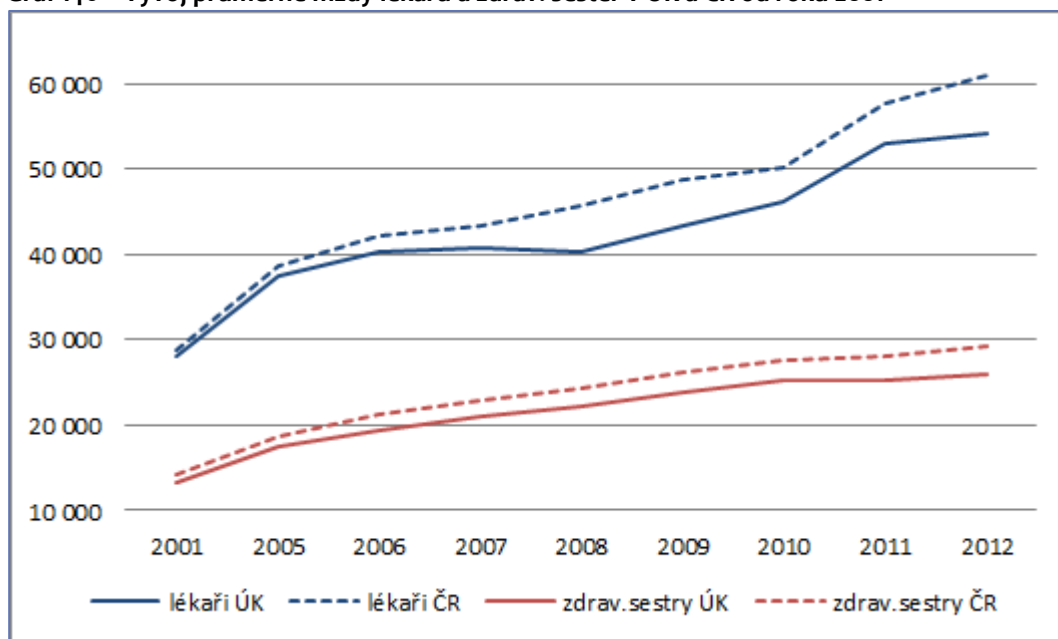
Průměrný plat všeobecných sester a porodních asistentek v Ústeckém kraji v roce 2012 činil 25.868,- Kč, což je 88,7% průměrného platu zdravotnických pracovníků v ČR.

Graf 145 – Průměrný plat všeobecných sester a porodních asistentek v roce 2012



Zdroj: ÚZIS – Zdravotnická ročenka 2012

Graf 146 – Vývoj průměrné mzdy lékařů a zdrav. sester v ÚK a ČR od roku 2001



Zdroj: ÚZIS – Zdravotnická ročenka 2001-2012

Průměrná mzda lékařů i zdravotnických sester je oproti průměru ČR trvale nižší, přičemž platové nůžky mezi průměrem ČR a ÚK se v obou kategoriích stále rozvírají.

Průměrný plat zdravotnických pracovníků v Ústeckém kraji byl v roce 2012 o 16% nižší oproti průměrnému platu zdravotnických pracovníků v celé ČR. Nižší průměrný plat byl dosažen jak ve skupině lékařů, tak i zdravotních sester (u obou skupin o cca 11%). Ústecký kraj tak patří mezi 3 kraje v rámci celé ČR s nejnižší průměrnou mzdou.

2.1.3.4 Vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví

Významným faktorem pro výkon zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta je další vzdělávání a dosažený stupeň specializované způsobilosti. Dosažené specializované způsobilosti lékařů a farmaceutů a dosažené odborné a specializované způsobilosti zubních lékařů jsou posuzovány dle vyhlášky č. 185/2009 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Po absolvování magisterského studia získává lékař tzv. „odbornou způsobilost“, která ho opravňuje k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta na území České republiky pod odborným dohledem. Následně absolvováním specializačního vzdělávání úspěšně ukončeného atestační zkouškou získává lékař „specializovanou způsobilost“ v příslušném specializačním oboru. Získání specializované způsobilosti je nezbytnou podmínkou k samostatnému výkonu povolání bez odborného dohledu.

Tabulka 100 – Dosažená specializovaná způsobilost lékařů Ústeckého kraje

Obor specializačního vzdělávání	Celkem
Alergologie a klinická imunologie	29
Anesteziologie a intenzivní medicína	98
Angiologie	1
Foniatrie	9
Cévní chirurgie	6
Dermatovenerologie	26
Dětská a dorostová psychiatrie	5
Dětská dermatovenerologie	0
Dětská gastroenterologie a hepatologie	2
Dětská gynekologie	2
Dětská chirurgie	7
Dětská kardiologie	7
Dětská nefrologie	0
Dětská neurologie	9
Dětská onkologie a hematoonkologie	0
Dětská otorinolaryngologie	3
Dětská pneumologie	1
Dětská radiologie	0
Dětská revmatologie	0
Dětská urologie	0
Dětské lékařství	260
Diabetologie	23
Diabetologie a endokrinologie	5
Dorostové lékařství	6
Endokrinologie	13
Epidemiologie	2
Gastroenterologie	27
Geriatry	3
Gerontopsychiatrie	3
Gynekologie a porodnictví	111
Hematologie a transfúzní lékařství	15
Hrudní chirurgie	4
Hygiena a epidemiologie	7
Hygiena dětí i a dorostu	0
Hygiena obecná a komunální	1

Obor specializačního vzdělávání	Celkem
Hygiena výživy a předmětů běžného užívání	0
Hyperbarická a letecká medicína	2
Chirurgie	154
Infekční lékařství	12
Intenzivní medicína	4
Intervenční radiologie	3
Kardiochirurgie	0
Kardiologie	33
Klinická biochemie	8
Klinická farmakologie	0
Klinická onkologie	7
Korektivní dermatologie	1
Lékařská genetika	4
Lékařská mikrobiologie	23
Maxilofaciální chirurgie	0
Medicína dlouhodobé péče	0
Návykové nemoci	3
Nefrologie	15
Neonatologie	11
Neurochirurgie	6
Neurologie	64
Neuroradiologie	0
Nukleární medicína	4
Oftalmologie	47
Onkogynekologie	2
Otorinolaryngologie	42
Ortopedie	46
Paliativní medicína a léčba bolesti	7
Patologie	11
Perinatalogie a fetomatemální medicína	1
Plastická chirurgie	1
Popáleninová medicína	0
Posudkové lékařství	15
Pracovní lékařství	4
Praktické lékařství pro děti a dorost	11
Všeobecné praktické lékařství	357
Psychiatrie	52
Radiační onkologie	9
Radiologie a zobrazovací metody	54
Rehabilitační a fyzikální medicína	52
Reprodukční medicína	1
Revmatologie	14
Sexuologie	3
Soudní lékařství	3
Tělovýchovné lékařství	4
Pneumologie a ftizeologie	38
Traumatologie	15
Urgentní medicína	15
Urogynekologie	1
Urologie	31

Obor specializačního vzdělávání	Celkem
Veřejné zdravotnictví	17
Vnitřní lékařství	179
Celkem	2 071

Pozn. – červeně jsou zvýrazněny nulové hodnoty, žlutě z intervalu 1-3, zeleně z intervalu 4-5

Zdroj: ÚZIS – Zdravotnická ročenka Ústeckého kraje 2011

V roce 2011 z celkového počtu 2.410 lékařů (fyzický stav) jich mělo specializovanou způsobilost 2.071 lékařů, tj. cca **86%**. Z přehledu o dosažené specializované způsobilosti lékařů je zřejmé, že některé specializace zcela chybějí nebo jsou zastoupeny velmi málo a to i v případě běžných oborů (např. některé dětské specializace, geriatric, gerontopsychologie, plastická chirurgie).

Tabulka 101 – Struktura lékařů podle specializace v Krajské zdravotní, a.s. k 31.12.2012

Stupeň specializované způsobilosti	Počet	%
lékaři – absolventi	63	6,9%
lékaři zařazení do specializačního vzdělávání	235	25,9%
lékaři se specializovanou způsobilostí	609	67,1%
CELKEM	907	100,0%

Zdroj: Výroční zpráva Krajské zdravotní, a.s. za rok 2012

Význam specializačního vzdělávání lékařů je patrný z předchozí tabulky, podle které je **do specializačního vzdělávání zapojeno celkem 235 lékařů, tj. téměř 26% lékařů zaměstnaných v Krajské zdravotní, a.s.**, která je rozhodujícím poskytovatelem lůžkové i ambulantní péče v Ústeckém kraji. S ohledem na obecný nedostatek lékařů je tak získávání lékařů s odbornou způsobilostí a jejich následné specializační vzdělávání jednou z možností, jak řešit personální problémy v této oblasti.

Vzhledem k tomu, že specializační vzdělávání je dlouhodobý a finančně náročný proces jak pro samotné lékaře, tak i pro jejich zaměstnavatele, může být **podpora specializačního vzdělávání** jedním z rozhodujících faktorů při řešení nastíněných problémů v oblasti lidských zdrojů.

2.1.3.5 Věda a výzkum

Výchova a vzdělávání studentů všech typů zdravotnických škol, lékařských a farmaceutických fakult, pregraduální a postgraduální vzdělávání lékařů a farmaceutů, vzdělávání zdravotnických pracovníků i jiných odborných pracovníků pracujících ve zdravotnictví a rozvoj vědeckovýzkumné činnosti ve zdravotnictví je v Ústeckém kraji zajišťován zejména v Krajské zdravotní, a.s., kde se všechny tyto aktivity staly nedílnou součástí poslání této akciové společnosti.

KZ realizovala a v současné době realizuje řadu vědeckovýzkumných projektů, které využívají potenciálu a šíře oborů pokrytých pracovišti KZ a jsou dále prohlubovány spoluprací s pracovišti univerzitními, zvláště Univerzitou Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, s pracovišti Univerzity Karlovy v Praze, Českého vysokého učení technického v Praze, Akademie věd a s řadou dalších národních i mezinárodních institucí. K jejím základním cílům do budoucna patří vybudování infrastruktury vědy a výzkumu v nemocnicích Ústeckého kraje. Cílem je mj. získávat prostředky na podporu vědecké a výzkumné činnosti v rozsahu jednotek procent obrátu KZ.

Podle publikovaných⁴ informací je dlouhodobým záměrem KZ vybudování nemocnice univerzitního typu jako střediska špičkové medicíny, zdravotnické vědy a výuky transformací z krajské Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem.

Obecně tyto aktivity v oblasti vzdělávání, vědy a výzkumu mohou významnou měrou přispět ke zvýšení atraktivity nemocnic v Ústeckém kraji, ale i celého regionu pro příliv vysoce kvalifikovaných pracovníků a tím napomoci jak k řešení nastíněných problémů v oblasti lidských zdrojů zdravotních služeb, tak ke zvýšení celkové úrovně a dostupnosti zdravotní péče.

⁴ Krajská zdravotní, a.s., Výroční zpráva 2012, s. 91-97

2.1.4 Podpora veřejného zdraví

Veřejné zdraví je definováno jako organizované úsilí společnosti s cílem chránit, rozvíjet a navracet zdraví lidí. Jde o kombinaci vědeckých poznatků, dovedností i názorů směřujících k udržení a zlepšení zdraví lidí prostřednictvím kolektivních nebo sociálních aktivit.

Podpora a ochrana veřejného zdraví je zakotvena v Zákoně o ochraně veřejného zdraví č. 258/2000 Sb. Tento zákon zpracovává příslušné předpisy Evropské unie a upravuje v návaznosti na přímo použitelné předpisy Evropské unie

- a) práva a povinnosti fyzických a právnických osob v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví,
- b) soustavu orgánů ochrany veřejného zdraví, jejich působnost a pravomoc,
- c) úkoly dalších orgánů veřejné správy v oblasti hodnocení a snižování hluku z hlediska dlouhodobého průměrného hlukového zatížení životního prostředí.

Podle tohoto zákona se **veřejným zdravím** rozumí zdravotní stav obyvatelstva a jeho skupin. Tento zdravotní stav je určován souhrnem přírodních, životních a pracovních podmínek a způsobem života.

Ochrana a podpora veřejného zdraví je souhrn činností a opatření k vytváření a ochraně zdravých životních a pracovních podmínek a zabránění šíření infekčních a hromadně se vyskytujících onemocnění, ohrožení zdraví v souvislosti s vykonávanou prací, vzniku nemocí souvisejících s prací a jiných významných poruch zdraví a dozoru nad jejich zachováním. Ohrožením veřejného zdraví je stav, při kterém jsou obyvatelstvo nebo jeho skupiny vystaveny nebezpečí, z něhož míra zátěže rizikovými faktory přírodních, životních nebo pracovních podmínek překračuje obecně přijatelnou úroveň a představuje významné riziko poškození zdraví.

Jako orgány ochrany veřejného zdraví, vystupují

- Ministerstvo zdravotnictví (v rámci Ministerstva zdravotnictví je zřízena funkce hlavního hygienika České republiky, který ve věcech ochrany veřejného zdraví vystupuje jako orgán Ministerstva zdravotnictví),
- krajské hygienické stanice (s územními pracovišti),
- a dále Ministerstvo obrany a Ministerstvo vnitra.

V oblasti podpory veřejného zdraví probíhá celá řada aktivit na úrovni různých skupin subjektů. Jejich kompletní výčet přesahuje možnosti tohoto dokumentu. Proto jsou dále uvedeny pouze příklady současných aktivit jednotlivých skupin subjektů.

2.1.4.1 Aktivita státních institucí (orgány ochrany veřejného zdraví, zdravotní ústavy)

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ

Hlavním strategickým dokumentem v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví je:

Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky Zdraví pro všechny v 21. století – je znám také jako program **ZDRAVÍ 21**

- tento dokument se opírá o akční strategii programu Světové zdravotnické organizace „Zdraví pro všechny v 21. století“
- filozofií programu Zdraví 21 je trvale zlepšovat zdravotní stav populace ČR
- podrobné informace k programu a jeho průběhu jsou k dispozici na:
http://www.mzcr.cz/Verejne/obsah/program-zdravi-21_1101_5.html

K současným prioritám prevence, podpory a ochrany zdraví dle Ministerstva zdravotnictví patří:

1. Dostatečná pohybová aktivita populace.
2. Správná výživa a stravovací návyky populace.
3. Zvládání stresu a duševní zdraví.
4. Zdravotně rizikové chování (konzumace tabáku, nadměrná spotřeba alkoholu, užívání drog, chování vedoucí k úrazům, rizikové sexuální chování a z toho plynoucí výskyt infekčních onemocnění - zvláště HIV/AIDS, virových hepatitid a sexuálně přenosných nemocí).
5. Vzdělávání a programy podpory zdraví zaměřené na determinanty a rizikové faktory zdraví, a také na podporu screeningových programů.
6. Infekční onemocnění, a to nové a znovu se objevující infekce, infekce spojené s poskytováním zdravotní péče, antimikrobiální rezistence a vakcinační programy.
7. Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí.
8. Snižování nerovností ve zdraví.
9. Screeningové programy, jejich sledování a vyhodnocování jejich efektivity.
10. Identifikace možností pro případné plánování nových screeningových programů a jejich realizace.

Významnou mezinárodní aktivitou v této oblasti je rovněž nová strategie „**Zdraví 2020**“, kterou přijali ministři zdravotnictví evropských zemí v září 2012 v rámci jednání Regionálního výboru Světové zdravotní organizace (WHO). Tato strategie se zaměřuje na hlavní problémy 53 členských států regionu, především na nerovnosti ve zdraví, finanční krizi a související snižování veřejných výdajů ve zdravotnictví a nárůst výskytu chronických neinfekčních onemocnění. Přijetí nové strategie vychází z předpokladu, že další vývoj veřejného zdravotnictví je možný pouze za spolupráce všech složek společnosti a všech úrovní státní správy.

Důležitým nástrojem MZ ČR pro naplňování některých cílů programu ZDRAVÍ 21 je dotační program **Národní program zdraví – projekty podpory zdraví (NPZ-PPZ)**, v rámci kterého jsou každoročně poskytovány dotace na projekty z této oblasti. Základním cílem tohoto dotačního programu NPZ – PPZ je dlouhodobě podporovat zájem o aktivní vztah a odpovědnost ke zdraví a zdravému životnímu stylu a jejich posilování a podporu ve společnosti prostřednictvím realizace projektů podpory zdraví.

Finanční příspěvky MZ ČR podporují realizaci kvalitních projektů podpory zdraví kladoucích si za cíl dosažení pozitivních změn v životním stylu obyvatel ČR a v jejich chování ve vztahu ke svému zdraví. Tyto projekty musí mít:

- edukační a intervenční charakter se zaměřením na primární prevenci nemocí a zdravotních rizik se současným zaměřením na podporu zdraví
- prokazatelně pozitivní vliv na vybrané cílové skupiny obyvatel či širokou veřejnost
- stanoveny objektivní kritéria vyhodnocení efektu projektu
- vícezdrojové financování.

Žádost do výběrového řízení v rámci NPZ-PPZ mohou předkládat

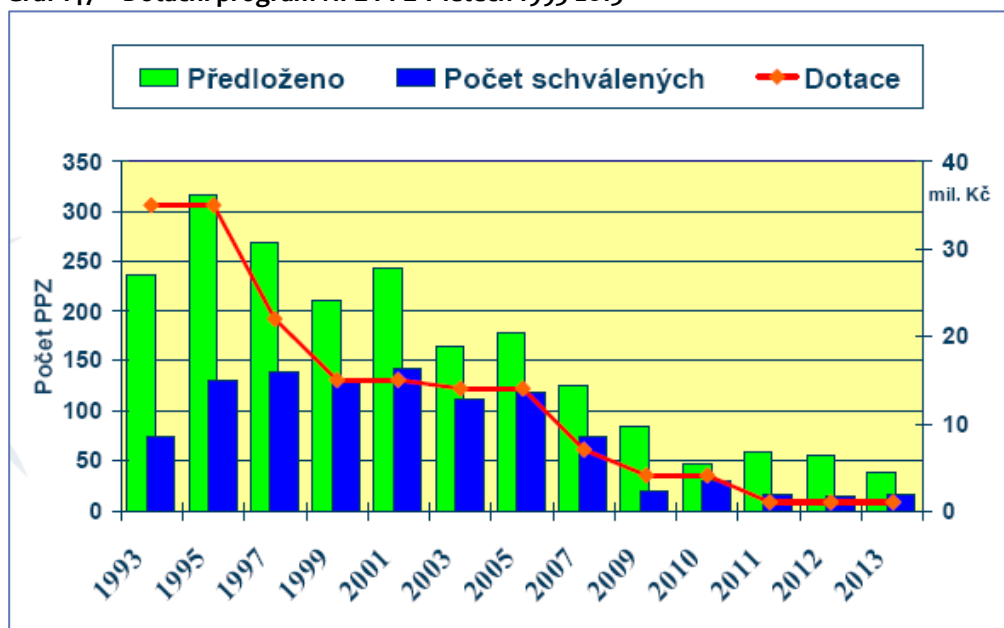
- nestátní neziskové organizace:
 - občanská sdružení
 - obecně prospěšné společnosti
 - účelová zařízení církví
 - nadace a nadační fondy
- příspěvkové organizace v rámci kapitoly zdravotnictví
- orgány samosprávy s výjimkou KÚ (tj. města a obce) a organizace v působnosti územních orgánů (organizace v působnosti krajských, městských a obecních úřadů)
- ostatní nestátní organizace,
- organizace v působnosti jiných resortů než MZ (např. veřejné vysoké školy).
- subjekty transformované dle zákona č. 89/2012 Sb. (občanský zákoník) účinného od 1.1.2014 - spolky, ústavy.

Pro rok 2014 jsou v rámci NPZ-PPZ podporovány tyto tematické okruhy:

- **ozdravění výživy a optimalizace pohybové aktivity – prevence nadváhy a obezity**
(zaměření na dosažení příznivé změny stravovacích návyků u dospělých i dětí, dosažení změn ve výživové spotřebě a výživovém stavu, dosažení pozitivní změny ve společném stravování)
- **prevence užívání tabáku a nadměrné spotřeby alkoholu**
(zaměření na zvýšení informovanosti veřejnosti o zdravotních rizicích spojených s užíváním tabáku a škodlivou konzumací alkoholických nápojů a na změnu postojů a chování ve prospěch zdravého způsobu života)
- **komplexní projekty**
(projekty využívající komplexní přístup k řešení výskytu rizikových faktorů chronických neinfekčních onemocnění s cílem snížit výskyt různých rizikových faktorů v intervenovaných populačních skupinách ovlivňováním způsobu života cílových skupin populace ve vztahu ke zdraví a zlepšením podmínek prostředí, ve kterém lidé žijí či pracují).

Problémem jsou však trvale klesající finanční zdroje tohoto programu, jak je zřejmé z následujícího grafu:

Graf 147 – Dotační program NPZ PPZ v letech 1993-2013



Zdroj: MZ ČR

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, CENTRUM PODPORY VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ

Státní zdravotní ústav je příspěvkovou organizací ministerstva zdravotnictví. Jeho posláním je přípravě podkladů pro národní zdravotní politiku, pro ochranu a podporu zdraví, k zajištění metodické a referenční činnosti na úseku ochrany veřejného zdraví, k monitorování a výzkumu vztahů životních podmínek a zdraví, k mezinárodní spolupráci, ke kontrole kvality poskytovaných služeb k ochraně veřejného zdraví, k postgraduální výchově v lékařských oborech ochrany a podpory zdraví a pro zdravotní výchovu obyvatelstva.

Součástí SZÚ je Centrum podpory veřejného zdraví (CPVZ), k jehož úkolům patří mimo jiné přímo výkon podpory zdraví v oblasti podpory veřejného zdraví v rozsahu:

- tvorba intervenčních strategií v oblasti podpory zdraví
- organizace a metodická podpora výkonu podpory zdraví v regionech
- mezinárodní spolupráce, realizace mezinárodních projektů, výzkumných projektů a projektů podpory zdraví
- vedení Národního referenčního centra podpory zdraví a prevence nemocí.

V rámci této své činnosti pořádá CPVZ celou řadu aktivit zaměřených do těchto oblastí:

- Podpora zdraví
- Kojení, předškolní věk dětí
- Nadváha a obezita
- Nerovnosti ve zdraví
- Pohybová aktivita
- Prevence HIV-AIDS
- Prevence úrazů, násilí a otrav
- Tabák a alkohol
- Psychosociální determinanty
- Škola a zdraví
- Správná výživa
- Zdravé stárnutí
- Zdraví mladých
- Zdravější životní styl
- Zdraví menšin.

Konkrétní výčet jednotlivých aktivit přesahuje rámec tohoto materiálu a je dostupný na <http://www.szu.cz/centrum-podpory-verejneho-zdravi-1>.

2.1.4.2 Aktivita municipalit

Město Ústí nad Labem

Je od roku 2005 zapojeno do projektu Zdravé město, což je mezinárodní projekt garantovaný Světovou zdravotní organizací (WHO). Vychází ze strategie Světové zdravotní organizace Zdraví 21 a z dokumentu OSN Agenda 21. Cílem Projektu Zdravé město je vytvářet podmínky pro kvalitnější a zdravější život obyvatel měst. Po roce 1989 se myšlenky uvedeného projektu začaly realizovat i v České republice. V roce 1994 vznikla asociace Národní síť Zdravých měst ČR (NSZM ČR). Je jedinou municipální asociací v ČR, která má ve svém statutu systematickou podporu praktické realizace hodnot udržitelného rozvoje, zdraví a kvality života v podmínkách měst, obcí a regionů. Od roku 2005 je Ústí nad Labem členem této asociace.

Pojem Zdravého města charakterizuje prosperita, zdravý životní styl lidí, odpovědnost vůči budoucím generacím a stav životního prostředí – město jako domov. K jeho principům patří:

- Podpora zdraví a kvality života
- Udržitelný rozvoj – místní postup k propojení oblastí : sociální – ekonomické - životní prostředí
- Participace veřejnosti – partnerství v komunitě

Součástí Projektu Zdravé město Ústí nad Labem je také cyklus akcí pro veřejnost, zaměřený na podporu zdraví a propagaci zdravého životního stylu. Největší z nich jsou Týdny pro duševní zdraví, které pro obyvatele města připravuje několik desítek organizátorů. Přehled akcí je k dispozici na stránkách <http://www.usti-nad-labem.cz/cz/zivot-mesta/projekt-zdrave-mesto/>

Město Litoměřice

Je rovněž zapojeno do projektu Zdravé město a to již od roku 2000 je členem asociace Národní síť Zdravých měst ČR. V roce 2013.

Konkrétní aktivity lze najít na <http://zdravemesto.litomerice.cz/>.

Řadu dílčích aktivit zaměřených na podporu veřejného zdraví zejména formou podpory různých volnočasových aktivit (sportovní kluby, neziskové organizace atd.) realizují i další municipality. Konkrétní výčet těchto aktivit však přesahuje rámec tohoto dokumentu.

2.1.4.3 Aktivity neziskového sektoru

Neziskový sektor hraje v této oblasti významnou úlohu. Neziskové organizace pořádají každoročně mnoho aktivit zaměřených na podporu veřejného zdraví. Na podporu těchto aktivit je např. určen již výše zmíněný dotační program Národní program zdraví – projekty podpory zdraví.

Dále jsou uvedeny pouze příklady větších dlouhodobých ucelených projektů.

NÁRODNÍ SÍŤ PODPORY ZDRAVÍ, O.S.

Národní síť podpory zdraví je nezávislá dobrovolná nezisková organizace, která má v současné době působí v 7 krajích ČR včetně Ústeckého kraje.

Jejími členy jsou především kvalifikovaní zdravotničtí pracovníci různých odborností s dlouhodobými zkušenostmi v oblasti podpory zdraví a prevenci nemocí.

Náplní činnosti sdružení je dle stanov:

- působení ve smyslu vládního dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR (program Zdraví 21)
- realizace a podpora projektů, aktivit a kampaní podpory zdraví a prevence nemocí
- zdravotně výchovná, vzdělávací a ediční činnost
- poradenská a konzultační činnost
- činnost při prevenci a řešení zdravotních rizik
- poskytování odborných stanovisek a garance k činnostem a aktivitám v oblasti podpory zdraví, prevence nemocí a životního stylu
- realizace zdravotnických, epidemiologických, sociologických a podobných průzkumů, studií a jejich analýzy, vyhodnocování a interpretace
- organizování a realizace zájmových aktivit a propagace účelného trávení volného času
- realizace aktivit snižujících zdravotní a sociální dopady z důvodu sociálních nerovností, nemocí a nevhodného způsobu života.

Organizace realizuje celou řadu aktivit, jejichž přehled je dostupný na webových stránkách organizace <http://nspz.cz/>.

Za samostatnou zmínku stojí vzdělávací aktivity dostupné široké veřejnosti on-line jako např.:

- **Výukové texty** (dostupné na <http://nspz.cz/index.php?clanek=6>) se zaměřením do oblastí
 - Výživa:
 - Výživa kojenců
 - Pijete vodu z watercooleru?
 - Pitný režim, jak se vyznat v balených vodách
 - Základy životosprávy rozumné ženy
 - Problémy s nadváhou u dětí a dospívajících
 - Pohyb:
 - Cvičení pro děti při vadném držení těla
 - Duševní hygiena:
 - Syndrom vyhoření
 - Deprese
 - Mentální anorexie a bulimie v dětství a adolescenci
 - Jak zvládat stres
 - Prevence nemocí:
 - Co víte o rakovině prsu?
 - Víme si rady s alergií?
 - Režimová a výživová doporučení pro děti se zvýšeným rizikem alergického onemocnění.
 - Žloutenka
 - Preventivní prohlídka u praktického lékaře
 - Rehabilitace po infarktu myokardu
 - Ostatní:
 - Učebnice ochrany zdraví
 - První pomoc umíme dát i my
 - Deset dobrých důvodů proč žít bez drog
 - Desatero zdravého stárnutí
- **E-learningové kurzy** (dostupné na <http://www.gramotnost.cz/e-learning>) se zaměřením na
 - Pohyb v každém věku
 - Vnitřní pohoda
 - Výživa pod kontrolou
 - Životní styl
- **Webináře** (dostupné na <http://www.gramotnost.cz/webinare>) se zaměřením na
 - Co rozhoduje o zdraví
 - Zdravá výživa
 - Zdravý pohyb
 - Zdravé prostředí.

NÁRODNÍ SÍŤ ZDRAVÝCH MĚST ČESKÉ REPUBLIKY (NSZM ČR)

Národní síť Zdravých měst ČR je asociací aktivních místních samospráv, které se programově hlásí k principům udržitelného rozvoje, zapojují veřejnost do rozhodovacích procesů a podporují zdravý životní styl svých obyvatel.

Tato asociace je certifikována ze strany Světové zdravotní organizace (WHO) jako kvalitní realizační platforma Projektu Zdravé město WHO v ČR.

V rámci projektu probíhají např. velké komunitní osvětové akce ve městech, podporované celostátně NSZM ČR, založené na spolupráci jednotlivých Zdravých měst, obcí, regionů s místními partnery (Den Země, Dny zdraví, Den bez tabáku, Evropský týden mobility, Dny bez úrazů aj.)

Členy této asociace z Ústeckého kraje jsou města **Litoměřice a Ústí nad Labem** (viz výše).

2.1.4.4 Aktivita zdravotních pojišťoven

Dále jsou uvedeny aktuální aktivity zaměřené na podporu veřejného zdraví nejvýznamnějších zdravotních pojišťoven (z hlediska podílu na celkovém počtu pojištěnců v Ústeckém kraji).

VZP ČR

VZP v současné době nabízí svým klientům tyto preventivní aktivity podporované finančními příspěvky:

Očkování proti karcinomu děložního hrdla

Dívkám, které se narodily v období od 1. 1. 1997 do 31. 3. 1998, nabízí VZP zvýhodněnou variantu očkování proti karcinomu děložního hrdla. Tato věková skupina je zvolena proto, že spadá do skupiny dívek, které nebyly zachyceny plošným očkováním.

Očkování proti pneumokokům

Od 15. října 2013 nabízí VZP ČR zvýhodněné očkování proti pneumokokovým nákazám pro všechny své pojištěnce bez omezení věku, kteří nemají nárok na bezplatné očkování hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění (nárok na bezplatné očkování mají děti do 7 měsíce a osoby umístěné v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a v domovech pro seniory. (příspěvek max. 700 Kč).

Očkování proti chřipce zdarma

Preventivní program je určený pro pojištěnce VZP ČR bez omezení věku, kteří nemají očkovací látku hrazenou z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Očkování proti žloutence

Zvýhodněné očkování proti hepatitidě A pro pojištěnce ve věku od 2 do 6 let (příspěvek 750 Kč), očkování proti hepatitidě A a B pro pojištěnce od 24 let (příspěvek 1300 Kč).

Zdravý život

Cílem kreditního programu Zdravý život je motivace k aktivnímu přístupu ke zdravému způsobu života. Do programu se mohou zapojit všichni pojištěnci VZP, kteří jsou členy Klubu pevného zdraví. Za absolvování vyjmenovaných preventivních prohlídek získává klient body, které může následně čerpat

- na pravidelné pohybové nebo rehabilitační aktivity (nehrazené z veřejného zdravotního pojištění)
- na jakékoli očkování nehrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Maximální výše příspěvku činí 1 500 Kč.

Zdravá rodina

V rámci tohoto programu lze získat pro dítě do 14 let včetně příspěvek na očkování nehrazené z veřejného zdravotního pojištění, příspěvek na rovnátka (fixní ortodontické aparátky, tzv. FOA), nebo kurz plavání. Maximální výše příspěvku činí 500 Kč / rok.

Mořský koník

Léčebně-ozdravné pobyty, které již tradičně pořádá VZP pro své dětské klienty ve věku 6-17 let trpící některými chronickými onemocněními. Třítýdenní pobyt u moře pomáhá dětem především posilovat imunitu a snižuje krátkodobou absenci ve škole. V roce 2013 se uskutečnilo celkem 10 třítýdenních turnusů ve dvou přímořských lokalitách v Chorvatsku a Řecku.

Klíšťová encefalitida – 1 dávka zdarma

Projekt zvýhodněného očkování proti klíšťové encefalitidě v rámci základního očkovacího schématu je určen klientům VZP ve věku od 16 let. K výplatě příspěvku (max. 750 Kč) dojde po aplikaci prvních dvou dávek základního nebo základního zkráceného očkovacího schématu.

Chraňte své dítě, my vás podpoříme

Preventivní program určený kojencům od 6. do 24. týdne věku, pojištěným u VZP ČR, v rámci kterého mohou rodiče koupit vakcínu proti rotavirům za zvýhodněnou cenu a k tomu dostanou navíc od Všeobecné zdravotní pojišťovny příspěvek 500 Kč při nákupu obou dávek očkovací látky.

Klub Žij zdravě

Program na podporu boje proti obezitě, a to prostřednictvím komplexního edukačního programu (viz. portál <http://www.zijzdrave.cz/>). Cíle projektu:

- zvýšit povědomí široké veřejnosti ve všech regionech České republiky o obezitě jako celonárodním problému.
- přispět ke snížení počtu lidí trpících nadváhou a obezitou. Tím napomoci ke snižování výdajů na jejich léčbu a na léčbu nemocí s nimi spojených prostřednictvím cílené prevence.

Edukační webové stránky o zdravém životním stylu jsou určeny dospělé populaci. Pravidelně aktualizovaný server nabízí velké množství novinek z oblasti pohybu, zdravého stravování a hubnutí. Stránky jsou vytvářeny pod záštitou odborného dohledu lékařů, rekondičních instruktorů a výživových poradců. Každý návštěvník internetového portálu ZijZdrave.cz si může díky aplikaci Můj deníček

zaznamenávat svůj energetický příjem a výdej. Jednou ze zajímavých aplikací na stránkách je také Fitness DJ – správná hudba pro cvičení v tepové frekvenci, která pomůže efektivně spalovat. Stránky nabízí i kalendář akcí spojených se zdravým životním stylem. Stránky jsou propojeny na Facebook (profil Letos zhubnu).

Baby klub

Baby klub VZP je portál s informacemi týkajícími se péče o zdraví dítěte. Prostřednictvím Baby klubu lze získat informace o výhodách, příspěvcích a slevách, které může využívat pojištěnec VZP a jeho rodina.

ZPMV

Program preventivních onkologických vyšetření

Pojištěnec, který absolvoval preventivní onkologické vyšetření, může čerpat příspěvek až do výše 400,- Kč na jednu z následujících položek:

- prevence karcinomu prsu - 1x za 2 roky pro pojištěnce ve věku od 40 do 45 let na mamografické vyšetření
- prevence karcinomu tlustého střeva - pro pojištěnce ve věku od 40 do 50 let na vyšetření okultního krvácení,
- prevence karcinomu plic,
- prevence kožních nádorů.

Program léčebně ozdravných pobytů pro děti

Léčebně ozdravné pobyty (přímořské a vysokohorské) v roce 2013 jsou určeny pro děti s chronickým onemocněním dýchacích cest, kůže nebo jejich kombinací. Děti jsou vybrány na základě stanovené diagnózy a počtu návštěv u lékaře. Příspěvek 4.500 – 8.000 Kč.

Program - student do 26 let věku

Pojištěnec, který je v období od 1. 1. 2013 do 31. 12. 2013 student od 18 let do 26 let věku, může čerpat příspěvek až do výše 800,- Kč na následující položky:

- lékařská prohlídka studentů před studijní cestou do zahraničí,
- preventivní sportovní prohlídky
- očkování při odjezdu do exotických zemí (proti žluté zimnici, profylaxe proti malárii apod.),
- laserové operace očí – 400,- Kč na jedno oko.

Program očkování proti chřipce

Pojištěnec ve věku do 65 let, který v období od 2. 10. 2013 do 30. 11. 2013 zakoupil a aplikoval očkování proti chřipce, může čerpat příspěvek až do výše 300 Kč.

OZP

STOP rakovině prsu

Program zahrnuje klinické vyšetření, vyšetření ultrazvukem či speciálním rentgenem – mamografií, pro ženy ve věku od 40 let do dne před dovršením 45 let, které neabsolvovaly vyšetření ze zdravotní indikace (ženám nad 45 let je toto vyšetření hrazeno z veřejného zdravotního pojištění).

STOP kouření

Finanční podpora pro klienty, kteří se rozhodli skoncovat se závislostí na tabáku, jsou propláceny náklady na prostředky Nicotin nebo Champix určené k odvykání kouření, a to až do výše 4000 Kč (po předložení potvrzení o léčbě či ukončení léčby závislosti na tabáku ve specializovaných Centrech léčby závislosti na tabáku).

STOP rakovině kůže

Program zahrnuje klinické vyšetření, vyšetření pomocí dermatoskopu a v případě patologického nálezu zajištění následné lékařské péče. Je určen dětem i dospělým bez věkového omezení s doporučením preventivní vyšetření absolvovat jednou za rok, nejdříve však po uplynutí 12 měsíců po provedení předchozí preventivní prohlídky.

STOP rakovině prostaty

Program zahrnuje preventivní vyšetření, které se provádí z malého vzorku krve. Zjišťuje se přítomnost vyšší hladiny krevní bílkoviny PSA (prostatický specifický antigen) v době, kdy nemocný ještě nepocítuje žádné subjektivní obtíže. Vyšetření signalizuje případné změny v prostatě, především u zhoubného bujení. Současně probíhá i klinické vyšetření konečníku. Je určen mužům ve věku od dovršení 40 do dovršení 60 let a doporučujeme absolvovat ho jednou za rok, nejdříve však po uplynutí 12 měsíců po provedení předchozí preventivní prohlídky.

STOP nádorům ledvin a břišních orgánů

Program zahrnuje preventivní ultrazvukové vyšetření horní poloviny břicha, zaměřené na screening těchto nádorů (v České republice není tento screening, hrazený z veřejného zdravotního pojištění).

STOP infarktu

Preventivní program spočívající v komplexním vyšetření lékařem včetně poslechu karotid, laboratorním biochemickým vyšetření a EKG. Cílem programu je předcházet civilizačním onemocněním a snížit riziko onemocnění srdce a cév. Je doporučen pojištěncům OZP ve věku od 30 do 55 let. Preventivní vyšetření se doporučuje absolvovat jedenkrát za rok, nejdříve však po uplynutí 12 měsíců po provedení předchozí preventivní prohlídky.

STOP osteoporóze

Preventivní program spočívající ve vyšetření celotělovým denzitometrem, přístrojem na měření hustoty kosti. Určeno všem pojištěncům OZP ve věku od 50 let a doporučujeme absolvovat ho jednou za dva roky, nejdříve však po uplynutí 24 měsíců po provedení předchozí preventivní prohlídky.

MOJE ŠŤASTNÉ MIMINKO

Programy určené pro maminky, těhotné a novorozence, které lze čerpat do výše 2.000,- Kč:

- Vitaminové a doplňky stravy pro těhotné
- Ultrazvukové vyšetření plodu
- Screening v prvním trimestru těhotenství
- Předporodní kurzy
- Náklady spojené s porodem (náklady na pobyt maminky v nemocnici, přítomnost tatínka u porodu nebo úhradu za nadstandardní pokoj)
- Kurzy plavání a cvičení novorozenců s rodiči
- Digitální chůva nebo monitor dechu
- Očkování novorozenců nehrazená z veřejného zdravotního pojištění (např. očkování proti meningokoku typu A, C, proti rotavirům a další.)

Mimořádné očkování proti sezónní chřipce

OZP proplácí v měsíci říjnu a listopadu očkování proti sezónní chřipce všem klientům ve věku od 3 do 65 let. (refundace do výše 300 Kč).

S dětmi proti obezitě

Cílem programu je zdravý životní styl rodiny. Při vstupu do léčebného programu je umožněno pojištěncům OZP proplatit 500 Kč za vyšetření u dětského lékaře. Celkem OZP přispěje v průběhu celé léčby každé rodině částkou až 3.500 Kč.

VOZP

Příspěvek na očkování

Klíšťová encefalitida – příspěvek lze poskytnout dětem ve věku od 2 do 18 let, u základního očkování lze proplatit 1/3 prokázaných nákladů za očkovací látku (3 dávky očkovací látky), přeočkování lze proplatit za podmínky, že aplikace této dávky bude provedena v období od 3 do 5 let od ukončení základního očkování, tj. od poslední injekce.

Haemophilus influenzae typ B – příspěvek lze poskytnout dětem podle indikace ošetřujícího lékaře do 18 let věku, a to jednorázově do výše 500,- Kč na jednu dávku očkovací látky včetně její aplikace.

Rakovina děložního čípku – pokud očkování není hrazeno ze základního fondu zdravotního pojištění, lze příspěvek poskytnout jednorázově ve výši 2500,- Kč ženám ve věku od 14 do 19 let, které absolvovaly kompletní očkování proti rakovině děložního čípku, tj. tři očkování.

Příspěvek na léčebný tělocvik a tělesnou regeneraci

Pojištěncům lze poskytnout na léčebný tělocvik a tělesnou regeneraci příspěvek do výše 250,- Kč za rok.

Program Zdravá rodina

Je určen rodičům a jejich dětem ve věku od 2 do 18. Dětem lze poskytnout příspěvek na ošetření chrupu fluorizací v hodnotě do 150,- Kč za rok, příspěvek na prevenci úrazovosti při sportu, např. nákup ochranné přilby, sportovních chráničů kolen a holení, jedenkrát za 3 roky do výše 300,- Kč a příspěvek nejvýše 300,- Kč ročně na léčebný tělocvik a tělesnou regeneraci. Rodičům dítěte lze poskytnout příspěvek na léčebný tělocvik a tělesnou regeneraci na základě prokázaných nákladů do výše 300,- Kč za rok.

Program Student

Je určen osobám studujícím na střední škole, SOU, OU a VŠ. Studentovi lze poskytnout příspěvek na očkování proti meningitidě do výše 1000,- Kč za rok. Dále lze poskytnout příspěvek na očkování a přeočkování proti klíšťové encefalitidě. Příspěvek může být poskytován v plné výši prokázaných nákladů na očkovací látku (1, 2 nebo 3 očkovací látky) do výše 700,- Kč za rok. Očkování musí být realizováno do dosažení stanovené horní věkové hranice (26 let). Studentům, kteří cestují do zemí, kde je povinné či doporučené očkování proti žloutence typu A a B, lze poskytnout příspěvek do výše 1000,- Kč za rok. Studentům lze poskytnout i příspěvek na léčebný tělocvik a tělesnou regeneraci podle indikace lékaře na základě prokázaných nákladů do výše 350,- Kč za rok.

Příspěvek na odvykací kúru proti kouření

Lze poskytnout jednorázový příspěvek prokázaných nákladů, maximálně však do výše 1000,- Kč, na medikamentózní přípravky, které slouží k odvykání kouření. Předpokladem je, že přípravky byly indikovány lékařem v protikuřáckém centru.

Další zdravotní programy pro děti

- Příspěvek na preventivní prohlídku dětí – sportovců
- Příspěvek na vitamíny pro děti
- Příspěvek na fixní (nesnímatelná) zubní rovnátka
- Příspěvek na plavání pro kojence a batolata do 3 let
- Příspěvek na cvičení s dětmi do 6 let věku
- Příspěvek na ozdravné a preventivní pobyty v prostorách se solnými inhaláty

Další zdravotní programy pro dospělé

- Příspěvek na vyšetření okultního krvácení ve stolici
- Příspěvek na vitamíny těhotným ženám
- Příspěvek na mamografické vyšetření
- Příspěvek na kondiční tělocvik nebo jiné pohybové aktivity pro těhotné ženy
- Příspěvky pro dárce krve, krevní plazmy a krevních derivátů
- Program péče o pojištěnce pracující v riziku a jiné specifické skupiny pojištěnců
- Program pro profesionální řidiče.

2.1.4.5 Návrh aktivit ve vztahu k prioritám zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva.

Aktivity zaměřené do oblasti podpory zdraví by měly respektovat současné celospolečenské priority prevence, podpory a ochrany zdraví a současně napomoci ke zlepšení nejzávažnějších identifikovaných problémů zdravotního stavu Ústeckého kraje, tj. zejména:

- nadprůměrná úmrtnost,
- nejnižší střední délka života,
- nadprůměrná nemocnost (resp. i úmrtnost) zejména u těchto skupin nemocí
 - zhoubné novotvary,
 - nemoci oběhové soustavy,
 - metabolická onemocnění – diabetes mellitus, obezita
 - onemocnění pohybového aparátu.

Ke společným rizikovým faktorům těchto nemocí patří nevhodný životní styl a návyky, přičemž jejichž změna patří k základním opatřením při jejich prevenci. Tímto směrem by proto měly být zaměřeny i konkrétní aktivity na podporu veřejného zdraví v Ústeckém kraji.

K prioritám podpory veřejného zdraví v Ústeckém kraji by tak mělo patřit:

- 1. Správná výživa a stravovací návyky populace**
- 2. Dostatečná pohybová aktivita populace**
- 3. Zvládání stresu a duševní zdraví.**
- 4. Zdravotně rizikové chování** (konzumace tabáku, nadměrná spotřeba alkoholu, užívání drog, chování vedoucí k úrazům, rizikové sexuální chování a z toho plynoucí výskyt infekčních onemocnění - zvláště HIV/AIDS, virových hepatitid a sexuálně přenosných nemocí).
- 5. Vzdělávání a programy podpory zdraví zaměřené na determinanty a rizikové faktory zdraví, a také na podporu screeningových programů**
- 6. Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí.**
- 7. Snižování nerovností ve zdraví**

Návrh aktivit k jednotlivým uvedeným prioritám podpory veřejného zdraví je uveden v části 2.3.

2.1.5 Zdravotní služby zajišťované krajem

V rámci výkonu samosprávy a státní správy Ústecký kraj přímo odpovídá za tyto zdravotní služby:

- zajištění dostupnosti zdravotnické záchranné služby
- zajištění protialkoholní a protitoxikomanické záchranné stanice
- organizace a zajištění lékařské pohotovostní služby, lékárenské pohotovostní služby a pohotovostní služby v oboru zubní lékařství
- organizace a zajištění prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení.

2.1.5.1 Zdravotnická záchranná služba

Dle zákona číslo 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě (dále jen „Zákon“), „je zdravotnická záchranná služba zdravotní službou, v jejímž rámci je na základě tísňové výzvy, poskytována zejména přednemocniční neodkladná péče osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života“.

Zdravotnická záchranná služba Ústeckého kraje je zřízena Ústeckým krajem jako samostatná příspěvková organizace. Jejím úkolem je především poskytovat dostupnou a kvalitní zdravotní péči srovnatelnou pro všechny obyvatele Ústeckého kraje.

Podmínky k zabezpečení dostupnosti ZZS jsou stanoveny „**Plánem pokrytí území Ústeckého kraje výjezdovými základnami zdravotnické záchranné služby**“ (dále jen „Plán pokrytí“) schváleným Radou Ústeckého kraje dne 13. 3. 2013 usnesením č. 14/10R/2013. Podstata tohoto dokumentu je shrnuta dále.

Plán pokrytí území kraje výjezdovými základnami stanoví počet a rozmístění výjezdových základen v závislosti na demografických, topografických a rizikových parametrech území jednotlivých obcí tak, aby místo události na území jednotlivých obcí bylo dosažitelné z nejbližší výjezdové základny v dojezdové době do 20 minut. Dojezdová doba se počítá od okamžiku převzetí pokynu k výjezdu výjezdovou skupinou od operátora zdravotnického operačního střediska nebo pomocného operačního střediska. Dojezdová doba musí být dodržena s výjimkou případů nenadálých nepříznivých dopravních nebo povětrnostních podmínek nebo jiných případů hodných zvláštního zřetele.

Účelem vydání Plánu pokrytí je **stanovení podmínek k zabezpečení pokrytí území Ústeckého kraje prostředky ZZS ÚK při optimálním rozmístění výjezdových základen**. Rozmístění výjezdových základen je stanoveno při zohlednění:

- rizikových parametrů území jednotlivých obcí Ústeckého kraje (parametr hustoty obydlenosti území obce vyjádřený počtem obyvatel obce, parametr určující rizika koncentrace obyvatel na malém území v rámci obce, parametr zohledňující zdravotní rizika - na základě vyhodnocení počtu zásahů ZZS ÚK na území jednotlivé obce)
- dostupnosti místa poskytnutí přednemocniční neodkladné péče dle výpočtů na základě modelu průjezdnosti stávající sítě pozemních komunikací se zohledněním topologických parametrů jednotlivých katastrálních území obcí,

Každé 2 roky probíhá přehodnocení Plánu pokrytí, kdy jsou opakovaně vyhodnocovány rizikové faktory a přijímána případná opatření k zajištění dostupnosti ZZS (změny rozmístění základen, změny počtu výjezdových skupin, atd.).

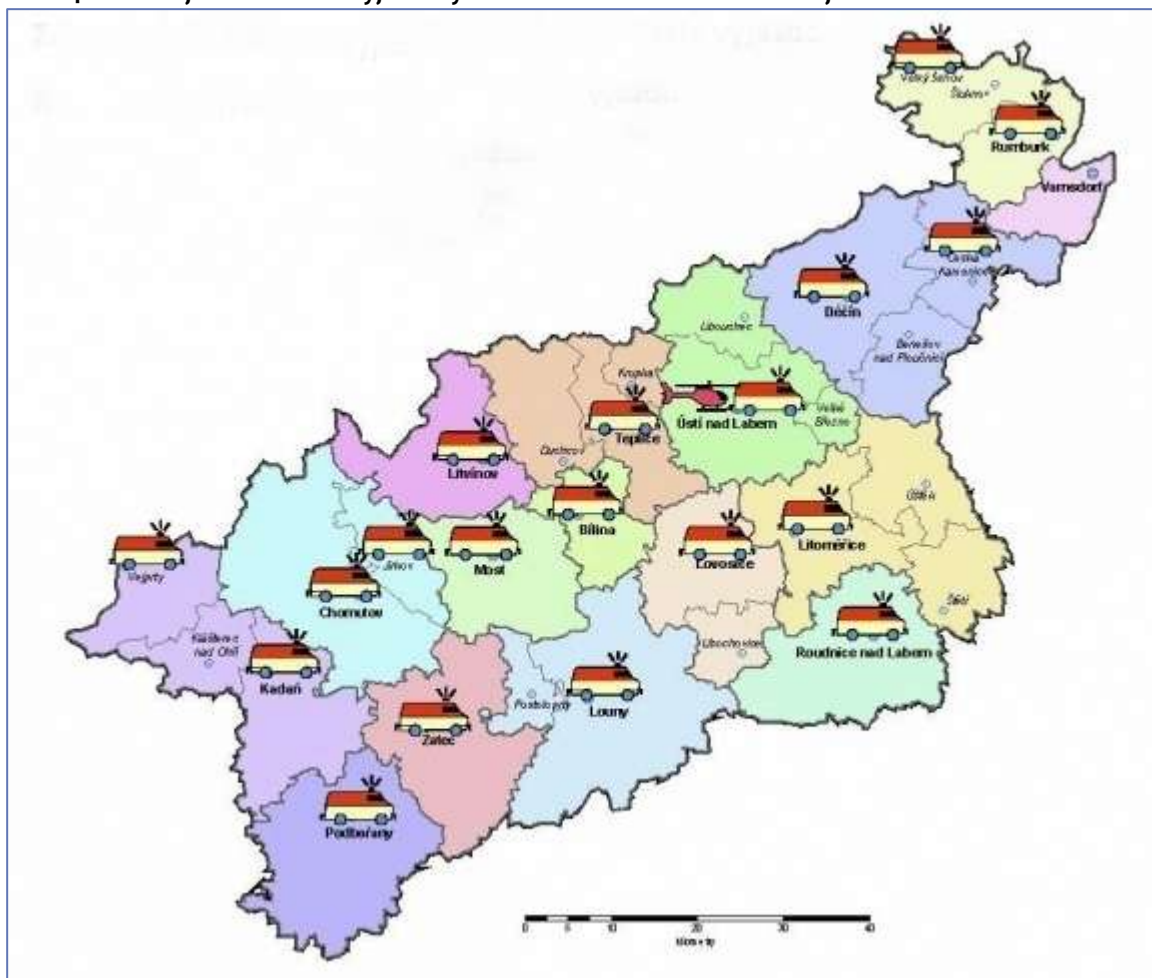
Pokrytím území Ústeckého kraje výjezdovými základnami se rozumí rozmístění výjezdových základen na území kraje tak, aby byla zajištěna dostupnost zdravotnické záchranné služby na území Ústeckého kraje.

Výjezdem se rozumí nasazení sil a prostředků zdravotnické záchranné služby k provedení účinného zásahu.

Výjezdovou základnou je pracoviště, odkud je na pokyn operátora zdravotnického operačního střediska nebo pomocného operačního střediska zpravidla vysílána výjezdová skupina.

ZZS ÚK aktuálně disponuje 19 výjezdovými základnami, kde jsou k dispozici pozemní výjezdové skupiny RLP či RZP, a 1 výjezdovou základnou, kde je k dispozici letecká výjezdová skupina RLP. Odtud jsou realizovány primární a sekundární výjezdy nebo vzlety ZS.

Graf 148 – Stávající rozmístění výjezdových základen ZZS v Ústeckém kraji



Zdroj: ZZS ÚK

Na základě přehodnocení současné situace byly nově definovány lokality, ve kterých může být překročen limit dosažitelnosti z nejbližší výjezdové základny stanovený dojezdovou dobou do 20 minut. Na základě toho byla přijata tato opatření k zajištění dostupnosti:

- zřízení **výjezdové základny ZZS ÚK „Úštěk“** – lokalita v okrese Litoměřice. Z výpočtů dostupnosti místa poskytnutí přednemocniční neodkladné péče prostředky zdravotnické záchranné služby vyplývá, že zřízení této výjezdové základny řeší limit dosažitelnosti stanovený dojezdovou dobou do 20 minut v oblastech okresů Děčín, Litoměřice (u hranic s Libereckým krajem) a Ústí nad Labem
- zřízení **výjezdové základny ZZS ÚK „Klíný“** – lokalita okresu Most. Opatření vyplývá z výpočtů dostupnosti místa poskytnutí přednemocniční neodkladné péče prostředky zdravotnické

záchranné služby s tím, že zřízení této výjezdové základny řeší limit dosažitelnosti stanovený dojezdovou dobou do 20 minut v dané lokalitě.

- s ohledem na skutečnost, že na poskytování zdravotnické záchranné služby na území kraje se může podílet také poskytovatel zdravotnické záchranné služby zřízený jiným krajem, a to na základě písemné smlouvy uzavřené krajem, je navrženo **uzavření smlouvy se Středočeským krajem**. Uzavřená smlouva bude řešit limit dosažitelnosti stanovený dojezdovou dobou do 20 minut v oblastech okresů Litoměřice (u hranic se Středočeským krajem) a Louny.
- **Uzavření smlouvy o příhraniční spolupráci**, pakliže to umožní připravovaná dohoda ČR se SRN o příhraniční spolupráci.

Přednemocniční neodkladnou péči poskytují výjezdové skupiny, které mají povahu:

- a) skupiny **rychlé zdravotnické pomoci (RZP)**, v níž je nejméně dvoučlenná posádka složená z řidičů-záchranářů ZZS nebo středních zdravotnických pracovníků-záchranářů, z nichž jeden je vedoucím skupiny. V r. 2012 bylo v Ústeckém kraji **21 posádek RZP**,
- b) skupiny **rychlé lékařské pomoci (RLP)** s nejméně tříčlennou posádkou, jejímiž členy jsou pracovníci uvedení pod písmenem a) a dále lékař, který je současně vedoucím skupiny. V r. 2012 bylo v Ústeckém kraji **16 posádek RLP**,
- c) skupiny **letecké záchranné služby (LZS)**, v níž zdravotnická část posádky je nejméně dvoučlenná ve složení lékař a záchranář. V r. 2012 byla v Ústeckém kraji **1 posádka LZS**.

Výjezdové skupiny zabezpečují:

- primární výkony, jimiž se rozumí realizace požadavků zdravotnického operačního střediska k poskytování PNP včetně jízdy, popřípadě letu k postiženému, jeho vyšetření a ošetření, doprava do nejbližšího vhodného nebo smluvně zajištěného zdravotnického zařízení podle stupně postižení zdravotního stavu a spolupráce při akutním příjmu postiženého,
- sekundární výkony, jimiž se rozumí doprava raněných, nemocných a rodiček v podmínkách přednemocniční neodkladné péče mezi zdravotnickými zařízeními po předchozí dohodě příslušných zařízení,
- likvidaci zdravotních následků hromadných neštěstí, katastrof nebo jiných mimořádných situací v přednemocniční fázi,
- při souběhu požadavků a omezeném počtu sil a prostředků má zabezpečení primárních výkonů přednost před zabezpečením výkonů sekundárních,
- vyšetření a ošetření výjezdová skupina neposkytne v těch případech, kdy by jejich provedení vážně ohrozilo zdraví nebo život členů skupiny,
- své činnosti vede výjezdová skupina zvláštní dokumentaci,
- v rámci neodkladné péče (NP) při ohrožení života dopravu lékaře ke specializovanému a nezbytnému výkonu, event. i dopravu krve a jejích derivátů, léčiv,
- dopravu tkání a orgánů k transplantaci.

Po realizaci výše uvedených opatření bude rozmístění výjezdových základen a struktura výjezdových skupin následující:

Tabulka 102 – Rozmístění výjezd.zákl. a struktura výjezd.skup. po opatření dle Plánu pokrytí

Okres	Výjezdové základny	Výj.sk. Letecké ZZS		Rychlé lékařské pomoci		Rychlé zdravotnické pomoci	
		DEN	NOC	DEN	NOC	DEN	NOC
Ústí n.L.							
	Ústí n.L.	1	0	1	1	3*	2
Litoměřice							
	Litoměřice			1	1	1	1
	Roudnice			1	1	1	1
	Lovosice			1	1	1*	
	(Úštěk)					1	1
Děčín							
	Děčín			1	1	2	2
	Česká Kamenice			1	1	1*	
	Rumburk			1	1	1	1
	Velký Šenov					1	1
Teplice							
	Teplice			1	1	3	2
	Bílina					1	1
Louny							
	Žatec			1	1	1	1
	Louny			1	1	2	1
	Podbořany			1	1	1	
Chomutov							
	Chomutov			1	1	2	1
	Jirkov					1	1
	Kadaň			1	1	1	1
	Vejprty					1	1
Most							
	Most			1	1	1	1
	Litvínov			1	1	1	1
	(Klíný)					1	
Celkem		1	0	15	15	28	20

Zdroj: Plán pokrytí území Ústeckého kraje výjezdovými základnami zdravotnické záchranné služby

Činnost výjezdových skupin řídí **zdravotnická operační střediska** (Ústí nad Labem, Most), která současně integrují činnost všech článků přednemocniční neodkladné péče ve spádové oblasti Ústeckého kraje v nepřetržitém provozu. Činnost zdravotnického operačního střediska zajišťují zdravotničtí pracovníci.

Zdravotnické operační středisko:

- přijímá nepřetržitě tísňové výzvy k poskytnutí PNP, které vyhodnocuje a podle stupně naléhavosti a závažnosti stavu rozhoduje o nejvhodnějším způsobu poskytnutí PNP,
- ukládá po vyhodnocení tísňové výzvy podle stupně naléhavosti a konkrétní provozní situace úkoly jednotlivým výjezdovým skupinám zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS),

popřípadě praktickým lékařům, lékařské službě první pomoci nebo dopravní zdravotnické službě, které jsou trvale zálohou ZZS,

- soustřeďuje informace o volných lůžkách na odděleních neodkladné péče, která podle potřeby vyzývá k přijetí postiženého,
- shromažďuje a vyhodnocuje údaje o výkonu PNP ve spádové oblasti a vede o své činnosti předepsanou dokumentaci,
- organizuje, řídí a zajišťuje ve své spádové oblasti dopravu raněných, nemocných a rodiček,
- koordinuje a zabezpečuje realizaci přepravních činností v rámci transplantačního programu, přepravu léků, krve a jejích derivátů nebo odborníků potřebných k poskytování neodkladné péče,
- zabezpečuje při likvidaci zdravotních následků hromadného neštěstí nebo katastrofy svolání určených pracovníků, udržuje spojení se všemi zúčastněnými, organizuje rychlý výjezd potřebných sil a prostředků, vyzývá oddělení nemocnic k připravenosti na příjem většího počtu postižených, aktivuje v případě potřeby havarijní plán příslušného území, vyžaduje součinnost zdravotnických zařízení, zdravotnické služby civilní obrany, policie a hasičských sborů, vyhodnocuje všechny související informace, zabezpečuje jejich předání a realizaci potřebných opatření,
- řídí v součinnosti se zdravotnickými operačními středisky určeného území nasazení letecké záchranné služby,
- organizuje v určeném vyšším územním celku některé specializované činnosti, zejména sekundární výkony, dopravu nemocných a raněných v podmínkách PNP ze zahraničí do České republiky a vyžaduje součinnost při hromadných neštěstích a katastrofách.

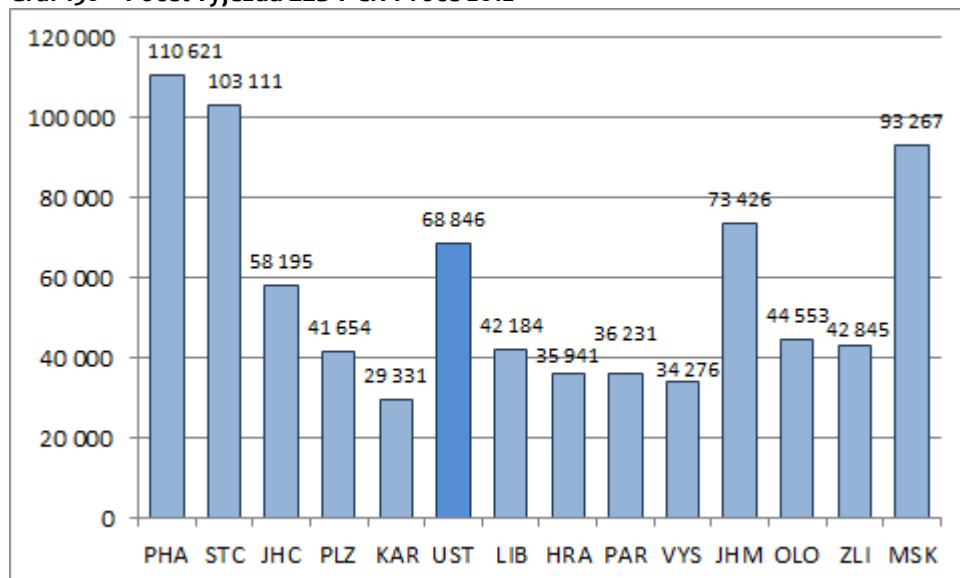
Aktuální rozsah činnosti ZZS ÚK je znázorněn v následujících grafech.

Graf 149 – Tísňová volání na zdravotní operační střediska ZZS v Ústeckém kraji

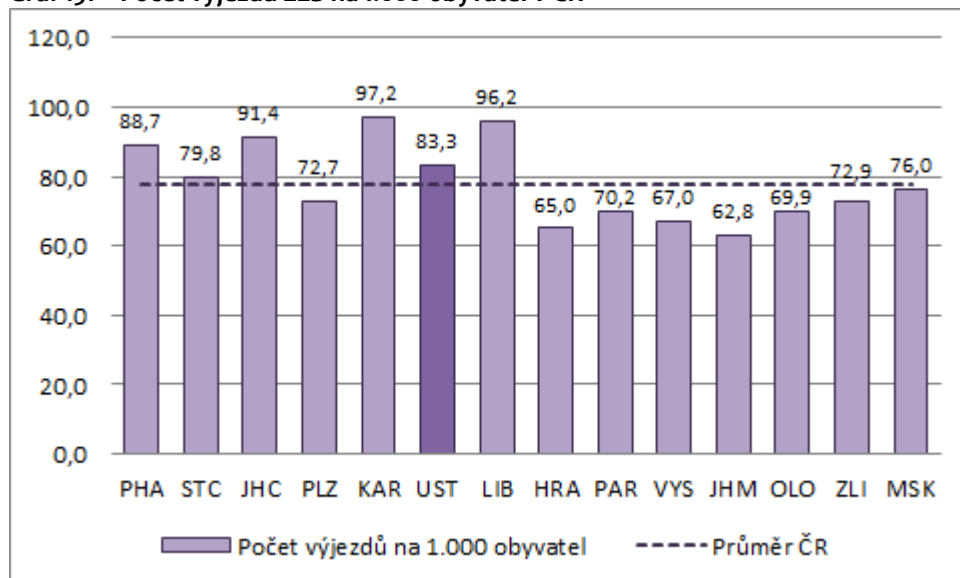


Zdroj: ZZS ÚK – Zpráva o činnosti ZZS ÚK p.o. za r. 2012

V roce 2012 přijala operační střediska ZZS v Ústeckém kraji celkem **136.887 tísňových volání**, tj. v průměru cca **375 denně**.

Graf 150 – Počet výjezdů ZZS v ČR v roce 2012

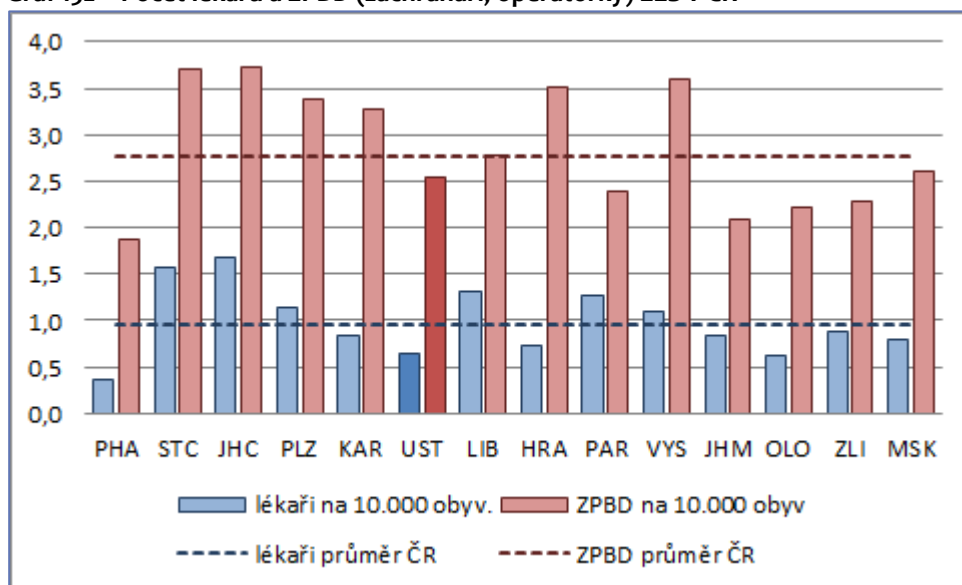
Zdroj: ÚZIS – Činnost zdravotnických zařízení 2012

Graf 151 – Počet výjezdů ZZS na 1.000 obyvatel v ČR

Zdroj: ÚZIS – Činnost zdravotnických zařízení 2012

V roce 2012 uskutečnila ZZS Ústeckého kraje celkem 68.846 výjezdů. Tato hodnota představuje v průměru **83,3 výjezdu na 1.000 obyvatel** (o 7,5% více než činí průměr za celou ČR).

Graf 152 – Počet lékařů a ZPBD (záchranáři, operátorky) ZZS v ČR



Zdroj: ÚZIS – Činnost zdravotnických zařízení 2012

Počet lékařů ZZS na 10.000 obyvatel je **o 32% pod průměrem ČR** a z pohledu tohoto ukazatele zaujímá Ústecký kraj **2. nejhorší místo v rámci krajů** (hl.m. Praha je z důvodu rozlohy a počtu nemocnic v tomto ohledu s ostatními kraji nesrovnatelná). U kategorie ZPBD (záchranáři, operátorky) je situace o něco příznivější, přesto i zde počet ZPBD na 10.000 obyvatel je o 8% pod průměrem ČR.

Závěr:

ZZS je zajišťována podle Plánu pokrytí, který je pravidelně (každé 2 roky) přehodnocován tak, aby byla zajištěna dostupnost dané služby do 20 minut kdekoli v Ústeckém kraji. Ve srovnání s ostatními kraji vykazuje ZZS **nadprůměrnou výkonnost** (počet zásahů v roce 2012 o 7,5% převýšil průměr ČR) při **podprůměrných personálních zdrojích** (počet lékařů ZZS na 10.000 obyvatel je o 32% pod průměrem ČR).

2.1.5.2 Pohotovostní služba

Podle § 110 zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011 Sb. kraj odpovídá za organizaci a zajištění

- lékařské pohotovostní služby,
- lékárenské pohotovostní služby
- pohotovostní služby v oboru zubní lékařství.

Lékařskou pohotovostní službou (dále jen „LPS“) se přitom rozumí **ambulantní péče poskytovaná pacientům v případech náhlé změny zdravotního stavu nebo zhoršení průběhu onemocnění**. O pohotovostní služby nejde v případě poskytnutí ambulantní péče v rámci pravidelné ordinace doby poskytovatele. To platí i v případě poskytování pohotovostní služby v oboru zubní lékařství a lékárenské pohotovostní služby.

Současně podle § 45 odst. 2) zákona č. 372/2011 Sb. je poskytovatel zdravotních služeb povinen se podílet na žádost kraje, jehož krajský úřad mu udělil oprávnění, na zajištění lékařské pohotovostní služby, lékárenské pohotovostní služby a pohotovostní služby zubních lékařů.

LÉKAŘSKÁ POHOTOVOSTNÍ SLUŽBA

ANALÝZA SOUČASNÉHO STAVU

Při organizaci a zajištění LPS je dále možné vycházet z minimálního standardu poskytování pohotovostní služby, který byl uveřejněn ve Věstníku MZ částka 1/2003. Z tohoto standardu vyplývají následující hlavní zásady a doporučení ve vztahu k zajištění LPS.

Obecné zásady a doporučení:

- LPS není určena pro běžné vyšetřovací nebo léčebné výkony, které lze vyžádat v době běžného denního provozu zdravotnických zařízení;
- LPS se zpravidla vykonává ve zdravotnických zařízeních zřízených pro tento účel, nebo ve zdravotnických zařízeních praktických lékařů nebo praktických lékařů pro děti a dorost podle místních možností;
- o zřízení zdravotnického zařízení LPS, místě výkonu LPS v jednotlivých ordinacích těchto zdravotnických zařízení, ordinčních hodinách a dalších organizačních opatřeních nutných pro provoz LPS, jsou občané informováni zveřejněním těchto informací na úřední desce, každá změna ordinčních hodin nebo změna místa výkonu LPS, je zveřejňována nejméně 30 dnů před jejím uskutečněním;
- o každém provedeném diagnostickém či léčebném výkonu je vedena předepsaná zdravotnická dokumentace. V záznamu se uvádí stručná anamnéza, objektivní nález, diagnóza a terapie, popřípadě doporučení k přijetí do ústavní péče nebo termín kontroly u ošetřujícího lékaře. Tento záznam obdrží i pacient;
- místo výkonu LPS by mělo být zajištěno tak, aby minimálně 60% území spadajícího do spádového území zdravotnického zařízení LPS nebo ordinace takového zařízení, pokud má zařízení více ordinací, bylo běžnými dopravními prostředky dostupné do 60 minut.

Vlastní organizace a zajištění LPS v Ústeckém kraji je od 1.1.2013 provedeno dále uvedeným způsobem.

- Na území Ústeckého kraje jsou určena tato spádová území ordinací lékařské pohotovostní služby:
 - a) **Děčín** (pro spádovou oblast Děčínska; ordinace v oborech: všeobecný praktický lékař a praktický lékař pro děti a dorost),
 - b) **Rumburk** (pro spádovou oblast Rumburska; ordinace v oboru všeobecný praktický lékař se zabezpečením péče pro děti a dorost),
 - c) **Varnsdorf** (pro spádovou oblast Varnsdorfska; ordinace v oboru všeobecný praktický lékař se zabezpečením péče pro děti a dorost),
 - d) **Ústí nad Labem** (pro spádovou oblast Ústecka; ordinace v oborech: všeobecný praktický lékař a praktický lékař pro děti a dorost),
 - e) **Litoměřice** (pro spádovou oblast Litoměřicka a Lovosicka; ordinace v oborech: všeobecný praktický lékař a praktický lékař pro děti a dorost),
 - f) **Roudnice nad Labem** (pro spádovou oblast Roudnicka; ordinace v oboru všeobecný praktický lékař se zabezpečením péče pro děti a dorost),
 - g) **Teplice** (pro spádovou oblast Teplicka; ordinace v oborech: všeobecný praktický lékař a praktický lékař pro děti a dorost),
 - h) **Bílina** (pro spádovou oblast Bílinska; ordinace v oboru všeobecný praktický lékař se zabezpečením péče pro děti a dorost),
 - i) **Most** (pro spádovou oblast Mostecka; ordinace v oborech: všeobecný praktický lékař a praktický lékař pro děti a dorost),
 - j) **Litvínov** (pro spádovou oblast Litvínovska; ordinace v oboru všeobecný praktický lékař se zabezpečením péče pro děti a dorost),
 - k) **Louny** (pro spádovou oblast Lounska; ordinace v oborech: všeobecný praktický lékař a praktický lékař pro děti a dorost);
 - l) **Žatec** (pro spádovou oblast Žatecka a Podbořanska; ordinace v oborech: všeobecný praktický lékař a praktický lékař pro děti a dorost),
 - m) **Chomutov** (pro spádovou oblast Chomutovska; ordinace v oborech: všeobecný praktický lékař a praktický lékař pro děti a dorost),
 - n) **Kadaň** (pro spádovou oblast Kadaňska; ordinace v oboru všeobecný praktický lékař se zabezpečením péče pro děti a dorost).
- Provozování ordinací lékařské pohotovostní služby je zajištěno na základě uzavřeného smluvního vztahu o zajištění poskytování služby obecného hospodářského zájmu mezi krajem-krajským úřadem nebo městem a poskytovatelem zdravotních služeb, pověřeným provozováním ordinace LPS
- Financování provozování ordinace lékařské pohotovostní služby je zajištěno:
 - a) prostřednictvím zdravotního pojištění dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů (veškeré zdravotní výkony provedené v rámci ordinace lékařské pohotovostní služby),
 - b) prostřednictvím dotace Ústeckého kraje městu (obci) na zabezpečení lékařské pohotovostní služby v příslušné spádové oblasti,
 - c) prostřednictvím rozpočtu Ústeckého kraje ve formě úhrady vyrovnávací platby za zajištění závazku veřejné služby,
 - d) prostřednictvím smluvního vztahu uzavřeného mezi obcí a poskytovatelem zdravotních služeb, jehož předmětem bude závazek veřejné služby na zajištění činností spojených

- s organizací a poskytováním zdravotní péče v rámci lékařské pohotovostní služby v příslušné spádové oblasti,
- e) prostřednictvím finančního příspěvku města, tam kde byla mezi krajem a městem uzavřena smlouva o zajištění financování lékařské pohotovostní služby,
 - f) prostřednictvím poskytování peněžních dotací, darů apod. provozovateli ordinace lékařské pohotovostní služby jakýmkoli dalším subjektem.

Přehled ordinací LPS na území Ústeckého kraje, jejich provozovatelů, rozsahu a smluvně zajišťované doby je uveden dále:

- **stanoviště Děčín**
 - provozovatel: Krajská zdravotní, a.s. – Nemocnice Děčín, o.z.,
 - adresa ordinací: U Nemocnice 605/1, 405 99 Děčín II, areál nemocnice
 - ordinace **LPS pro dospělé** (tel. 412 510 666)
 - o Po až Pá od 17:00 do 20:00 hod.
 - o So, Ne, Sv. od 9:00 do 18:00 hod.
 - ordinace **LPS pro děti a dorost** (tel. 412 510 555)
 - o Po až Pá od 17:00 do 20:00 hod.
 - o So, Ne, Sv. od 9:00 do 18:00 hod.
- **stanoviště Rumburk**
 - provozovatel: MUDr. Josef Kořínek,
 - adresa ordinace: Lesní 26, 408 01 Rumburk, areál Lužické nemocnice a polikliniky, a.s.
 - ordinace **LPS pro dospělé se zabezpečením péče pro děti a dorost** (tel. 412 332 535)
 - o Po až Pá od 18:00 do 21:00 hod.
 - o So, Ne, Sv. od 10:00 do 19:00 hod.
- **stanoviště Varnsdorf**
 - provozovatel: Nemocnice Varnsdorf, p.o.
 - adresa ordinace: Karlova 2280, 407 47 Varnsdorf, areál nemocnice
 - ordinace **LPS pro dospělé se zabezpečením péče pro děti a dorost** (tel. 412 372 445)
 - o Po až Pá od 18:00 do 21:00 hod.
 - o So, Ne, Sv. od 10:00 do 19:00 hod.
- **stanoviště Chomutov**
 - provozovatel: Krajská zdravotní, a.s. – Nemocnice Chomutov, o.z.
 - adresa ordinací: Kochova 1185, 430 12 Chomutov, areál nemocnice
 - **ordinace LPS pro dospělé** (tel. 474 447 313)
 - o Po až Pá od 18:00 do 20:00 hod.
 - o So, Ne, Sv. od 10:00 do 19:00 hod.
 - **ordinace LPS pro děti a dorost** (tel. 474 447 267)
 - o Po až Pá od 18:00 do 20:00 hod.
 - o So, Ne, Sv. od 10:00 do 19:00 hod.
- **stanoviště Kadaň**
 - provozovatel: Nemocnice Kadaň, s.r.o.
 - adresa ordinace: Golovinova 1559, 432 01 Kadaň, areál nemocnice
 - **ordinace LPS pro dospělé se zabezpečením péče pro děti a dorost** (tel. 474 944 341, 474 333 900)
 - o Po až Pá od 17:00 do 20:00 hod.
 - o So, Ne, Sv. od 9:00 do 18:00 hod.

▪ **stanoviště Litoměřice**

- provozovatel: Městská nemocnice v Litoměřicích
- adresa ordinací: Žitenická 18, 412 41 Litoměřice, areál nemocnice
- **ordinace LPS pro dospělé** (tel. 416 723 748, 416 723 749)
 - o Po až Pá od 17:00 do 20:00 hod.
 - o So, Ne, Sv. od 10:00 do 19:00 hod.
- **ordinace LPS pro děti a dorost** (tel. 416 723 125)
 - o Po až Pá od 17:00 do 20:00 hod.
 - o So, Ne, Sv. od 10:00 do 19:00 hod.

▪ **stanoviště Roudnice nad Labem**

- provozovatel: Podřipská nemocnice s poliklinikou Roudnice nad Labem, s.r.o.
- adresa ordinace: Alej 17. Listopadu 1101, 413 01 Roudnice nad Labem, areál nemocnice
- **ordinace LPS pro dospělé se zabezpečením péče pro děti a dorost** (tel. 416 858 111-2)
 - o Po až Pá od 18:00 do 21:00 hod.
 - o So, Ne, Sv. od 8:00 do 17:30 hod. (polední přestávka od 12:00 do 12:30 hod.)

▪ **stanoviště Žatec**

- provozovatel: Nemocnice Žatec; o.p.s.
- adresa ordinací: Husova 2796, 438 01 Žatec, areál polikliniky
- **ordinace LPS pro dospělé** (tel. 414 110 164, 414 110 111)
 - o Po až Pá od 17:00 do 20:00 hod.
 - o So, Ne, Sv. od 9:00 do 18:00 hod.
- **ordinace LPS pro děti a dorost** (tel. 414 110 740, 414 110 111)
 - o Po až Pá od 17:00 do 20:00 hod.
 - o So, Ne, Sv. od 9:00 do 18:00 hod.

▪ **stanoviště Louny**

- provozovatel: 1. Lounská Lékařská s.r.o.
- adresa ordinací: Pod Nemocnicí 2503, 440 37 Louny, areál Polikliniky Louny
- **ordinace LPS pro děti a dorost** (tel. 415 620 115),
 - o Po až Pá od 17:00 do 20:00 hod.
 - o So, Ne, Sv. od 9:00 do 18:00 hod.
- **ordinace LPS pro dospělé** (tel. 415 620 215)
 - o Pá od 17:00 do 20:00 hod.
 - o So, Ne, Sv. od 9:00 do 15:00 hod.

▪ **stanoviště Most**

- provozovatelé: MUDr. Jan Rokyta (odbornost všeobecný praktický lékař) a MUDr. Jiří Biolek (odbornost praktický lékař pro děti a dorost)
- adresa ordinací: J. E. Purkyně 270/5, 434 64 Most, areál Nemocnice Most
- **ordinace LPS pro dospělé** (tel. 478 031 111)
 - o Po až Pá od 18:00 do 21:00 hod.
 - o So, Ne, Sv. od 10:00 do 19:00 hod.
- **ordinace LPS pro děti a dorost** (tel. 476 172 537)
 - o Po až Pá od 18:00 do 21:00 hod.
 - o So, Ne, Sv. od 10:00 do 19:00 hod.

▪ **stanoviště Litvínov**

- provozovatel: MUDr. Jan Rokyta
- adresa ordinace: U Bílého sloupu č.p. 2088, 436 01 Litvínov, budova Pensionu - domova pro seniory)
- **ordinace LPS pro dospělé se zabezpečením péče pro děti a dorost** (tel. 476 701 348)
 - o Po až Pá od 18:00 do 21:00 hod.
 - o So, Ne, Sv. od 10:00 do 19:00 hod.

- **stanoviště Teplice**
 - provozovatel MUDr. Hana Pácaltová
 - adresa ordinací: U Nemocnice 3065 (vchod vedle Polikliniky), 415 01 Teplice
 - ordinace **LPS pro dospělé** (tel. 417 519 721)
 - Po až Pá od 18:00 do 21:00 hod.
 - So, Ne, Sv. od 10:00 do 19:00 hod.
 - ordinace **LPS pro děti a dorost** (tel. 417 519 722)
 - Po až Pá od 18:00 do 21:00 hod.
 - So, Ne, Sv. od 10:00 do 19:00 hod.
- **stanoviště Bílina**
 - provozovatel: Hornická nemocnice s poliklinikou, spol. s r.o.
 - adresa ordinace: Pražská 206/95, 418 01 Bílina, areál nemocnice
 - ordinace **LPS pro dospělé se zabezpečením péče pro děti a dorost** (tel. 417 823 745, 417 777 121)
 - Po až Pá od 17:00 do 20:00 hod.
 - So, Ne, Sv. od 10:00 do 19:00 hod.
- **stanoviště Ústí nad Labem**
 - provozovatel: Krajská zdravotní, a.s. – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.
 - adresa ordinací: ul. Sociální péče 12a, 401 13 Ústí nad Labem, areál nemocnice
 - ordinace **LPS pro dospělé** (budova A – oddělení EMERGENCY, tel. 475 210 333)
 - Po až Pá od 18:00 do 21:00 hod.
 - So, Ne, Sv. od 9:00 do 18:00 hod.
 - ordinace **APP pro děti a dorost** (budova Dětské kliniky, tel. 472 778 335)
 - Po až Pá od 18:00 do 21:00 hod.
 - So, Ne, Sv. od 9:00 do 18:00 hod.

Tabulka 103 – Rozmístění ordinací LPS pro dospělé a LPS pro děti a dorost

Okres	Stanoviště	Ordinace		
		LPS dospělí	LPS děti	LPS spol.
DC	Děčín	1	1	
	Rumburk			1
	Varnsdorf			1
CV	Chomutov	1	1	
	Kadaň			1
LT	Litoměřice	1	1	
	Roudnice			1
LN	Žatec	1	1	
	Louny	1	1	
MO	Most	1	1	
	Litvínov			1
TP	Teplice	1	1	
	Bílina			1
UL	Ústí n.L.	1	1	
CELKEM		8	8	6

Zdroj: Ústecký kraj

Z předchozího přehledu je zřejmé, že služba LPS pro dospělé i LPS pro děti a dorost je dostupná s výjimkou okresu Ústí n.L. vždy nejméně na dvou stanovištích (městech) každého okresu a pro každou skupinu vždy celkem ve 14 ordinacích. Celkový počet ordinací zajišťujících LPS je tak 22. Rovněž pokrytí celého kraje je rovnoměrné a splňuje doporučení vyplývající ze standardu MZ na dostupnost běžnými dopravními prostředky do 60 minut.

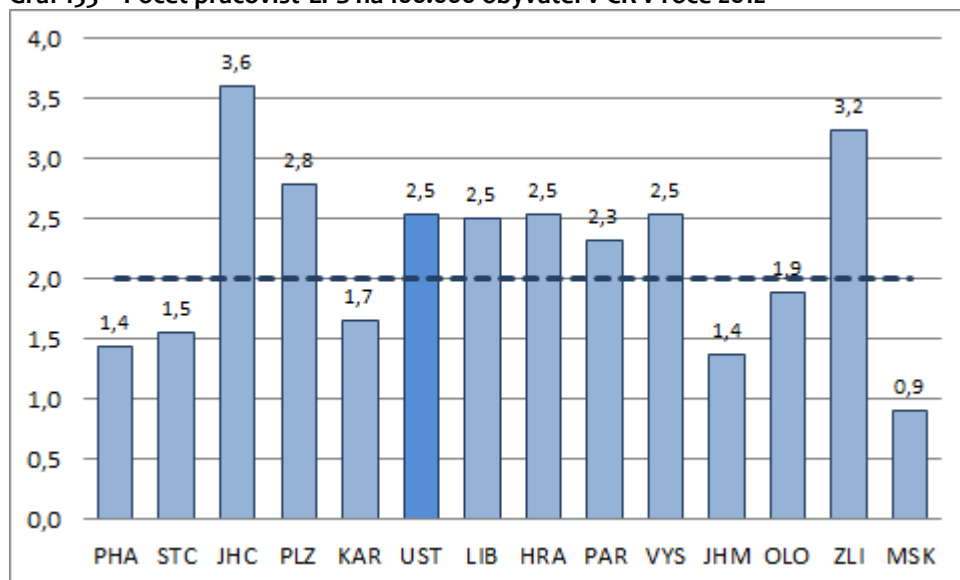
Porovnání s ostatními kraji je provedeno v následující tabulce a grafu.

Tabulka 104 – Síť ZZ v oblasti LPS k 31.12.2012

Kraj	Počet subjektů (IČ)			Počet ZZ (IČZ)			Počet pracovišť (IČP)		
	Celkem	AZZ	LZZ	Celkem	AZZ	LZZ	Celkem	AZZ	LZZ
Hlavní město Praha	12	11	1	12	11	1	18	17	1
Středočeský kraj	9	3	6	9	3	6	20	8	12
Jihočeský kraj	16	9	7	16	9	7	23	11	12
Plzeňský kraj	6	3	3	6	3	3	16	13	3
Karlovarský kraj	3	0	3	3	0	3	5	0	5
Ústecký kraj	14	9	5	15	9	6	21	12	9
Liberecký kraj	8	1	7	8	1	7	11	2	9
Královéhradecký kraj	8	2	6	10	2	8	14	2	12
Pardubický kraj	7	3	4	7	3	4	12	5	7
Kraj Vysočina	9	3	6	9	3	6	13	3	10
Jihomoravský kraj	12	0	12	12	0	12	16	0	16
Olomoucký kraj	3	1	2	3	1	2	12	4	8
Moravskoslezský kraj	10	2	8	10	2	8	19	2	17
Zlínský kraj	6	2	4	6	2	4	11	6	5
Celkem	122	48	74	126	49	77	211	85	126

Zdroj: VZP

Graf 153 – Počet pracovišť LPS na 100.000 obyvatel v ČR v roce 2012



Zdroj: VZP

Z grafu je zřejmé, že Ústecký kraj dosahuje nadprůměrných hodnot ve vybavenosti pracovišti LPS na 100.000 obyvatel.

NÁVRH ŘEŠENÍ

Služba LPS pro dospělé i LPS pro děti a dorost je v současné době poskytována v obou segmentech ve 14 ordinacích. V každém okrese jsou umístěny vždy minimálně 2 ordinace LPS pro dospělé i LPS pro děti a dorost. Výjimku tvoří okres Ústí nad Labem s pouze 1 pracovištěm pro každou skupinu. S ohledem na rozlohu tohoto okresu a koncentraci většiny obyvatel ve městě Ústí n.L. je však toto řešení dostačující.

Celkově je tak možné říci (a vyplývá to i ze srovnání s ostatními kraji), že pokrytí Ústeckého kraje službami LPS pro dospělé a LPS pro děti a dorost je rovnoměrné s dostupností této služby běžnými dopravními prostředky (osobním automobilem) do cca 30 minut pro všechny obyvatele Ústeckého kraje. Tato dostupnost je tak výrazně pod doporučenou maximální hodnotou MZ v rámci standardu pro poskytování LPS (doporučená dostupnost 60 min.).

Z uvedeného vyplývá, že tyto zdravotní služby **není nutné dále rozšiřovat, ale spíše naopak zvážit možnost koncentrace** v některých oblastech tak, aby služby byly dostupné pouze na 1 stanovišti v okrese (s výjimkou hůře dostupných částí některých okresů – např. Šluknovský výběžek). Takové řešení by umožnilo efektivnější využití finančních prostředků vynakládaných na zajištění těchto služeb včetně investice uspořených prostředků do jejich infrastruktury (vybavenosti).

LÉKÁRENSKÁ POHOTOVOSTNÍ SLUŽBA

ANALÝZA SOUČASNÉHO STAVU

Ústecký kraj v současné době lékárenskou pohotovostní službu nezajišťuje. Vzhledem k tomu, že ordinační doba ordinací LPS končí mezi 20.00 - 21.00 hodinou, kdy obdobnou provozní dobu mají také lékárny umístěné v nákupních centrech minimálně ve všech okresních městech, je tento způsob zajištění dostatečný.

Za předpokladu, že zdravotní stav pacienta nezbytně vyžaduje bezodkladné užívání léčivého přípravku a vzhledem k místní nebo časové nedostupnosti lékárenské péče není možný včasný výdej léčivého přípravku na lékařský předpis, umožňuje zákon č. 378/2007 Sb. výdej léků ošetřenému pacientovi lékařem.

NÁVRH ŘEŠENÍ

Vzhledem k tomu, že dostupnost lékárenských služeb v běžné síti lékáren je denně do 20.00 hodin minimálně ve všech okresních městech, **není nutné lékárenskou pohotovostní službu zajišťovat.**

POHOTOVOSTNÍ SLUŽBY V OBORU ZUBNÍ LÉKAŘSTVÍ

ANALÝZA SOUČASNÉHO STAVU

V současné době jsou pohotovostní služby v oboru zubní lékařství v Ústeckém kraji poskytovány na 4 stanovištích:

ÚSTÍ NAD LABEM

zubní pohotovost	centrální
adresa	Zdravotní středisko Mírová 8, Ústí nad Labem - Severní Terasa
ordinační hodiny	pátek: 16.00 - 20.00 sobota, neděle, svátek: 8:00 – 20:00

DĚČÍN

zubní pohotovost	v ordinacích zubních lékařů
adresa	rozpis ordinací umístěn na http://www.mmdecin.cz/zdravotnictvi-a-socialni-sluzby
ordinační hodiny	sobota, neděle, svátek: 8:00 – 11:00

LOUNY

zubní pohotovost	centrální
adresa	Poliklinika Louny - přízemí, Pod nemocnicí 2503, Louny
ordinační hodiny	sobota, neděle, svátek: 9:00 – 12:00

MOST

zubní pohotovost	centrální
adresa	Ordinace ve třetím patře mostecké polikliniky, přístup zajištěn přes centrální příjem - MUDr. Tamara Sionková
ordinační hodiny	sobota, neděle: 09:00 - 17:00

Pohotovostní služby v oboru zubní lékařství jsou v současné době poskytovány na 4 stanovištích v různých okresech Ústeckého kraje. Současný stav pokrytí Ústeckého kraje touto zdravotní službou znamená její **dostupnost do cca 60 minut** pro všechny obyvatele Ústeckého kraje.

NÁVRH ŘEŠENÍ

Dostupnost pohotovostní služby v oboru zubní lékařství je v současném rozsahu dostatečná a **není nutné ji měnit**.

2.1.5.3 Prohlídky těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení

Podle § 84 zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011 Sb. je prohlídku těla zemřelého mimo zdravotnické zařízení poskytovatele třeba provést vždy; jejím účelem je zjistit smrt osoby, pravděpodobné datum a čas úmrtí, pravděpodobnou příčinu smrti a dále určit, zda bude provedena pitva. V rámci provedení prohlídky těla zemřelého je provedeno označení těla zemřelého.

Prohlídky těl zemřelých jsou povinny zajišťovat

- poskytovatelé v oboru všeobecné praktické lékařství a v oboru praktické lékařství pro děti a dorost u svých registrovaných pacientů v rámci provozní doby a v rozsahu provádění návštěvních služeb; provedení prohlídky nesmí vést k narušení poskytování zdravotních služeb,
- nejde-li o postup podle písmene a), **lékař vykonávající lékařskou pohotovostní službu nebo poskytovatel nebo lékař, se kterým má kraj pro tyto účely uzavřenu smlouvu,**
- poskytovatel, v jehož zdravotnickém zařízení došlo k úmrtí,
- poskytovatel zdravotnické záchranné služby v případě, kdy k úmrtí došlo při poskytování přednemocniční neodkladné péče.

Prohlídky provádějí lékaři se specializovanou způsobilostí.

ANALÝZA SOUČASNÉHO STAVU

Každá ordinace lékařské pohotovostní služby v oboru všeobecného praktického lékaře a praktického lékaře pro děti a dorost, resp. v ní sloužící lékař, zajišťuje prohlídky těl zemřelých mimo zdravotnická zařízení a to i po skončení ordinační doby ordinace lékařské pohotovostní služby, vždy do 6:00 hod. následujícího dne ve všedních dnech, resp. do začátku ordinační doby ordinace lékařské pohotovostní služby následujícího dne ve dnech pracovního klidu (poskytovatel zdravotních služeb provozující ordinaci lékařské pohotovostní služby zajistí službukonajícímu lékaři dopravu na místo prohlídky a zpět).

Tabulka 105 – Seznam poskytovatelů zajišťujících v rámci LPS prohlídky těl zemřelých v ÚK

Okr.	Poskytovatel	Ordinační doba	Vymezení územního obvodu poskytování této služby
CV	Krajská zdravotní, a.s. - Nemocnice Chomutov, o.z.	Po až Pá od 18:00 do 20:00 hod.; So, Ne, Sv. od 10:00 do 19:00 hod.	Chomutovsko - všeobecné praktické lékařství (VPL)
CV	Krajská zdravotní, a.s. - Nemocnice Chomutov, o.z.	Po až Pá od 18:00 do 20:00 hod.; So, Ne, Sv. od 10:00 do 19:00 hod.	Chomutovsko - praktické lékařství pro děti a dorost (PED)
CV	Nemocnice Kadaň, s.r.o.	Po až Pá od 17:00 do 20:00 hod.; So, Ne, Sv. od 9:00 do 18:00 hod.	Kadaňsko - všeobecné praktické lékařství se zabezpečením péče pro děti a dorost (VPLD)
DC	Krajská zdravotní, a.s. - Nemocnice Děčín, o.z.	Po až Pá od 17:00 do 20:00 hod.; So, Ne, Sv. od 9:00 do 18:00 hod.	Děčínsko - všeobecné praktické lékařství (VPL)
DC	Krajská zdravotní, a.s. - Nemocnice Děčín, o.z.	Po až Pá od 17:00 do 20:00 hod.; So, Ne, Sv. od 9:00 do 18:00 hod.	Děčínsko - praktické lékařství pro děti a dorost (PED)
DC	Nemocnice Varnsdorf, p.o.	Po až Pá od 18:00 do 21:00 hod.; So, Ne, Sv. od 10:00 do 19:00 hod.	Varnsdorfsko - všeobecné praktické lékařství se zabezpečením péče pro děti a dorost (VPLD)

Okr.	Poskytovatel	Ordinační doba	Vymezení územního obvodu poskytování této služby
DC	MUDr. Josef Kořínek	Po až Pá od 18:00 do 21:00 hod.; So, Ne, Sv. od 10:00 do 19:00 hod.	Rumbursko - všeobecné praktické lékařství se zabezpečením péče pro děti a dorost (VPLD)
LN	Nemocnice Žatec, o.p.s.	Po až Pá od 17:00 do 20:00 hod.; So, Ne, Sv. od 9:00 do 18:00 hod.	Žatecko + Podbořansko - všeobecné praktické lékařství (VPL)
LN	Nemocnice Žatec, o.p.s.	Po až Pá od 17:00 do 20:00 hod.; So, Ne, Sv. od 9:00 do 18:00 hod.	Žatecko + Podbořansko - praktické lékařství pro děti a dorost (PED)
LN	1. Lounská Lékařská s.r.o.	Pá od 17:00 do 20:00 hod.; So, Ne, Sv. od 9:00 do 18:00 hod.	Lounsko - všeobecné praktické lékařství (VPL)
LN	1. Lounská Lékařská s.r.o.	Po až Pá od 17:00 do 20:00 hod.; So, Ne, Sv. od 9:00 do 18:00 hod.	Lounsko - praktické lékařství pro děti a dorost (PED)
LT	Městská nemocnice v Litoměřicích	Po až Pá od 17:00 do 20:00 hod.; So, Ne, Sv. od 10:00 do 19:00 hod.	Litoměřicko + Lovosicko - všeobecné praktické lékařství (VPL)
LT	Městská nemocnice v Litoměřicích	Po až Pá od 17:00 do 20:00 hod.; So, Ne, Sv. od 10:00 do 19:00 hod.	Litoměřicko + Lovosicko - praktické lékařství pro děti a dorost (PED)
LT	Podřipská nemocnice s poliklinikou Roudnice n.L., s.r.o.	Po až Pá od 18:00 do 21:00 hod.; So, Ne, Sv. od 8:00 do 17:30 hod.	Roudnicko - všeobecné praktické lékařství se zabezpečením péče pro děti a dorost (VPLD)
MO	Ing. Emilia Rokytová	Po až Pá od 18:00 do 21:00 hod.; So, Ne, Sv. od 10:00 do 19:00 hod.	Mostecko - všeobecné praktické lékařství (VPL)
MO	Ing. Emilia Rokytová	Po až Pá od 18:00 do 21:00 hod.; So, Ne, Sv. od 11:00 do 18:00 hod.	Litvínovsko - všeobecné praktické lékařství se zabezpečením péče pro děti a dorost (VPLD)
TP	Hornická nemocnice s poliklinikou, spol. s r.o.	Po až Pá od 17:00 do 20:00 hod.; So, Ne, Sv. od 10:00 do 19:00 hod.	Bílinsko - všeobecné praktické lékařství se zabezpečením péče pro děti a dorost (VPLD)
TP	MUDr. Hana Pácaltová	Po až Pá od 18:00 do 21:00 hod.; So, Ne, Sv. od 10:00 do 19:00 hod.	Teplicko - všeobecné praktické lékařství (VPL)
TP	MUDr. Hana Pácaltová	Po až Pá od 18:00 do 21:00 hod.; So, Ne, Sv. od 10:00 do 19:00 hod.	Teplicko - praktické lékařství pro děti a dorost (PED)
ÚL	Krajská zdravotní, a.s. - Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.	Po až Pá od 18:00 do 21:00 hod.; So, Ne, Sv. od 9:00 do 18:00 hod.	Ústecko - všeobecné praktické lékařství (VPL)
ÚL	Krajská zdravotní, a.s. - Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.	Po až Pá od 18:00 do 21:00 hod.; So, Ne, Sv. od 9:00 do 18:00 hod.	Ústecko - praktické lékařství pro děti a dorost (PED)

Zdroj: Ústecký kraj

NÁVRH ŘEŠENÍ

Zajištění služby v současném rozsahu je dostatečné a **není nutné jej měnit.**

2.1.5.4 Protialkoholní a protitoxikomanická záchytné stanice

Protialkoholní a protitoxikomanická záchytná stanice (dále jen PZS) poskytuje specializovanou péči akutně intoxikovaným klientům ve směnném provozu nepřetržitě 24 hodin denně. Osoba je indikována k nedobrovolnému pobytu na záchytné stanici, pokud je klinickým nebo laboratorním vyšetřením zjištěno, že není ohrožena na životě selháním základních životních funkcí, ale pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky, nekontroluje své chování, a tím bezprostředně ohrožuje sebe nebo jiné osoby, veřejný pořádek nebo majetek, nebo je ve stavu vzbuzujícím veřejné pohoršení.

Akutní intoxikace je přechodný stav po užití alkoholu nebo jiné psychoaktivní (návykové) látky vedoucí k poruchám na úrovni vědomí, poznání, vnímání emotivity nebo jiných psychofyzilogických funkcí a reakcí. Cílem krátkodobé léčby akutní intoxikace je ukončení negativního vlivu návykové látky, jejího abúzu a případně předejití akutním komplikacím intoxikace. Při nekomplikovaném průběhu většiny intoxikací je plně dostačující observace na záchytné stanici po dobu 12-24 hodin. Prioritou je však nepodceňovat závažnost stavu a vždy provést somatické vyšetření intoxikovaného klienta, neboť může dojít k ohrožení zdraví ve smyslu ohrožení vitálních funkcí (zejména ochrana průchodnosti horních dýchacích) nebo v situacích, kdy příznaky intoxikace zakryjí příznaky jiného závažnějšího onemocnění (typicky poúrazového nitrolebečního krvácení). V případě přítomnosti známek ohrožení vitálních funkcí je třeba zvážit indikaci k hospitalizaci na oddělení chirurgie či intenzivní péče s možností kontinuálního monitoringu.

Pravidla ošetření v PZS upravuje **zákon č. 379/2005 Sb.** o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. Zákonem **č. 305/2009 Sb.** byl tento zákon s účinností od 1. července 2010 novelizován. Novela se podstatným způsobem dotýká i problematiky záchytných stanic, a v to § 17 a § 22 zákona.

Dle ustanovení § 17 tohoto zákona je PZS zdravotnickým zařízením, které zřizuje územně samosprávný celek, který může v samostatné působnosti zajišťovat péči poskytovanou v tomto zařízení též smluvně, a to tak, aby na celém jeho území byla zajištěna záchytná služba. V novele je vypuštěna dojezdová vzdálenost do záchytné stanice, která byla dříve do 45 minut v rámci územně samosprávného celku.

Novelou dále došlo k rozšíření výčtu možných zřizovatelů a zakladatelů záchytných stanic. Kromě krajů a obcí v samostatné působnosti mohou záchytné stanice provozovat též fyzické nebo právnické osoby. Podle ustanovení § 22 odst. 1:

f) kraj v samostatné působnosti zajišťuje záchytnou službu na svém území dle potřeby; za tímto účelem zřizuje nebo zakládá záchytné stanice, nemůže-li zajistit tuto službu záchytnými stanicemi provozovanými jinými právnickými či fyzickými osobami,

g) koordinuje zřizování, zakládání a činnost záchytných stanic, které zřizují, popř. zakládají obce v samostatné působnosti či fyzickými nebo právnickými osobami.

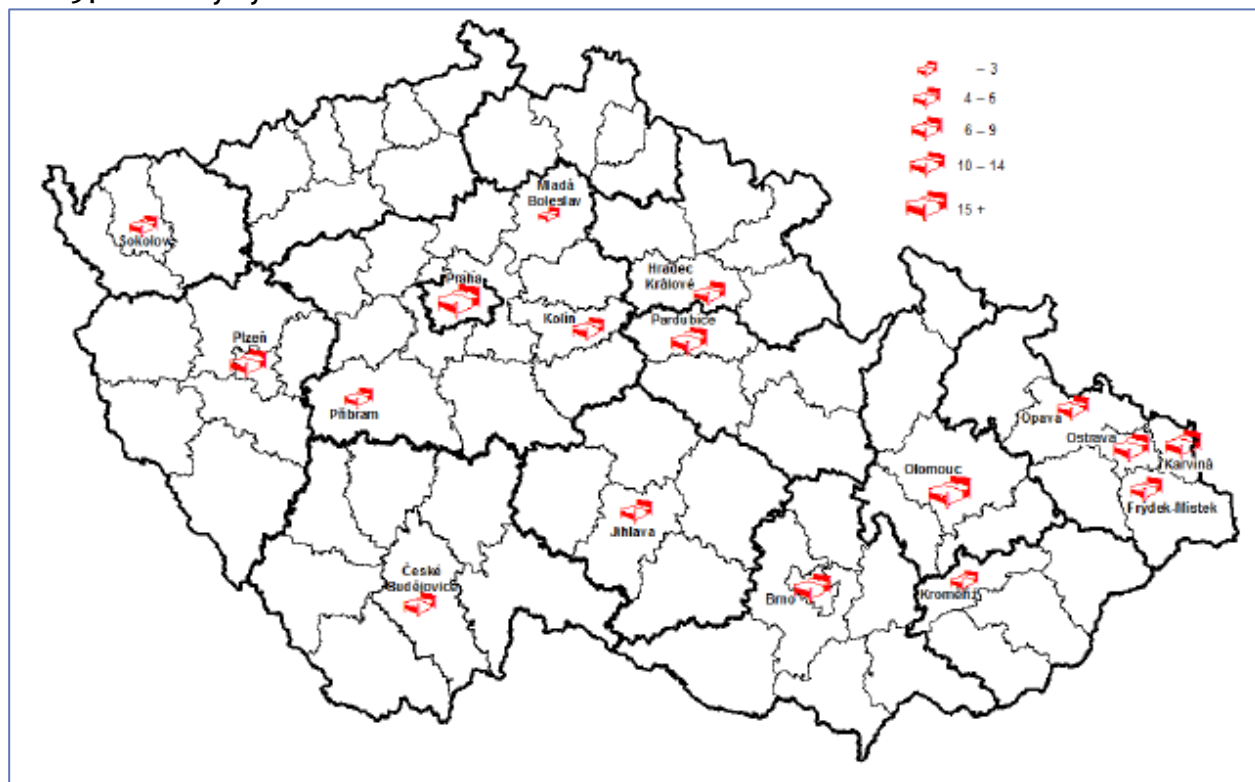
Pravidla ošetření v PZS upravuje též citovaný zákon č. 379/2005 Sb.

ANALÝZA SOUČASNÉHO STAVU

V současné době je na území **České republiky celkem 17 PZS s celkovou kapacitou 152 míst.** Záchytné stanice se nacházejí ve všech krajích **kromě Ústeckého** a Libereckého. Nejvíce jich je na území Moravskoslezského (4 stanice) a Středočeského kraje (3 stanice), v ostatních krajích bylo vždy po jedné záchytné stanici.

Plošné pokrytí území ČR je znázorněno v následující mapě.

Graf 154 – Síť záchytných stanic v ČR



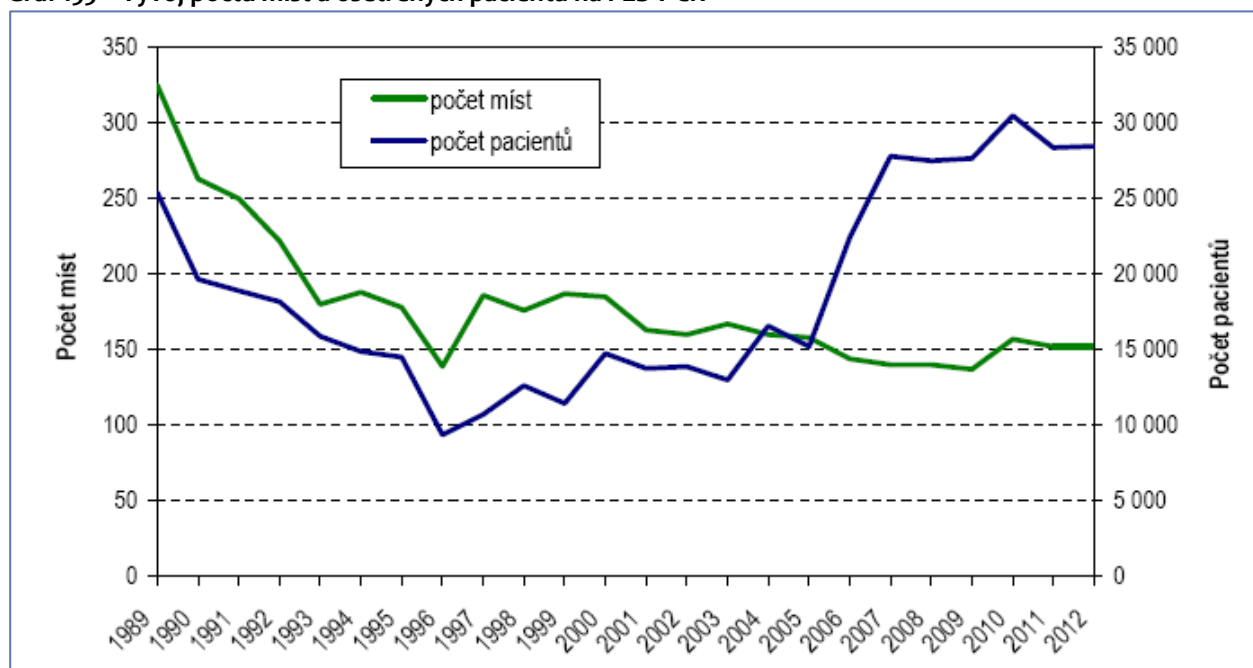
Zdroj: ÚZIS – Aktuální informace č. 16/2013

Tabulka 106 – Seznam provozovatelů PZS v České republice

Město	Název	Zřizovatel
Praha	Městská pol.Praha, Protialkoholní záchytná stanice	Kraj
Kolín	Záchytná stanice	Obec, město
Mladá Boleslav	ON Mladá Boleslav,a.s.Záchytná stanice	Jiná právnická osoba
Příbram	Záchytná stanice	Obec, město
České Budějovice	Protialkoholní záchytná stanice	Kraj
Plzeň	Městská poliklinika Plzeň s.r.o., PAZS	Jiná právnická osoba
Sokolov	Záchytná stanice pro Karlovarský kraj	Kraj
Hradec Králové	Protialkoholní záchytná stanice	Kraj
Pardubice	Par. kraj. nemocnice, a.s. - Záchytná stanice	Jiná právnická osoba
Jihlava	Protialkoholní záchytná stanice	Jiná právnická osoba
Brno	Psychiatrická nemocnice, Záchytná stanice	MZ
Kroměříž	Kroměřížská nemocnice a.s., Záchytná stanice	Jiná právnická osoba
Frýdek Místek	Nem. Frýdek-Místek, p.o. MSK, Záchytná stanice	Kraj
Karviná	ZZS MSK, p.o., Záchytná stanice	Kraj
Opava	ZZS MSK, p.o., Záchytná stanice	Kraj
Ostrava	MěNO, p.o., Záchytná stanice	Obec, město
Olomouc	Vojenská nemocnice Olomouc	MO

Zdroj: ÚZIS – Registr zdravotnických zařízení

V 7 případech je zřizovatelem PZS **kraj**, v 5 případech jiná právnická osoba, ve třech případech obec/město a ve dvou případech ministerstva.

Graf 155 – Vývoj počtu míst a ošetřených pacientů na PZS v ČR

Zdroj: ÚZIS – Aktuální informace č. 16/2013

Podle ÚZIS⁵ Počet pacientů PZS od roku 2005 narostl téměř na dvojnásobek, aktuálně bylo v roce 2012 na PZS ošetřeno 28.469 pacientů. Z hlediska regionální distribuce třetinu pacientů vykázala záchytná stanice v Praze, pětinu čtyři záchytné stanice v Moravskoslezském kraji a téměř 13 % záchytná stanice v Jihomoravském kraji.

V roce 2012 bylo z celkového počtu zachycených osob 83 % intoxikovaných alkoholem a 17 % ostatními drogami.

V Ústeckém kraji byly PZS zřizované, resp. financované okresními úřady, zrušeny před rokem 2000 v souvislosti s omezováním kompetencí okresních úřadů. Výjimkou byla PZS provozovaná Hornickou nemocnicí s poliklinikou v Bílině, která byla zrušena pro nedostatek finančních prostředků v roce 2001.

Péče o klienty s akutní intoxikací, kteří jsou indikováni k pobytu na PZS, je zajišťována prostřednictvím nemocnic, a to buď na lůžkách intenzivní péče, případně na chirurgických odděleních či v případě neagresivních klientů na oddělení interních oborů. Po procedurální stránce se technika příjmu a ošetření neliší od standardních procesů přijetí a ošetřování pacienta na lůžkovém oddělení. Pacientovi je poskytnutá veškerá adekvátní zdravotní péče, kterou jeho zdravotní stav vyžaduje. Většinou musí být nasazen větší počet personálu, především středního a pomocného, který může v dané chvíli chybět u jiného pacienta. Péče o intoxikované klienty proto může nepřiměřeně zatěžovat personál, zhoršovat klima na odděleních, komplikovat hygienický a ubytovací standard a v některých případech výrazně narušovat průběh léčebné péče o pacienty hospitalizované na těchto specializovaných odděleních.

Největším problémem pro zpracování relevantní analýzy k problematice PZS je skutečnost, že potřebná data zejména o případech akutních intoxikací nejsou žádnou institucí systematicky sbírána a vyhodnocována a nejsou tedy k dispozici.

⁵ ÚZIS ČR., Aktuální informace č. 16/2013, s. 3-4

Na základě analýzy⁶ Ústeckého kraje zpracované k této problematice v roce 2010 byl z údajů od ZZS (údaje o výjezdech k případům akutní intoxikace alkoholem nebo jinou drogou), městské policie a obvodních oddělení PČR ve vybraných městech (údaje o počtu případů osob podezřených ze spáchání deliktu v souvislosti s akutní intoxikací alkoholem nebo jinou drogou) **odhadnut počet případů akutní intoxikace na území Ústeckého kraje ve výši cca 500/měsíc, tj. 6.000/rok**. Reálnost těchto čísel potvrzují i výše uvedené údaje o celkovém počtu pacientů PZS v ČR.

Ze závěrů uvedené analýzy dále vyplývá, že velkým problémem, který provází zřizování či zakládání PZS jsou zejména vysoké náklady. Vysoce rizikový se jeví i předpoklad nárůstu výjezdů zdravotnické záchranné služby k osobám, které by měly být na PZS umístěny. Dalším rizikem je i důvodná obava, že záchytná stanice by byla zneužívána policií k zajištění osob, které páchají trestnou činnost v nočních hodinách namísto cely předběžného zadržení.

Na druhé straně potřeba dostupné i kvalitní zdravotní péče o akutně intoxikované osoby zřízení je nezpochybnitelná, neboť rizika spojená s akutní intoxikací, která může nastat po užití psychoaktivní látky, jsou značná. Nejenom že dochází k psychické behaviorální změně, která podstatně mění chování, a tím může dojít k agresivním výpadkům zcela neobvyklým reakcím či ztrátou zábran, ale může též dojít k vážným úrazům. Nelze opomenout hrozící riziko úmrtí v rámci selhání kardiovaskulárního systému, CNS či dýchacího systému. V současné době dochází k hospitalizaci těchto osob na JIP lůžkách nemocnic, neboť lékařská péče je nevyhnutelná. Tito posléze pacienti poté zabírají lůžka vážně nemocným lidem.

NÁVRH ŘEŠENÍ

Možné návrhy řešení uvedené situace opět vycházejí z citované analýzy. Patří k nim tyto varianty:

1. Zachování současného stavu

Péče o klienty a akutní intoxikací je zajištěna dosavadním způsobem – tj. prostřednictvím běžných oddělení nemocnic

Možná rizika:

- péče o intoxikované klienty v nemocnicích může nepřiměřeně zatěžovat personál,
- zhoršovat klima na odděleních,
- komplikovat hygienický a ubytovací standard
- v některých případech výrazně narušovat průběh léčebné péče o pacienty hospitalizované na těchto specializovaných odděleních

2. Zřízení specializovaných lůžek pro péči o intoxikované osoby a posílení personální kapacity ve vybraných nemocnicích.

Varianta předpokládá zajištění péče o intoxikované osoby ve stávajících nemocnicích odděleně od ostatních pacientů (např. zvláštní pokoj). Pro tyto účely je třeba na takových odděleních posílit kapacitu zejména středního a pomocného zdravotnického personálu pro zvládání stavů souvisejících s akutní intoxikací. Vzhledem k tomu, že osoba, u které je diagnostikována kombinace akutní intoxikace a další zdravotní komplikace, nemůže zůstat na PZS, ale musí být předána do odpovídající specializované zdravotnické péče, jeví se tato varianta řešení jako efektivnější než zřizování oddělených PZS. Dále by

⁶ Ústecký kraj, *Analýza problematiky protialkoholních a protitoxikomanických záchytných stanic*,

tato varianta byla pravděpodobně ekonomicky méně náročná, protože řadu činností (např. lékařské péče) by bylo možné zajistit v rámci stávajících oddělení nemocnic.

Možná rizika:

- nevstřícný přístup ze strany vedení nemocnic v rámci posílení kapacit zejména středního a pomocného personálu

3. Zajištění provozu PZS jako samostatných zdravotnických zařízení

Provoz PZS lze zajistit v souladu se zákonem č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, buď zřízením PZS krajem nebo obcemi nebo nákupem služeb. V případě zajištění PZS obcemi přichází úvahu i varianta spolufinancování z rozpočtu kraje obdobným způsobem jako při zajištění služby ambulantní pohotovosti péče.

Tato varianta je poměrně finančně náročná (odhadované náklady na provoz tří navrhovaných PZS činí cca 15 mil. Kč ročně). Vzhledem k tomu, že péče v PZS není hrazena z veřejného zdravotního pojištění a k nízké vymahatelnosti výběru úhrad od zachycených osob je pravděpodobné, že by zřizovatel/provozovatel PZS nesl téměř veškeré náklady spojené s provozem PZS.

Možná rizika:

- vysoké investiční i provozní náklady
- reálná možnost nepřiměřeného nárůstu výjezdů zdravotnické záchranné služby k intoxikovaným osobám pouze za účelem převozu na PZS. V současné době zástupci Policie ČR i obecní policie prohlašují, že by odvoz potencionálních klientů v případě zřízení záchranných stanic zajistili služebními vozidly. Vzhledem k tomu, že policie není na tuto činnost technicky ani personálně vybavena a vzhledem k možným souvisejícím rizikům (např. nezajištění odborné péče při náhlém zhoršení zdravotního stavu převážené osoby, event. její úmrtí) je pravděpodobné, že by ke všem případům akutní intoxikace byla policisty přivolávána zdravotnická záchranná služba.
- riziko zneužívání PZS policií jako alternativy cely předběžného zadržení
- při nedostatečném zajištění péče v PZS (při realizaci konceptu PZS jako pouhých „místností pro vystřízlivění“ s pouze minimální zdravotní péčí) je zvýšené riziko úmrtí zachycené osoby v souvislosti s neposkytnutím odpovídající zdravotní péče.

2.2 SWOT ANALÝZA

SILNÉ STRÁNKY

DEMOGRAFIE A ZDRAVOTNÍ STAV

- **prodlužující se střední délka života** (od roku 1990 se v Ústeckém kraji i celé ČR střední délka života prodloužila u žen o 4,7 roku a u mužů o 6,6 roku), jako výsledek zlepšené zdravotnické péče (zejména rychlé intervence při mozkových a srdečních příhodách a dalším snížením kojenecké úmrtnosti, která v ČR dosáhla jedné z nejnižších měr na světě);
- **nejnižší hodnota indexu stáří i průměrného věku** mezi kraji v ČR = nejpříznivější věková struktura obyvatel v rámci krajů;
- **vyšší míra plodnosti** (počet živě narozených dětí na 1000 obyvatel) oproti průměru ČR.

INFRASTRUKTURA ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

- relativně **příznivá míra celkové migrace obyvatel Ústeckého kraje za lůžkovou zdravotní péčí** (do zdravotnických zařízení mimo Ústecký kraj v úrovni pouhých 13%, tato hodnota patří v rámci všech krajů mezi průměrné) jako signál **relativně dobře dostupné zdravotní péče** v tomto segmentu v rámci kraje;
- **nadprůměrná vybavenost lůžkové péče** (celkový počet lůžek na 10.000 obyvatel) v Ústeckém kraji, která patří mezi nejvyšší v rámci celé ČR;
- relativně rovnoměrně **pokrytí okresů základním spektrem oborů lůžkové akutní péče** (s výjimkou okresu Louny);
- relativně **příznivá situace ve vybavenosti z hlediska počtu lůžek na 100.000 obyvatel ve většině oborů**, kde se pohybuje v úrovni průměrných hodnot ČR nebo dokonce nad nimi (výjimkou je ARO, ORL, ortopedie);
- **existence řady center specializované a superspecializované péče** (centra excelence) s regionální i nadregionální působností v rámci Krajské zdravotní a.s.;
- relativně **rovnoměrné pokrytí jednotlivých okresů lůžkovou následnou péčí**, kdy v každém okrese existuje alespoň jeden poskytovatel této zdravotní péče;
- **celková vybavenost Ústeckého kraje z hlediska počtu lůžek následné péče** na 10.000 obyvatel je mírně nad úrovní celorepublikového průměru a Ústecký kraj je na 5. místě mezi kraji;
- **celková vybavenost Ústeckého kraje z hlediska počtu lůžek paliativní péče** na 10.000 obyvatel je nad úrovní celorepublikového průměru a Ústecký kraj je na 5. místě mezi kraji;
- relativně dobrá **technická vybavenost** zdravotnických zařízení;
- síť zdravotních služeb ambulantní péče splňuje s drobnými výjimkami požadavky na **místní dostupnost ambulantní péče** dle Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb č. 307/2012 Sb.;
- síť zdravotních služeb lůžkové péče splňuje s drobnými výjimkami požadavky na **místní dostupnost lůžkové péče** dle Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb č. 307/2012 Sb.;

- dobré **pokrytí území kraje stanovišti ZZS** zajišťující dostupnost této zdravotní služby do 20 minut kdekoli v Ústeckém kraji;
- **nadprůměrnou výkonnost ZZS** (počet zásahů v roce 2012 o 7,5% převýšil průměr ČR) při **podprůměrných personálních zdrojích** (počet lékařů ZZS na 10.000 obyvatel je o 32% pod průměrem ČR);
- rovnoměrné **pokrytí Ústeckého kraje službami LPS pro dospělé a LPS pro děti a dorost** s dostupností této služby běžnými dopravními prostředky do cca 30 minut pro všechny obyvatele Ústeckého kraje (tato dostupnost je tak výrazně pod doporučenou maximální hodnotou MZ v rámci standardu pro poskytování LPS v délce 60 min.);
- rovnoměrné **pokrytí Ústeckého kraje pohotovostní službou v oboru zubní lékařství** (4 stanoviště) s dostupností do cca 60 minut pro všechny obyvatele Ústeckého kraje;
- **volná kapacita nemocnic v rámci vybraných zdravotnických služeb** (výkonů) jako důsledek nedostatečného financování ze strany zdravotních pojišťoven (limity, balíčky).

LIDSKÉ ZDROJE

- obecně vysoká **odborná úroveň zdravotnických pracovníků**.

MANAGEMENT ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

- **zvyšující se kvalita a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb** (zvyšující se počet subjektů s certifikovanými a akreditovanými systémy řízení kvality).

SLABÉ STRÁNKY

DEMOGRAFIE A ZDRAVOTNÍ STAV

- **nejvyšší úroveň úmrtnosti** v rámci celé ČR u mužů i žen (nejhorší stav v okresech Teplice, Chomutov, Louny);
- výrazně **nadprůměrná úmrtnost a míra hospitalizace na zhoubné novotvary a oběhové choroby** ve srovnání s průměrem ČR (zejména okresy Teplice, Most, Chomutov a Louny) a to i při podprůměrné incidenci těchto chorob;
- **nejnižší střední délka života mužů i žen** v rámci celé ČR (o cca 2 roky nižší oproti průměru ČR);
- **nadprůměrný podíl živě narozených dětí s nízkou hmotností do 2.500 g**, který navíc trvale roste výrazně rychleji než průměr celé ČR;
- **kojenecká i novorozenecká úmrtnost v Ústeckém kraji i jeho jednotlivých okresech k nejvyšším v rámci ČR** (dosahuje téměř dvojnásobných hodnot);
- **nadprůměrný výskyt počtu pohlavně přenosných infekcí a TBC** (jedná se současně o indikátory narušeného sociálního prostředí);
- **trvalý růst počtu léčených diabetiků, který dosahuje nadprůměrných hodnot** v rámci ČR (diabetici v Ústeckém kraji tvoří 8,8 % všech obyvatel), nejvyšší počet léčených diabetiků je v okrese Teplice;

- Ústecký kraj patří mezi kraje s **největším podílem živě narozených dětí s vrozenou vadou**;
- **počet hospitalizovaných v Ústeckém kraji trvale výrazně převyšuje průměr České republiky o cca 15%** a dosahované hodnoty za kraj jako celek i jednotlivé okresy patří mezi **nejvyšší v rámci celé ČR**. To ukazuje na **vysokou intenzitu nemocnosti obyvatel Ústeckého kraje**. Nejméně příznivá je pak situace v těchto oborech:
 - **nemoci oběhové soustavy** (nejčastější příčina hospitalizací i úmrtí v ČR) u obou pohlaví, míra hospitalizací převyšuje celorepublikové průměry a patří mezi nejvyšší v rámci celé ČR (u mužů 3. nejvyšší hodnota, u žen 2. nejvyšší hodnota),
 - ve skupině **novotvarů** je míra hospitalizací u obou pohlaví nejvyšší v rámci celé ČR,
 - rovněž ve skupině **nemocí svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně** je míra hospitalizací u obou pohlaví nejvyšší v rámci celé ČR,
 - u **močových a pohlavních nemocí** jsou dosahované hodnoty míra hospitalizací u mužů nejvyšší v rámci celé ČR, u žen pak 3. Nejvyšší,
 - rovněž **míra hospitalizací pro těhotenství a porod** patří mezi nejvyšší v rámci celé ČR,
 - u **nemocí nervové soustavy** jsou dosahované hodnoty u žen nejvyšší v rámci celé ČR, (u mužů jsou na úrovni celorepublikového průměru);
- trvale **roste počet dispenzarizovaných nemocí u PL pro dospělé** (z registrovaných pacientů bylo praktickým lékařem či specialistou sledováno pro **hypertenzní nemoci** 22,9 %, pro **obezitu** 14,5%, pro **ischemické nemoci srdeční** 9,6 % a pro cévní nemoci mozku 3,6 % pacientů);
- nadprůměrný podíl pacientů sledovaných praktickým lékařem či specialistou pro **obezitu**;
- nadprůměrný počet léčených **diabetiků**;
- **trvale roste počet ošetření - vyšetření u praktických lékařů pro děti a dorost**, dosahované hodnoty v Ústeckém kraji jsou mírně nadprůměrné jak u dětí, tak i u dorostu;
- **alarmující je vývoj počtu dětí a dorostu dispenzarizovaných pro obezitu, hyperalimentaci a její následky (E66–E68)**, od roku 1996 se jejich absolutní počet ztrojnásobil.

INFRASTRUKTURA ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

- **nadprůměrná míra migrace pacientů** za lůžkovou zdravotní péčí ve skupinách – **vrozené vady, endokrinních nemocí, nemocí ucha, nádorových onemocnění a nemocí oběhové soustavy**, což může být signálem horší dostupnosti lůžkové zdravotní péče v dané skupině;
- **velmi nízká míra využití spádových „okresních“ nemocnic v okrese Louny** (pouhých necelých 45%) je **signálem horší dostupnosti lůžkové zdravotní péče** v tomto regionu (zejména ve vybraných oborech), která nutí obyvatele tohoto okresu cestovat za zdravotní péčí do jiných okresů Ústeckého kraje (cca 30% případů) a ve významné míře (25%) i mimo Ústecký kraj;
- **podprůměrná kapacita primární péče** - Ústecký kraj z hlediska celkového počtu lékařů primární péče na 10.000 obyvatel dosahuje podprůměrných hodnot a zaujímá předposlední místo v rámci krajů ČR
 - **počet registrovaných pacientů na 1 lékaře pro dospělé** (v průměru 1.760 registrovaných pacientů) o cca **8% převyšuje celorepublikový průměr** a je **3. nejvyšší v rámci celé ČR**, počet ošetření připadající na 1 praktického lékaře pro dospělé převyšuje o 12% celorepublikový průměr a je nejvyšší v rámci celé ČR,

- počet registrovaných pacientů na 1 praktického lékaře pro dospělé v okrese **Chomutov výrazně převyšuje průměr Ústeckého kraje (+15%) a České republiky (+25%)**, což signalizuje určitý nedostatek kapacit v rámci této zdravotní služby v tomto regionu,
- **počet registrovaných pacientů na 1 lékaře pro děti a dorost** (v průměru 1.203 registrovaných pacientů) **o cca 9% převyšuje celorepublikový průměr**,
- **počet registrovaných pacientů na 1 gynekologa** v rámci primární gynekologické péče (v průměru 3.054 registrovaných pacientů) **o cca 8% převyšuje celorepublikový průměr a je nejvyšší** v rámci celé ČR,
- **v rámci primární stomatologické péče** na 1.000 obyvatel připadalo v krajském průměru 0,48 lékaře, což je hodnota **o 24% nižší než činí celorepublikový průměr a je 2. nejnižší** v rámci celé ČR, rovněž počet ošetření připadajících na 1 praktického stomatologa o cca 20% převyšuje celorepublikový průměr a je 2. nejvyšším v rámci celé ČR;
- **nejhorší vybavenost ambulantní specializované péče** mezi kraji ČR podle počtu lékařů v zařízení ambulantní péče na 10.000 obyvatel, nejhorší je pak situace v oborech interna, diabetologie, ortopedie, oční, radiační a klinická onkologie a lékařská genetika. Tento stav pak signalizuje nedostatek kapacit v rámci specializované ambulantní péče, zejména pak v uvedených oborech;
- **vybavenost okresu Louny lůžky akutní péče je nejnižší nejen v rámci Ústeckého kraje, ale patří i mezi nejhorší v rámci celé ČR.** Tato skutečnost může signalizovat nedostatek kapacit v rámci této zdravotní služby v tomto regionu;
- **nízká vybavenost z hlediska počtu lůžek** na 100.000 obyvatel v oborech **ARO** (62% průměru ČR a 14. místo mezi kraji), **ORL** (69% průměru ČR a 12. místo mezi kraji), **ortopedie** (79% průměru ČR a 10. místo mezi kraji);
- **neexistence lůžek v oboru geriatric;**
- **podprůměrné hodnoty počtu lékařů i ZPBD u akutních lůžek** (mezi nejhoršími v rámci ČR);
- **nedostatečná infrastruktura lůžkové péče v oboru onkologie** (hrozba odebrání statutu komplexního onkologického centra Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem z důvodu nedostatečného vybavení) a to i přes nadprůměrnou úmrtnost a míru hospitalizací na onkologická onemocnění;
- **nejsou zcela plněny požadavky na časovou dostupnost vybraných zdravotních služeb** dle Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb č. 307/2012 Sb. u těchto zdravotních služeb
 - náhrada kyčelního kloubu v Nemocnicích v Chomutově a Teplicích pro pojištěnce zdravotních pojišťoven OZP, ZPMV a VoZP,
 - náhrada kolenního kloubu v Nemocnicích v Chomutově a Teplicích pro pojištěnce zdravotních pojišťoven OZP, ZPMV a VoZP,
 - echokardiografie v Nemocnici Most,
 - operace katarakty v nemocnicích v Teplicích, Mostě, Děčíně a Ústí nad Labem,
 - endoskopická vyšetření v nemocnicích v Teplicích, Ústí nad Labem a Roudnici,
 - sonografie v nemocnicích v Chomutově a Teplicích,
 - počítačová tomografie v nemocnicích v Chomutově a Ústí nad Labem,
 - magnetická rezonance v nemocnicích v Teplicích a Ústí nad Labem (tj. na všech pracovištích v Ústeckém kraji poskytujícím tuto službu),
 - mamografické vyšetření v nemocnici v Chomutově;

- **nedostatečné financování zdravotnických služeb ze strany zdravotních pojišťoven** (zejména lůžková péče);
- **nedostatečné zajištění služby PZS** (na území Ústeckého kraje není žádná zachytná stanice).

LIDSKÉ ZDROJE

- **podprůměrný počet zdravotnických pracovníků** připadajících na 10.000 obyvatel mezi kraji v ČR **ve všech sledovaných kategoriích** zdravotnických pracovníků;
- **nejzávažnější situace je v kategorii vysokoškolsky vzdělaných pracovníků**
 - lékaři (-19% oproti průměru ČR oproti průměru ČR),
 - zubní lékaři (-26% oproti průměru ČR),
 - farmaceuti (-28% oproti průměru ČR).
- **podprůměrný počet lékařů ve všech segmentech zdravotní péče** (primární péče, ambulantní specialisté, lůžková péče, ZZS);
- **průměrná mzda lékařů i zdravotnických sester** je oproti průměru ČR **trvale nižší**, přičemž **platové nůžky** mezi průměrem ČR a ÚK se v obou kategoriích stále **rozevírají** (v roce 2012 byl průměrný plat zdravotnických pracovníků v Ústeckém kraji byl v roce 2012 o 16% nižší, Ústecký kraj patří mezi 3 kraje v rámci celé ČR s nejnižší průměrnou mzdou).

MANAGEMENT ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

- **vlastnická struktura některých lůžkových ZZ neumožňující dostatečnou míru ovlivnění** v některých regionech (zejména v okresech Litoměřice a Louny neexistuje poskytovatel akutní lůžkové péče, jehož zřizovatelem nebo majoritním vlastníkem je Ústecký kraj);
- **ekonomika provozu lůžkových zařízení**, která v řadě případů nejsou schopna ze svých zdrojů zcela zajistit své běžné hospodaření a potřebnou investiční činnost;
- **nedostatek finančních zdrojů na krytí investiční potřeb** pro obnovu a rozvoj infrastruktury zdravotnických služeb (zejména obnova a rozvoj zdravotnických technologií)

PŘÍLEŽITOSTI

- **další rozvoj centrové péče** (centra excellence);
- **nabídka volných kapacit zdravotnických služeb zahraničním pacientům** v rámci přeshraniční zdravotní péče po implementaci směrnice Evropského parlamentu a Rady č. 2011/24/EU ze dne 9. 3. 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči (transpoziční lhůta směrnice uplynula 25. 10. 2013) s cílem vylepšení ekonomické situace zdravotnických zařízení;
- **příprava a realizace programů na podporu veřejného zdraví a zdravého životního stylu;**

- možnost **využití dalších finančních prostředků z fondů EU** v rámci programovacího období 2014-2020 pro projekty v oblasti zdravotnictví, zaměřené zejména na:
 - zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva – podpora zdravého životního stylu,
 - zlepšení infrastruktury zdravotních služeb,
 - zlepšení dostupnosti zdravotních služeb,
 - podporu lidských zdrojů – (např. podpora vzdělávání lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků v rámci systému celoživotního vzdělávání);
- **využití moderních trendů medicíny pro zefektivnění zdravotních služeb** (přesuny výkonů do jednodenní a ambulantní péče);
- další **rozvoj aktivit v oblasti vzdělávání, vědy a výzkumu** s cílem zvýšení atraktivity nemocnic v Ústeckém kraji, ale i celého regionu pro příliv vysoce kvalifikovaných pracovníků a tím napomoci jak k řešení nastíněných problémů v oblasti lidských zdrojů zdravotních služeb, tak ke zvýšení celkové úrovně a dostupnosti zdravotní péče.

OHROŽENÍ

- **nepříznivý demografický vývoj obyvatelstva** kraje v delším časovém horizontu (zvyšování průměrného věku, růst indexu stáří = stárnutí populace, prodlužující se délka dožití) a s tím související růst požadavků na zdravotní služby;
- **nepříznivá věková struktura lékařů** (ve věkové kategorii nad 50 let je téměř 50 % všech lékařů, přičemž ve věku 55–59 let se nachází každý čtvrtý lékař, naproti tomu ve věku do 39 let je evidováno jen necelých 28 % všech lékařů) **jako hrozba pro budoucí vývoj**, protože po jejich odchodu ze zdravotnického systému není generace mladších lékařů početně silná natolik, aby byla schopna je dostatečně nahradit. V horizontu 10–15 let tak mohou nastat **problémy s ohledem na zajištění kapacitního vybavení k provádění základních úkonů zdravotní péče**;
- nepříznivá věková struktura lékařů je největší **hrozbou především zdravotní služby** v oblasti:
 - **primární péče** (nejohroženějšími odbornostmi jsou praktické lékařství pro dospělé, praktické lékařství pro děti a dorost, praktická stomatologie),
 - pro **pracoviště ambulantních zdravotnických zařízení** (zejména v oboru chirurgie);
- **další personální rizika** – nedostatek specialistů v určitých oborech, odchody lékařů do zahraničí atd.;
- **prohlubování finančního deficitu zdravotnických zařízení** (zejména v oblasti lůžkové péče);
- **nedostatečná obnova a inovace infrastruktury zdravotních služeb**;
- **nejasné financování zdravotní péče ze strany zdravotních pojišťoven do budoucna**, každoročně se měnící způsoby úhrad v návaznosti na úhradové vyhlášky neumožňují plánování ve střednědobém horizontu a představují tak výrazný faktor nestability v celém odvětví zdravotnictví.

2.3 DEFINICE CÍLŮ, NÁVRH PRIORIT A OPATŘENÍ

Na základě provedené analýzy je dále zpracován návrh cílů, priorit a případně i opatření pro jednotlivé oblasti:

2.3.1 V oblasti podpory veřejného zdraví

➤ **Správná výživa a stravovací návyky populace**

Návrh dílčích aktivit:

- nutriční výchova, propagace hlavních zásad správné výživy = pestrost a vyváženost stravy
- propagace změny stravovacích návyků (např. snížení energetické hodnoty stravy snížením spotřeby nasycených tuků a cukrů, zvýšení spotřeby ovoce a zeleniny, luštěnin, celozrnných výrobků, ryb a mořských produktů, mléčných produktů se sníženým obsahem tuku atd.).
- aktivity zaměřené na pozitivní změny ve společném stravování, zejména pak u dětí (vzorové jídelníčky pro školní jídelny, prezentace jídel zdravé výživy ve školních jídelnách, atd.).

➤ **Dostatečná pohybová aktivita populace**

Návrh dílčích aktivit:

- propagace ke zvyšování či optimalizaci pohybové aktivity u široké veřejnosti nebo u definovaných cílových skupin (předškolní a školní děti, dospívající mládež, těhotné a kojící ženy, senioři apod.)
- podpora vytváření podmínek (infrastruktury) pro pohybové aktivity
- podpora jednotlivých pohybových aktivit

➤ **Zvládání stresu a duševní zdraví.**

Návrh dílčích aktivit:

- propagace významu duševního zdraví pro celkový zdravotní stav,
- propagace duševní hygieny.

➤ **Zdravotně rizikové chování** (konzumace tabáku, nadměrná spotřeba alkoholu, užívání drog, chování vedoucí k úrazům, rizikové sexuální chování a z toho plynoucí výskyt infekčních onemocnění - zvláště HIV/AIDS, virových hepatitid a sexuálně přenosných nemocí).

Návrh aktivit:

- intervenční aktivity na zvýšení informovanosti o zdravotních rizicích spojených s uvedenými druhy rizikového chování
- podpora prevence závislostí

➤ **Vzdělávání a programy podpory zdraví zaměřené na determinanty a rizikové faktory zdraví, a také na podporu screeningových programů**

Návrh dílčích aktivit:

- výchova k zodpovědnosti za zdraví
- podpora rozvoje informovanosti o významu a způsobech prevence identifikovaných skupin onemocnění,
- propagace a podpora screeningových programů,
- tlak na zdravotní pojišťovny směřující k rozvoji kapacit screeningových programů v Ústeckém kraji.

➤ **Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí.**

Návrh dílčích aktivit:

- podpora rozvoje informovanosti o zdravotních rizicích ze životního (ovzduší, voda, hluk, odpady a kontaminovaná půda, elektromagnetické pole)

➤ **Snižování nerovností ve zdraví**

Návrh dílčích aktivit:

- tlak na zdravotní pojišťovny směrem k posílení nedostatečných kapacit identifikovaných v rámci jednotlivých zdravotních služeb,
- podpora rovnoměrného rozvoje infrastruktury zdravotních služeb ze strukturálních fondů EU v rámci nového programovacího období 2014-2020.

2.3.2 V oblasti dostupnosti a vybavenosti zdravotních služeb

➤ **Rozvoj zdravotních služeb v oblasti lůžkové péče**

- rozvoj kapacit a infrastruktury v oblasti **onkologie**,
- rozvoj kapacit a infrastruktury v oblasti **v oblasti kardiovaskulárních a cévních mozkových chorob (kardiocentra, iktová centra)**,
- posílení **dostupnosti** lůžkové zdravotní péče v **okrese Louny**,
- další **rozvoj centrové péče**,
- posílení kapacit v oborech **ortopedie, ARO, ORL**,
- posílení kapacit zdravotních služeb, u kterých jsou překračovány limity časové dostupnosti, zejména:
 - **echokardiografie** v Nemocnici Most,
 - **operace katarakty** v nemocnicích v Teplicích, Mostě, Děčíně a Ústí nad Labem,
 - **endoskopická vyšetření** v nemocnicích v Teplicích, Ústí nad Labem a Roudnici,
 - **sonografie** v nemocnicích v Chomutově a Teplicích,
 - **počítačová tomografie** v nemocnicích v Chomutově a Ústí nad Labem,
 - **magnetická rezonance**,
 - **mamografické vyšetření** v nemocnici v Chomutově.

➤ **Rozvoj zdravotních služeb v oblasti primární péče**

- **posílení kapacit praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost** (podprůměrné současné hodnoty počtu lékařů, rostoucí počty dispenzarizovaných nemocí - diabetiků, pacientů sledovaných pro hypertenze, obezitu a dalších chronických onemocnění), zejména pak v okrese Ústí nad Labem,
- **posílení kapacit praktických stomatologů** (o 24% nižší než činí celorepublikový průměr a je 2. nejnižší v rámci celé ČR), zejména v okresech Teplice a Chomutov.

➤ **Rozvoj zdravotních služeb v oblasti ambulantní péče**

- **posílení kapacit ambulantních specialistů** (celkový počet ambulantních specialistů na 10.000 obyvatel o 27% pod průměrem ČR, ÚK jako kraje s **nejhorší vybaveností specializované ambulantní péče**),
- nejhorší je situace v oborech **interna, diabetologie, ortopedie, oční, radiační a klinická onkologie a lékařská genetika**.

➤ **Rozvoj zdravotních služeb v oboru gerontologie** (neexistence lůžek ani ambulantních specialistů v tomto oboru).

➤ **Zvyšování celkové kapacity zdravotních služeb v souvislosti se stárnutím populace** (vyšší počet obyvatel ve vyšším věku znamená vyšší nároky na zdravotní péči v absolutních číslech).

➤ **Posílení financování zdravotních služeb ze strany zdravotních pojišťoven**

- většina z analyzovaných problémů a celkové hodnocení Ústeckého kraje jako jednoho z nejhůře hodnocených z hlediska zdravotního stavu obyvatel i kapacit jednotlivých zdravotních služeb je spojena s nedostatečným financováním zdravotních služeb.

Návrh dílčích aktivit:

- zpracování srovnávacích analýz v rámci jednotlivých segmentů,
- podpora poskytovatelů při jednání se zdravotními pojišťovnami.

2.3.3 V oblasti podpory lidských zdrojů

➤ **Řešení nedostatku vysokoškolsky vzdělaných zdravotnických pracovníků**

- problém s nedostatkem lékařů existuje ve všech segmentech zdravotní péče, kde jejich přepočtený počet na 10.000 obyvatel dosahuje podprůměrných hodnot:
 - primární péče - PL (-7%), PLD (-7%), PSTOM (-7%)
 - ambulantní péče (-27%)
 - lůžková péče (-8%)
- problém nerovnoměrné věkové struktury a demografického stárnutí lékařů může v horizontu 10–15 let způsobit nemalé problémy při zajištění personálního vybavení zdravotních služeb (zejména v ZZ primární péče a ambulantních specialistů, nejohroženější odborností v Ústeckém kraji je praktické lékařství).

➤ **Podpora vzdělávání**

- vzdělávání zdravotnických pracovníků obecně představuje významný prvek kvality zdravotnických služeb,
- v současné době zejména specializační vzdělávání lékařů představuje významný faktor z hlediska získávání a stabilizace lékařů (do specializačního vzdělávání zapojeno celkem 235 lékařů, tj. téměř 26% lékařů zaměstnaných v Krajské zdravotní, a.s.).
- specializační vzdělávání je dlouhodobý a finančně náročný proces jak pro samotné lékaře, tak i pro jejich zaměstnavatele, podpora specializačního vzdělávání proto může být jedním z rozhodujících faktorů při řešení nastíněných problémů v oblasti lidských zdrojů.

➤ **Podpora rozvoje vědy a techniky**

- aktivity v oblasti vzdělávání, vědy a výzkumu mohou významnou měrou přispět ke zvýšení atraktivity nemocnic v Ústeckém kraji, ale i celého regionu pro příliv vysoce kvalifikovaných pracovníků a tím napomoci jak k řešení nastíněných problémů v oblasti lidských zdrojů zdravotních služeb, tak ke zvýšení celkové úrovně a dostupnosti zdravotní péče

Návrh dílčích aktivit:

- podpora projektu univerzitní nemocnice rozvíjeného ze strany Krajské zdravotní, a.s.

2.3.4 V oblasti zdravotních služeb v přímé povinnosti kraje

➤ **Zajištění služby protialkoholní a protitoxikomanické záchranné stanice**

- povinnost zajištění této služby je dle zákona č. 379/2005 Sb. stanovena krajům v samostatné působnosti,
- v Ústeckém kraji tato zdravotní služba jako v jednom ze dvou krajů ČR v současné době není zajištěna.

2.3.5 V oblasti kvality a bezpečí zdravotních služeb

➤ **Podpora rozvoje systémů hodnocení kvality a bezpečí (akreditace a certifikace) zejména v oblasti lůžkové péče, ale i v dalších zdravotních službách**

- zavedení systémů hodnocení kvality a bezpečí je standardním nástrojem zajišťujícím především kvalitu procesů ve zdravotnických zařízeních a tím i bezpečnost a kvalitu poskytovaných služeb.

3 MAPA PROJEKTOVÝCH ZÁMĚRŮ V OBLASTI ZDRAVOTNICTVÍ

3.1 ZMAPOVÁNÍ PROJEKTOVÝCH ZÁMĚRŮ

Cílem této části je zmapování projektových záměrů v oblasti zdravotnictví připravovaných jednotlivými subjekty. Za tímto účelem byli osloveni všichni poskytovatelé zdravotní péče v Ústeckém kraji a dále i městské nebo obecní úřady obcí s rozšířenou působností státní správy. Získané informace jsou uvedeny v následujících tabulkách v členění dle jednotlivých subjektů.

S ohledem na rozsah tabulek jsou některé údaje zaznamenány formou předdefinovaných hodnot, jejichž význam je uveden v následujících přehledech:

Oblast projektového záměru – sloupec „Oblast“	Hodnota
Obnova přístrojového vybavení	1
Investice do rekonstrukcí zdravotnických zařízení	2
Zajištění dostupnosti zdravotních služeb	3
Jiná	4

Připravenost projektového záměru – sloupec „Připr.“	Hodnota
Úvaha	1
Zpracovány studie	2
Zpracována projektová dokumentace	3
Vyřízena povolení, stanoviska	4
Připraveno k zahájení realizace	5
Hotova VŘ, vybrán dodavatel	6
Jiná	7

Odhadovaná délka realizace projektu – sloupec „Doba“	Hodnota
do 1 roku	1
1-2 roky	2
více než 2 roky	3

Priorita záměru – sloupec „Prior.“	Hodnota
Budeme realizovat v každém případě	1
Realizace je závislá na získání finančních prostředků	2
Záměr je zatím ve fázi úvah	3
Jiná	4

3.1.1 Poskytovatelé zdravotní péče

Tabulka 107 – Projektové záměry poskytovatelů zdravotní péče

Poř. č.	Okr.	Název subjektu	Název záměru	Rozpočet	Oblast	Připr.	Rok zahájení	Doba	Prior	Poznámka
1	CV	Nemocnice Kadaň s.r.o.	Digitalizace rentgenového pracoviště	5 000 000	1	2	2014	1	1	
2	CV	Krajská zdravotní, a. s.	Modernizace a obnova přístrojového vybavení iktového centra KZ v Chomutově	23 056 000	1	3	2014	2	2	
3	CV	Nemocnice Kadaň s.r.o.	Výměna výtahů	12 000 000	2	1	2014	3	2	
4	CV	Nemocnice Kadaň s.r.o.	Rekonstrukce plochých střech	5 000 000	2	1	2014	2	1	
5	DC	Nemocnice Varnsdorf	Obnova ultrazvukové diagnostiky	750 000	1	5	2013	1	1	
6	DC	Neurologie s.r.o.	Modernizace rehabilitačního pracoviště Neurologie s.r.o.	6 000 000	1	3	2015	1	2	Rozpočet rozdělen odhadem
7	DC	Neurologie s.r.o.	Modernizace přístrojového vybavení pracoviště Neurologie s.r.o.	800 000	1	7	2014	1	1	
8	DC	Krajská zdravotní, a. s.	Modernizace a obnova přístrojového vybavení iktového centra KZ v Děčíně	16 907 000	1	3	2014	2	2	
9	DC	Nemocnice Varnsdorf	Obnova kuchyňského provozu v budově nemocnice včetně modernizace komunikačních cest	8 700 000	2	3	2014	1	2	
10	DC	Nemocnice Varnsdorf	Modernizace komunikačních toků v zařízení	1 500 000	2	7	2014	2	1	
11	DC	Nemocnice Varnsdorf	Zvýšení bezpečnosti zdravotnického zařízení v rámci projektu bezpečná nemocnice	900 000	2	3	2014	1	2	
12	DC	Neurologie s.r.o.	Modernizace rehabilitačního pracoviště Neurologie s.r.o.	6 000 000	2	3	2015	1	2	Rozpočet rozdělen odhadem
13	DC	Neurologie s.r.o.	Rozšíření služby o zabezpečení domova důchodců v Jiřetíně pod Jedlovou	38 000 000	2	1	2015	1	2	
14	DC	VIA s.r.o.	Rekonstrukce výtahů NB, kotelny	6 000 000	2	3	2014	1	2	

Poř. č.	Okr.	Název subjektu	Název záměru	Rozpočet	Oblast	Přípr.	Rok zahájení	Doba	Prior	Poznámka
15	DC	Nemocnice Varnsdorf	Ekonomizace provozu RTG pracoviště v budově nemocnice	950 000	3	1	2014	1	3	
16	LN	Nemocnice Louny, a.s.	Obnova hardware	700 000	1	1	2014	1	1	
17	LN	Nemocnice Žatec, o.p.s.	Digitalizace zobrazovacích metod na oddělení RDG	10 000 000	1	2	2014	2	2	
18	LN	Psychiatrická léčebna Petrohrad, p.o.	Revitalizace počítačové sítě	2 500 000	1	1	2018	1	3	
19	LN	Nemocnice Louny, a.s.	Digitalizace RDG	2 400 000	2	2	2015	1	2	
20	LN	Nemocnice Louny, a.s.	Výměna oken	2 500 000	2	2	již probíhá	2	2	
21	LN	Nemocnice Louny, a.s.	Plynofikace	2 500 000	2	3	2014	1	1	
22	LN	Nemocnice Louny, a.s.	Pacientská lůžka s příslušenstvím	1 200 000	2	2	již probíhá	1	1	
23	LN	Nemocnice Louny, a.s.	Modernizace lůžkových výtahů	1 200 000	2	2	2015	1	2	
24	LN	Nemocnice Louny, a.s.	Zateplení budov	10 000 000	2	1	2016	2	2	
25	LN	Psychiatrická léčebna Petrohrad, p.o.	Vrátnice PLP	2 000 000	2	2	2015	1	1	
26	LN	Psychiatrická léčebna Petrohrad, p.o.	Oprava střešní krytiny	12 000 000	2	5	2014	3	2	
27	LN	Psychiatrická léčebna Petrohrad, p.o.	Přestavba terapie na neklidové oddělení	2 500 000	2	7	2016	1	2	
28	LN	Psychiatrická léčebna Petrohrad, p.o.	Dodávka - ošetřovatelská lůžka	750 000	4	5	2014	1	1	
29	LT	Městská nemocnice v Litoměřicích	Modernizace centrálních operačních sálů	25 000 000	1	3	2014	2	2	rozpočet rozdělený odhadem
30	LT	Městská nemocnice v Litoměřicích	Iktové centrum	25 000 000	1	4	2014	1	2	
31	LT	Lázně Mšené, a.s.	Výměna oken, izolace střeš, výměna technologie kotlen atd.	11 800 000	2	1	2013	3	1	
32	LT	Městská nemocnice v Litoměřicích	Modernizace stravovacího provozu	35 000 000	2	3	2014	2	2	
33	LT	Městská nemocnice v Litoměřicích	Modernizace centrálních operačních sálů	25 000 000	2	3	2014	2	2	rozpočet rozdělený odhadem

Poř. č.	Okr.	Název subjektu	Název záměru	Rozpočet	Oblast	Připr.	Rok zahájení	Doba	Prior	Poznámka
34	LT	Lázně Mšené, a.s.	Rozšíření možného využití služeb poskytovatele zdravotní péče o 201 pro širokou veřejnost...	1 000 000	3	1	ihned	1	4	
35	LT	Lázně Mšené, a.s.	Senior centrum	100 000 000	4	7	2014 - 2015	3	2	
36	LT	Městská nemocnice v Litoměřicích	Nový zdroj pitné vody pro nemocnici	7 000 000	4	7	?	3	2	
37	MO	Krušnohorská poliklinika s.r.o.	Rekonstrukce rehabilitace (vodoléčby) Krušnohorské polikliniky Litvínov	590 000	1	2	2014	1	2	
38	MO	REMEDI Meziboří s.r.o.	Rekonstrukce elektroinstalace	1 000 000	2	3	2013	2	1	
39	MO	Krušnohorská poliklinika s.r.o.	Výměna stávajících oken Krušnohorské polikliniky Litvínov	7 200 000	2	7	2014	3	2	
40	MO	Krušnohorská poliklinika s.r.o.	Výměna stávající střešní krytiny Krušnohorské polikliniky Litvínov	5 080 000	2	7	2014	3	2	
41	MO	Krušnohorská poliklinika s.r.o.	Rekonstrukce rehabilitace (vodoléčby) Krušnohorské polikliniky Litvínov	550 000	2	2	2014	1	2	
42	MO	Krušnohorská poliklinika s.r.o.	Oprava fasády Krušnohorské polikliniky Litvínov	6 085 000	2	1	2015	3	3	
43	MO	Kojenecké ústavy Ústeckého kraje, p.o.	Zateplení budovy Kojeneckých ústavů Ústeckého kraje	5 985 000	2	2	2014	1	1	
44	MO	Krajská zdravotní, a. s.	Zateplení nemocnice Most	180 559 000	2	1	2014	2	2	
45	TP	Klinika CLT, spol. s r.o.	Digitalizace rentgenového pracoviště	2 200 000	1	1	2013	1	1	
46	TP	Městská nemocnice Duchcov VITA, s.r.o.	Obnova RTG skiagrafický přístroj	2 500 000	1	5	2013	1	1	
47	TP	Městská nemocnice Duchcov VITA, s.r.o.	Sonograf s abdominální a vaginální sondou - gynekologie	100 000	1	1	2014	1	3	
48	TP	Krajská zdravotní, a. s.	Nákup sonografického přístroje pro RDG odd. - Nemocnice Teplice	1 100 000	1	3	2014	1	2	

Poř. č.	Okr.	Název subjektu	Název záměru	Rozpočet	Oblast	Přípr.	Rok zahájení	Doba	Prior	Poznámka
49	TP	Krajská zdravotní, a. s.	Modernizace a obnova přístrojového vybavení iktového centra KZ v Teplicích	25 833 000	1	3	2014	2	2	
50	TP	Městská nemocnice Duchcov VITA, s.r.o.	Rekonstrukce budov	1 000 000	2	1	2014	1	3	
51	TP	Městská nemocnice Duchcov VITA, s.r.o.	Rekonstrukce budov	500 000	2	1	2014	1	3	
52	TP	Městská nemocnice Duchcov VITA, s.r.o.	Rekonstrukce budov	3 500 000	2	1	2014	1	3	
53	TP	Městská nemocnice Duchcov VITA, s.r.o.	Obnova vozového parku DRNR	600 000	4	5	2013	1	1	
54	UL	Krajská zdravotní, a. s.	Modernizace a obnova přístrojového vybavení komplexního cerebrovaskulárního centra KZ v MN UL	62 293 000	1	3	2014	2	2	
55	UL	Krajská zdravotní, a. s.	Modernizace a obnova přístrojového vybavení kardiovaskulárního centra KZ - MN v Ústí nad Labem	59 996 000	1	6	2013	1	2	
56	UL	Krajská zdravotní, a. s.	Dovybavení oddělení nukleární medicíny	50 000 000	1	1	2014	2	2	
57	UL	Krajská zdravotní, a. s.	Modernizace a obnova přístrojového vybavení komplexního onkologického centra	105 880 000	1	3	2014	2	2	
58	UL	Krajská zdravotní, a. s.	Vybavení PCIP v Krajské zdravotní, a. s. – Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem	600 000	1	3	2013	1	2	
59	UL	Krajská zdravotní, a. s.	Vybavení PCIP v Krajské zdravotní, a. s. – nemocnici v Mostě	600 000	1	3	2013	1	2	
CELKEM				935 364 000						

3.1.2 Zdravotnická záchranná služba

Tabulka 108 – Projektové záměry v oblasti ZZS

Poř. č.	Okr	Název subjektu	Název záměru	Rozpočet	Oblast	Připr.	Rok zahájení	Doba	Prior	Poznámka
1	LT	Městský úřad Roudnice nad Labem	Výstavba ZZS - zabezpečením vhodného pozemku.	5 000 000	3	1	?	2	4	rozpočet neuveden – stanoveno odhadem
CELKEM				5 000 000						

3.1.3 Ostatní

Tabulka 109 – Ostatní projektové záměry

Poř. č.	Okr	Název subjektu	Název záměru	Rozpočet	Oblast	Připr.	Rok zahájení	Doba	Prior	Poznámka
1	DC	Statutární město Děčín	Zajištění stomatologické pohotovostní služby Děčín	527 000	4	7	2007	3	1	
2	LN	Město Louny	Lékařská pohotovostní služba Louny	3 300 000	3	6	již realizován	3	2	
3	LN	Město Louny	Dětské jesle	10 000 000	4	1	?	3	3	rozpočet dosud nevyčíslen - stanoveno odhadem
4	LT	Městský úřad Roudnice nad Labem	Lékařská pohotovostní služba Roudnice	150 000	3	7	?	3	1	každoroční příspěvek na provoz LPS
5	MO	Město Bílina	Stavební úpravy - PAVILON A - sociální služby poskytované ve v areálu HNŠP Bílina	5 000 000	2	7	2013	1	1	
6	MO	Město Bílina	Stanice LDN A a B Hornická nemocnice s poliklinikou	13 700 000	2	7	2014	1	1	
7	MO	Město Bílina	HNŠP Bílina rekonstrukce ordinace praktických lékařů v 1.NP budovy B	3 000 000	2	3	2014	1	1	
8	MO	Město Bílina	HNŠP Bílina rekonstrukce ordinací v 2.NP budovy B a C	6 000 000	2	2	2014	2	4	
9	MO	Město Bílina	HNŠP Bílina rekonstrukce centrálních zaměstnaneckých šaten	600 000	2	7	2014	1	1	
10	MO	Město Bílina	Lékařská pohotovostní služba- Bílina	2 000 000	3	7	2014	1	1	

Poř. č.	Okr	Název subjektu	Název záměru	Rozpočet	Oblast	Připr.	Rok zahájení	Doba	Prior	Poznámka
11	MO	Statutární město Most	Lékařská pohotovostní služba Most	300 000	3	7	2014	3	1	každoroční příspěvek na provoz LPS
12	MO	Statutární město Most	Provoz pohotovostní stomatologické služby	200 000	3	7	2014	3	1	každoroční příspěvek na provoz LPS
CELKEM				44 777 000						

3.1.4 Rekapitulace

Rekapitulace projektových záměrů v členění dle okresů a oblastí je uvedena v následující tabulce:

Tabulka 110 – Rekapitulace projektových záměrů

Subjekt (okres) / účel	Obnova přístroj. Vybavení	Investice do rekonstrukce ZZ	Zajištění dostupnosti zdr.sloužeb	Jiný	Celkový součet
Poskytovatelé zdr. péče					
CV	28 056 000	17 000 000			45 056 000
DC	24 457 000	61 100 000	950 000		86 507 000
LN	13 200 000	36 300 000		750 000	50 250 000
LT	50 000 000	71 800 000	1 000 000	107 000 000	229 800 000
MO	590 000	206 459 000			207 049 000
TP	31 733 000	5 000 000		600 000	37 333 000
UL	279 369 000				279 369 000
Celkem	427 405 000	397 659 000	1 950 000	108 350 000	935 364 000
Zdravotnická záchranná služba					
LT			5 000 000		5 000 000
Celkem			5 000 000		5 000 000
Ostatní					
DC				527 000	527 000
LN			3 300 000	10 000 000	13 300 000
LT			150 000		150 000
MO		28 300 000	2 500 000		30 800 000
Celkem		28 300 000	5 950 000	10 527 000	44 777 000
Celkový součet	427 405 000	425 959 000	12 900 000	118 877 000	985 141 000

Předložené návrhy jsou v necelé polovině případů zaměřeny na investice do obnovy a rozšíření přístrojového vybavení.

Zejména záměry na:

- modernizaci a obnovu přístrojového vybavení iktového centra KZ v Chomutově,
- modernizaci a obnovu přístrojového vybavení iktového centra KZ v Děčíně,
- modernizaci a obnovu přístrojového vybavení iktového centra KZ v Teplicích,
- vybavení Iktového centra v nemocnici v Litoměřicích,
- modernizaci a obnovu přístrojového vybavení komplexního cerebrovaskulárního centra KZ v MN UL,
- modernizaci a obnovu přístrojového vybavení kardiovaskulárního centra KZ v MN UL,
- dovybavení oddělení nukleární medicíny v UL,
- modernizaci a obnovu přístrojového vybavení komplexního onkologického centra v KZ v MN UL,
- vybavení PCIP v KZ - MN UL,
- vybavení PCIP v KZ v Mostě.

jsou **zcela v souladu s identifikovanými prioritami rozvoje zdravotních služeb.**

Většina ostatních záměrů je směřována do obnovy infrastruktury zdravotnických zařízení (= odstranění vnitřního dluhu v důsledku nedostatečného financování), což je rovněž v souladu se zájmy rozvoje zdravotnických služeb v Ústeckém kraji.

Pro další období by měly být doplněny zejména i některé „měkké projekty“, tj. neinvestiční (neinfrastrukturní) projekty, zaměřené na řešení priorit definovaných v části 2.3. Jedná se zejména o projekty zaměřené do oblastí

- podpory veřejného zdraví
- podpory lidských zdrojů.

3.2 PROVĚŘENÍ MOŽNOSTÍ FINANCOVÁNÍ PROJEKTŮ (PROJEKTOVÝCH ZÁMĚRŮ) Z EXTERNÍCH ZDROJŮ.

Dále je uveden nástin nejvýznamnějších zdrojů k financování projektových záměrů v oblasti zdravotnictví připravovaných jednotlivými subjekty, které byly uvedeny v předchozí části.

EVROPSKÉ FONDY

Hlavním potenciálním zdrojem pro financování uvedených projektových záměrů jsou Evropské fondy.

V současné době probíhá na vládní úrovni příprava návrhů nových operačních programů financovaných z prostředků EU v období 2014-2020. Konečná podoba finanční alokace pro Českou republiku není v současné době ještě definitivně stanovena. Indikativně se bude jednat o ca. 20,5 mld. € v běžných cenách.

Podle současných informací pro programové období 2014-2020 definovalo Ministerstvo zdravotnictví ČR následující priority:

- reforma psychiatrické péče,
- podpora zdravého životního stylu a odstraňování nerovností ve zdraví,
- modernizace infrastruktury vybraných poskytovatelů zdravotní péče.

V této souvislosti byly do návrhů operačních programů financovaných z prostředků EU zařazeny specifické cíle zaměřené na podporu zdraví a systému poskytování zdravotní péče.

Operační program Zaměstnanost (zdroj financování - Evropský sociální fond)

- **typy projektů** - „měkké“ neinvestiční intervence (možnost křížového financování)
- **specifický cíl** - Zvýšit kvalitu a udržitelnost systému vybraných zdravotních služeb podporované aktivity (indikativní výčet):
 - pilotní a na ně navazující projekty reformy psychiatrické péče - transformace stávajících forem péče a rozvoj nových typů péče (komunitní, intermediární, tvorba mobilních týmů apod.) vycházející z národní strategie reformy psychiatrické péče
 - obecné destigmatizační a informační programy,
 - destigmatizační programy v místě realizace pilotních projektů,
 - programy a kampaně na podporu duševního zdraví,
 - tvorba metodik vzdělávání pracovníků v oblasti psychiatrické péče,
 - vzdělávání vzdělavatelů pro reformu psychiatrické péče,
 - vzdělávání lékařských a nelékařských pracovníků v oblasti psychiatrické péče,
 - vzdělávání „nezdravotnímu“ zapojených do reformy psychiatrické péče (policie, učitelé, pracovníci veřejné správy),
 - tvorba a poskytování nových typů péče v oblasti psychiatrické péče.
 - podpora zdravého životního stylu
 - tvorba metodik podpory zdravého životního stylu,
 - osvětové a informační programy a programy na podporu zdravého,
 - životního stylu a zvýšení odpovědnosti za vlastní zdraví,
 - realizace a vyhodnocení preventivních a screeningových programů,
 - zajištění služby zdravotně sociálního pomocníka,
 - tvorba a realizace vzdělávacích programů pro pracovníky tzv. „1. kontaktu“.

Integrovaný regionální operační program (zdroj financování - Evropský fond pro regionální rozvoj)

- **typy projektů** - „tvrdé“ investiční projekty do infrastruktury
- **specifické cíle**
 - Vytvoření moderní, funkční a udržitelné sítě péče o duševní zdraví respektující ve všech aspektech lidskou individualitu jako předpoklad pro dlouhodobé aktivní zapojení duševně nemocných do života komunity a na trh práce
 - podporované aktivity (indikativní výčet):
 - stavební úpravy a vybavení oddělení psychiatrických léčeben ve smyslu jejich humanizace, transformace a restrukturalizace,
 - pořízení infrastruktury poskytovatelů akutní psychiatrické péče v návaznosti na regionální dostupnost péče,
 - stavba nových/rekonstrukce stávajících zařízení komunitní péče typu „centra duševního zdraví“,
 - pořízení infrastruktury komunitní a semimurální péče,
 - pořízení vybavení mobilních týmů.
 - Modernizace sítí zdravotnických zařízení a služeb a zlepšení regionální dostupnosti zdravotní péče jakožto základního předpokladu pro růst konkurenceschopnosti jednotlivých regionů
 - podporované aktivity (indikativní výčet):
 - modernizace poskytovatelů specializované, superspecializované a návazné péče v podobě pořízení přístrojového vybavení či stavebních úprav vybraných oddělení, operačních sálů či úprav vedoucích k zajištění bezbariérového přístupu do zařízení a humanizace jednotlivých zařízení,
 - modernizace perinatologických zařízení zejména v podobě pořízení přístrojového vybavení,
 - modernizace a obnova výjezdových stanovišť zdravotnických záchranných služeb a obnova vozového parku ZZS.

Z uvedeného přehledu je zřejmé, že převážná část předložených záměrů je v souladu s navrhovanými cíli a podporovanými aktivitami a bude možné se tak o financování z tohoto zdroje ucházet.

DOTACE

Dotační program MZ ČR **Národní program zdraví – projekty podpory zdraví**, v rámci kterého jsou každoročně poskytovány dotace na projekty směřující k naplňování některých cílů programu ZDRAVÍ 21 s cílem. Jak již bylo uvedeno v předchozích částech je základním cílem tohoto dotačního programu dlouhodobě podporovat zájem o aktivní vztah a odpovědnost ke zdraví a zdravému životnímu stylu a jejich posilování a podporu ve společnosti prostřednictvím realizace projektů podpory zdraví. Finanční příspěvky MZ ČR podporují realizaci kvalitních projektů podpory zdraví kladoucích si za cíl dosažení pozitivních změn v životním stylu obyvatel ČR a v jejich chování ve vztahu ke svému zdraví.

Podrobnější popis programu NPZ-PPZ je uveden v části 2.1.4.1.

V rámci tohoto programu tak mohou být financovány některé projekty z oblasti podpory veřejného zdraví.

BANKOVNÍ ÚVĚRY

Pro financování investičních projektů nabízejí komerční banky řadu úvěrových produktů, které se liší zejména požadavky na zajištění, celkovou dobu splatnosti a výší úrokové sazby.

Jako příklad výhodné nabídky pro menší projekty s požadavkem na financování do 10 mil. Kč lze v současnosti uvést např. produkt EU INVESTICE, který nabízí GE Money Bank. Jedná se o úvěr se zárukou Evropského investičního fondu (EIF), který je poskytován ve výši od 500.000 až do 10.000.000 Kč se splatností až 10 let. Díky záruce EIF jsou úvěry poskytovány i bez nutnosti zajištění a poměrně rychle.

Ve všech případech bankovních úvěrů se však jedná o standardní bankovní úvěry, u kterých je nutné předkládat podnikatelské záměry prokazující schopnost splacení, což může být pro některé projekty v oblasti zdravotnictví problematické.

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Administrativní členění Ústeckého kraje	14
Graf 2 – Dlouhodobý vývoj počtu obyvatel na území Ústeckého kraje	15
Graf 3 – Vývoj počtu obyvatel Ústeckého kraje v období 2001 - 2012	16
Graf 4 – Vývoj podílu žen v Ústeckém kraji a ČR v období 2001 - 2012	17
Graf 5 – Vývoj míry celkového přírůstku obyvatel.....	18
Graf 6 – Vývoj přírůstku obyvatelstva a jeho faktorů v Ústeckém kraji	19
Graf 7 – Věková struktura obyvatel Ústeckého kraje a ČR	20
Graf 8 – Vývoj věkové struktury obyvatel v Ústeckém kraji	21
Graf 9 – Vývoj věkové struktury obyvatel v Ústeckém kraji ve skupinách do 14 a nad 65 roků	21
Graf 10 – Vývoj indexu stárů v Ústeckém kraji a v ČR jako celku	22
Graf 11 – Vývoj počtu obyvatel nad 60 let v Ústeckém kraji.....	22
Graf 12 – Podíl obyvatel ve věku 65 a více (stav k 31.12.2008)	23
Graf 13 – Vývoj průměrného věku obyvatel v Ústeckém kraji a v ČR jako celku.....	24
Graf 14 – Srovnání věkové struktury obyvatel v Ústeckém kraji a jeho okresech v roce 2011	25
Graf 15 – Vývoj hrubé míry úmrtnosti (počet zemřelých na 1000 obyvatel) v Ústeckém kraji a ČR	28
Graf 16 – Standardizovaná úmrtnost mužů (na 100.000 osob).....	29
Graf 17 – Standardizovaná úmrtnost žen (na 100.000 osob)	29
Graf 18 – Standardizovaná úmrtnost podle příčin smrti a kraje bydliště (na 100.000 obyvatel), 2012.....	30
Graf 19 – Vývoj struktury zemřelých v Ústeckém kraji v období 2001-2012 - muži.....	36
Graf 20 – Vývoj struktury zemřelých v Ústeckém kraji v období 2001-2012 - ženy.....	36
Graf 21 – Vývoj podílu nemocí oběhové soustavy na počtu zemřelých v období 2001-2012 - muži	37
Graf 22 – Vývoj podílu nemocí oběhové soustavy na počtu zemřelých v období 2001-2012 - ženy	37
Graf 23 – Vývoj podílu zhoubných novotvarů na celkovém počtu zemřelých v období 2001-2012 - muži..	38
Graf 24 – Vývoj podílu zhoubných novotvarů na celkovém počtu zemřelých v období 2001-2012 - ženy..	38
Graf 25 – Vývoj podílu vnějších příčin na počtu zemřelých v období 2001-2012 - muži.....	39
Graf 26 – Vývoj podílu nemocí dýchací soustavy na počtu zemřelých v období 2001-2012 - ženy	39
Graf 27 – Vývoj střední délky života při narození (muži) v Ústeckém kraji a v ČR jako celku.....	41
Graf 28 – Vývoj střední délky života ve věku 60 let (muži) v Ústeckém kraji a v ČR jako celku	42
Graf 29 – Naděje dožití mužů při narození v jednotlivých okresech ČR.....	42
Graf 30 – Vývoj střední délky života při narození (ženy) v Ústeckém kraji a v ČR jako celku	43
Graf 31 – Vývoj střední délky života ve věku 60 let (ženy) v Ústeckém kraji a v ČR jako celku.....	43
Graf 32 – Naděje dožití žen při narození v jednotlivých okresech ČR	44
Graf 33 – Střední délka života v krajích ČR v roce 2012	45
Graf 34 – Vývoj počtu živě narozených v Ústeckém kraji a v ČR jako celku.....	46
Graf 35 – Vývoj hrubé míry plodnosti v Ústeckém kraji a v ČR jako celku.....	47
Graf 36 – Podíl živě narozených dětí s nízkou hmotností v Ústeckém kraji a v ČR jako celku.....	48
Graf 37 – Počet potratů na 100 živě narozených v Ústeckém kraji a v ČR jako celku.....	48
Graf 38 – Novorozenecká úmrtnost v Ústeckém kraji a v ČR jako celku	49
Graf 39 – Průměr novorozenecké úmrtnosti za období 2008 - 2012	49
Graf 40 – Kojenecká úmrtnost v Ústeckém kraji a v ČR jako celku	50
Graf 41 – Průměr kojenecké úmrtnosti za období 2008 - 2012.....	50
Graf 42 – Standardizovaná hospitalizovanost na ICHS podle krajů ČR v letech 2003 a 2010.....	51
Graf 43 – Vývoj specifické hospitalizovatelnosti pro CNM v letech 2003 a 2010	52
Graf 44 – Vývoj incidence a standard. Úmrtnosti na zhoubné novotvary v ČR.....	53
Graf 45 – Incidence novotvarů na 100.000 mužů v Ústeckém kraji a ČR	53
Graf 46 – Incidence novotvarů na 100.000 mužů (průměr za období 2006-2010).....	54
Graf 47 – Úmrtnost mužů na zhoubné novotvary na 100.000 mužů (průměr za období 2006-2010).....	54

Graf 48 – Incidence novotvarů na 100.000 žen (průměr za období 2006-2010)	55
Graf 49 – Úmrtnost žen na zhoubné novotvary na 100.000 mužů (průměr za období 2006-2010).....	55
Graf 50 – Vývoj vybraných infekčních onemocnění v Ústeckém kraji a ČR.....	56
Graf 51 – Vývoj salmonelových infekcí v Ústeckém kraji a ČR.....	56
Graf 52 – Vývoj pohlavně přenosných infekcí v Ústeckém kraji a ČR	57
Graf 53 – Vývoj TBC v Ústeckém kraji a ČR	57
Graf 54 – Hlášená onemocnění na 100 tis. obyv. (průměry za období 2000-2008).....	58
Graf 55 – Vývoj počtu léčených diabetiků v Ústeckém kraji (na 100.000 obyvatel).....	58
Graf 56 – Léčení diabetici podle okresů (na 100.000 obyvatel)	59
Graf 57 – Počet ambulantních pacientů s demencí (na 100.000 obyvatel) v krajích ČR v roce 2011.....	60
Graf 58 – Počty hospitalizací pro demence na 100 tis. obyvatel v krajích ČR v roce 2007 a 2011.....	60
Graf 59 – Průměrný počet živě nar. dětí s vrozenou vadou na 10.000 živě narozených v obd. 2007-2011	61
Graf 60 – Vývoj počtu hospitalizovaných v Ústeckém kraji a v ČR.....	62
Graf 61 – Hospitalizovaní podle okresu bydliště na 1.000 obyvatel v roce 2011	62
Graf 62 – Vývoj počtu hospitalizovaných v jednotlivých okresech Ústeckého kraje.....	63
Graf 63 – Vývoj průměrné ošetrovací doby při hospitalizaci v jednotlivých okresech Ústeckého kraje....	63
Graf 64 – Standardizovaný vývoj příčin hospitalizace na 100.000 obyvatel v ČR.....	64
Graf 65 – Hospitalizovaní dle příčin v Ústeckém kraji v roce 2011	65
Graf 66 – Vývoj počtu hospitalizací v krajích ČR v letech 2007-2011.....	66
Graf 67 – Standardizované počty hospitalizací na 100.000 obyvatel (průměr 2007-2011).....	67
Graf 68 – Míry hospitalizace podle věku a pohlaví na 100.000 obyv. v období 2007-2011	67
Graf 69 – Standardizované počty hospitalizací pro nemoci oběhové soustavy (průměr 2007-2011).....	68
Graf 70 – Standardizované počty hospitalizací pro novotvary (průměr 2007-2011).....	69
Graf 71 – Standardizované počty hospitalizací pro nemoci svalové ... (průměr 2007-2011).....	70
Graf 72 – Standardizované počty hospitalizací pro nemoci močové a pohlavní (průměr 2007-2011)	71
Graf 73 – Standardizované počty hospitalizací pro nemoci trávicí soustavy (průměr 2007-2011).....	72
Graf 74 – Standardizované počty hospitalizací pro vnější příčiny (průměr 2007-2011)	73
Graf 75 – Standardizované počty hospitalizací pro těhotenství a porod (průměr 2007-2011).....	74
Graf 76 – Standardizované počty hospitalizací pro nemoci dýchací soustavy (průměr 2007-2011)	75
Graf 77 – Standardizované počty hospitalizací pro nemoci nervové soustavy (průměr 2007-2011)	76
Graf 78 – Vývoj počtu ambulantních vyšetření/ošetření v Ústeckém kraji	77
Graf 79 – Počet ambulantních ošetření/vyšetření na 1 obyvatele v Ústeckém kraji a ČR v roce 2012	77
Graf 80 – Struktura ambulantních vyšetření v Ústeckém kraji a ČR v roce 2012	78
Graf 81 – Vývoj vybraných dispenzarizovaných nemocí u PL pro dospělé v Ústeckém kraji	78
Graf 82 – Pacienti s vybranými nemocemi na 1.000 registrovaných pacientů podle kartoték PL	79
Graf 83 – Pacienti s vybranými nemocemi na 1.000 registrovaných pacientů podle kartoték PL.....	79
Graf 84 – Vývoj zjištěných onemocnění a vad na 1.000 pacientů ve věku 15-18 let v ČR.....	80
Graf 85 – Zjištěna onemocnění a vady na 1.000 pacientů ve věku 15-18 let v ČR v roce 2012	80
Graf 86 – Vývoj zjištěných onemocnění a vad na 1.000 pacientů ve věku 15-18 let v ČR.....	81
Graf 87 – Zjištěna onemocnění a vady na 1.000 pacientů ve věku 15-18 let v ČR v roce 2012	81
Graf 88 – Očekávaný vývoj přírůstku počtu obyvatel ČR.....	83
Graf 89 – Očekávaný vývoj počtu obyvatel ČR.....	84
Graf 90 – Očekávaný vývoj počtu obyvatel ČR podle hlavních věkových skupin.....	85
Graf 91 – Očekávaný vývoj průměrného věku obyvatel ČR	86
Graf 92 – Očekávaný vývoj indexů ekonomického zatížení ČR	86
Graf 93 – Očekávaný vývoj přírůstku obyvatel Ústeckého kraje	90
Graf 94 – Očekávaný vývoj počtu obyvatel Ústeckého kraje	91
Graf 95 – Očekávaný vývoj počtu obyvatel Ústeckého kraje podle hlavních věkových skupin	92
Graf 96 – Očekávaný vývoj průměrného věku obyvatel Ústeckého kraje.....	93
Graf 97 – Očekávaný vývoj indexu stárí a indexu ekonomické závislosti obyvatel Ústeckého kraje.....	93

Graf 98 – Očekávaný vývoj věkové struktury obyvatel Ústeckého kraje mezi roky 2009 - 2030	94
Graf 99 – Podíl hospit. pac. se shodným krajem bydliště i poskytovatele péče v % za období 2007-2011.	101
Graf 100 – Podíl hosp. pac. se shodným krajem bydliště i poskytovatele péče v % za období 2007-2011..	102
Graf 101 – Vývoj počtu ambulantních lékařů v ČR na 10.000 obyvatel	107
Graf 102 – Struktura ambulantní péče v ČR v roce 2012 podle počtu lékařů	107
Graf 103 – Počet lékařů v zařízeních ambulantní péče na 10.000 obyvatel (přepočtený počet).....	108
Graf 104 – Počet ambulantních lékařů na 10.000 obyvatel v roce 2012	108
Graf 105 – Vývoj podílu primární péče na celkové ambulantní péči v ČR.....	109
Graf 106 – Počet lékařů primární péče na 10.000 obyvatel v zařízeních ambulantní péče	110
Graf 107 – Počet registrovaných pacientů na 1 praktického lékaře pro dospělé v roce 2012.....	111
Graf 108 – Počet ošetření na 1 praktického lékaře pro dospělé v roce 2012	112
Graf 109 – Počet registrovaných pacientů na 1 praktického lékaře pro dospělé v roce 2012	112
Graf 110 – Počet registrovaných pacientů na 1 PL pro děti a dorost v roce 2012	113
Graf 111 – Počet ošetření na 1 PL pro děti a dorost v roce 2012.....	114
Graf 112 – Počet registrovaných pacientů na 1 PL pro děti a dorost v Ústeckém kraji v roce 2012	114
Graf 113 – Počet registrovaných pacientů a ošetření na 1 gynekologa v roce 2012	115
Graf 114 – Počet praktických stomatologů na 1.000 obyvatel v roce 2012.....	116
Graf 115 – Počet léčených pacientů na 1 praktického zubaře v roce 2012	117
Graf 116 – Počet praktických zubních lékařů na 1.000 obyvatel v Ústeckém kraji v roce 2012	117
Graf 117 – Počet ambulantních specialistů na 10.000 obyvatel v Ústeckém kraji v roce 2012.....	119
Graf 118 – Nemocnice v České republice k 31.12.2012	120
Graf 119 – Lůžka v nemocnicích v roce 2012.....	121
Graf 120 – Akutní lůžka v nemocnicích na 10.000 obyvatel k 31.12.2012.....	125
Graf 121 – Akutní lůžka v nemocnicích na 100.000 obyvatel k 31.12.2012	128
Graf 122 – Využití akutních lůžek a průměrná ošetřovací doba v roce 2012.....	128
Graf 123 – Počet lékařů na 100 lůžek k 31.12.2012.....	129
Graf 124 – ZPBD u akutních lůžek k 31.12.2012.....	129
Graf 125 – Lůžka následné ošetřovatelské péče na 10.000 obyvatel starších 65 let	138
Graf 126 – Správní obvody obcí s rozšířenou působností v Ústeckém kraji.....	142
Graf 127 – Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví v ČR v mld. Kč.....	163
Graf 128 – Vývoj výdajů na zdravotnictví a spotřebitelských cen v ČR.....	163
Graf 129 – Podíl nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle segmentů	164
Graf 130 – Podíl nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle segmentů	164
Graf 131 – Náklady a výnosy nemocnic v mil. Kč, meziroční změny v %	165
Graf 132 – Vývoj podílu jednotlivých nákladových položek nemocnic	166
Graf 133 – Průměrné náklady zdr. poj. na zdravotní péči 1 pojištěnce dle věku a pohlaví v roce 2011.....	167
Graf 134 – Struktura pracovníků ve zdravotnických zařízeních Ústeckého kraje v roce 2011.....	170
Graf 135 – Celkový počet zdravotnických pracovníků na 10.000 obyvatel v ČR	171
Graf 136 – Celkový počet zdravotnických pracovníků s VŠ vzděláním na 10.000 obyvatel v ČR	172
Graf 137 – Celkový počet nelékařských pracovníků na 10.000 obyvatel v ČR.....	172
Graf 138 – Porovnání počtu zdravot. pracovníků na 10.000 s průměrem za ČR.....	173
Graf 139 – Struktura pracovníků podle jednotlivých zdravotních služeb v Ústeckém kraji	174
Graf 140 – Vývoj věkové struktury lékařů v Ústeckém kraji 2000 / 2011.....	175
Graf 141 – Věkové složení primární péče v Ústeckém kraji v roce 2012	176
Graf 142 – Vývoj věkového složení PL pro dospělé v ČR	176
Graf 143 – Průměrný plat zdravotnických pracovníků v roce 2012	177
Graf 144 – Průměrný plat lékařů v roce 2012.....	177
Graf 145 – Průměrný plat všeobecných sester a porodních asistentek v roce 2012	178
Graf 146 – Vývoj průměrné mzdy lékařů a zdrav. sester v ÚK a ČR od roku 2001.....	178
Graf 147 – Dotační program NPZ PPZ v letech 1993-2013.....	186

Graf 148 – Stávající rozmístění výjezdových základů ZZS v Ústeckém kraji.....	198
Graf 149 – Tísňová volání na zdravotní operační střediska ZZS v Ústeckém kraji	201
Graf 150 – Počet výjezdů ZZS v ČR v roce 2012	202
Graf 151 – Počet výjezdů ZZS na 1.000 obyvatel v ČR.....	202
Graf 152 – Počet lékařů a ZPBD (záchranáři, operátorky) ZZS v ČR.....	203
Graf 153 – Počet pracovišť LPS na 100.000 obyvatel v ČR v roce 2012.....	209
Graf 154 – Síť zachytných stanic v ČR.....	215
Graf 155 – Vývoj počtu míst a ošetřených pacientů na PZS v ČR	216

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Základní údaje o velikosti krajů v rámci ČR.....	13
Tabulka 2 – Základní údaje o velikosti okresů v rámci Ústeckého kraje.....	14
Tabulka 3 – Vývoj počtu obyvatel v jednotlivých okresech Ústeckého kraje	16
Tabulka 4 – Podíl jednotlivých okresů Ústeckého kraje na celkovém počtu obyvatel	17
Tabulka 5 – Vývoj jednotlivých faktorů přírůstku obyvatel v Ústeckém kraji	18
Tabulka 6 – Vývoj věkové struktury obyvatel v Ústeckém kraji	20
Tabulka 7 – Vývoj indexu stáří v krajích.....	24
Tabulka 8 – Vývoj průměrného věku obyvatel v krajích	25
Tabulka 9 – Standardizované míry úmrtnosti dle příčin smrti v krajích (na 100.000 obyvatel), 2012.....	31
Tabulka 10 – Úmrtnost podle příčin v Ústeckém kraji (absolutní hodnoty) – muži	32
Tabulka 11 – Úmrtnost podle příčin v Ústeckém kraji (relativní hodnoty)- muži	33
Tabulka 12 – Úmrtnost podle příčin v Ústeckém kraji (absolutní hodnoty) - ženy	34
Tabulka 13 – Úmrtnost podle příčin v Ústeckém kraji (relativní hodnoty) - ženy	35
Tabulka 14 – Úmrtnost podle příčin v Ústeckém kraji (relativní hodnoty)	40
Tabulka 15 – Naděje dožití při narození v krajích, 2002–2012.....	44
Tabulka 16 – Živě narození v krajích v období 2002 - 2012	46
Tabulka 17 – Plodnost v krajích v období 2002 - 2012	47
Tabulka 18 – Standardizované počty hospitalizací (průměr 2007-2011).....	66
Tabulka 19 – Standardizované počty hospitalizací pro nemoci oběhové soustavy (průměr 2007-2011) ...	68
Tabulka 20 – Standardizované počty hospitalizací pro novotvary (průměr 2007-2011).....	69
Tabulka 21 – Standardizované počty hospitalizací pro nemoci svalové ... (průměr 2007-2011).....	70
Tabulka 22 – Standardizované počty hospitalizací pro nemoci močové a pohlavní (průměr 2007-2011) ...	71
Tabulka 23 – Standardizované počty hospitalizací pro nemoci trávicí soustavy (průměr 2007-2011).....	72
Tabulka 24 – Standardizované počty hospitalizací pro vnější příčiny (průměr 2007-2011)	73
Tabulka 25 – Standardizované počty hospitalizací pro těhotenství a porod (průměr 2007-2011).....	74
Tabulka 26 – Standardizované počty hospitalizací pro nemoci dýchací soustavy (průměr 2007-2011)	75
Tabulka 27 – Standardizované počty hospitalizací pro nemoci nervové soustavy (průměr 2007-2011)	76
Tabulka 28 – Základní parametry projekce.....	83
Tabulka 29 – Úhrnná plodnost v krajích ČR	88
Tabulka 30 – Naděje dožití při narození mužů v krajích ČR	89
Tabulka 31 – Naděje dožití při narození žen v krajích ČR	89
Tabulka 32 – Předpokládaný počet obyvatel v krajích ČR (k 1. 1.)	90
Tabulka 33 – Zastoupení věkových skupin v krajích ČR	91
Tabulka 34 – Ukazatele očekávaného věkového složení v krajích ČR	92
Tabulka 35 – Souhrnné hodnocení zdravotního stavu obyvatelstva Ústeckého kraje	95
Tabulka 36 – Vztah mezi krajem hospitalizace a bydlištěm pacienta (souhrnné údaje 2007-2011)	99
Tabulka 37 – Vztah mezi okresem bydliště pac. a místem hospitalizace (souhrnné údaje 2007-2011).....	100
Tabulka 38 – Podíl migrujících pac. lůžkové péče podle skupin diagnóz (souhrnné údaje 2007-2011)	103
Tabulka 39 – Síť zdravotnických zařízení v Ústeckém kraji v roce 2012	106
Tabulka 40 – Průměrné přepočtené počty lékařů primární péče v roce 2012	110
Tabulka 41 – Činnost praktických lékařů pro dospělé v Ústeckém kraji v roce 2012	111
Tabulka 42 – Činnost PL pro děti a dorost v roce 2012.....	113
Tabulka 43 – Činnost ambulantních gynekologů v roce 2012	115
Tabulka 44 – Činnost praktických zubních lékařů v roce 2012	116
Tabulka 45 – Počet ambulantních specialistů na 10.000 obyvatel v Ústeckém kraji v roce 2012	118
Tabulka 46 – Poskytovatelé lůžkové akutní péče v okresu Děčín.....	121
Tabulka 47 – Poskytovatelé lůžkové akutní péče v okresu Chomutov	122

Tabulka 48 – Poskytovatelé lůžkové akutní péče v okrese Litoměřice	122
Tabulka 49 – Poskytovatelé lůžkové akutní péče v okrese Louny	123
Tabulka 50 – Poskytovatelé lůžkové akutní péče v okrese Most	123
Tabulka 51 – Poskytovatelé lůžkové akutní péče v okrese Teplice	123
Tabulka 52 – Poskytovatelé lůžkové akutní péče v okrese Ústí nad Labem	124
Tabulka 53 – Počty lůžek (absolutní hodnoty) dle jednotlivých oborů v ČR	125
Tabulka 54 – Průměrné počty lůžek na 100.000 obyvatel dle jednotlivých oborů v ČR	126
Tabulka 55 – Poskytovatelé lůžkové následné péče v okrese Děčín	134
Tabulka 56 – Poskytovatelé lůžkové následné péče v okrese Chomutov	134
Tabulka 57 – Poskytovatelé lůžkové následné péče v okrese Litoměřice	135
Tabulka 58 – Poskytovatelé lůžkové následné péče v okrese Louny	135
Tabulka 59 – Poskytovatelé lůžkové následné péče v okrese Most	135
Tabulka 60 – Poskytovatelé lůžkové následné péče v okrese Teplice	135
Tabulka 61 – Poskytovatelé lůžkové následné péče v okrese Ústí nad Labem	135
Tabulka 62 – Lůžka následné péče – rehabilitační v ČR	136
Tabulka 63 – Lůžka následné péče – ošetrovatelská v ČR	136
Tabulka 64 – Lůžka následné péče – LDN v ČR	137
Tabulka 65 – Lůžka následné péče – celkem v ČR	137
Tabulka 66 – Poskytovatelé lůžkové následné péče v oboru psychiatrie v Ústeckém kraji	138
Tabulka 67 – OLÚ psychiatrie – celkem v ČR	139
Tabulka 68 – Poskytovatelé lůžkové následné péče v okrese Ústí nad Labem	140
Tabulka 69 – Lůžka paliativní péče (hospice) v ČR	140
Tabulka 70 – Zákonné požadavky na místní dostupnost zdravotních služeb	141
Tabulka 71 – Místní dostupnost zdravotních služeb – ambulantní péče – skupina 1	143
Tabulka 72 – Místní dostupnost zdravotních služeb – ambulantní péče – skupina 2	146
Tabulka 73 – Místní dostupnost zdravotních služeb – ambulantní péče – skupina 3	148
Tabulka 74 – Místní dostupnost zdravotních služeb – ambulantní péče – skupina 4	149
Tabulka 75 – Místní dostupnost zdravotních služeb – ambulantní péče – skupina 5	150
Tabulka 76 – Místní dostupnost zdravotních služeb – lůžkové péče – skupina 1	151
Tabulka 77 – Místní dostupnost zdravotních služeb – lůžkové péče – skupina 2	152
Tabulka 78 – Místní dostupnost zdravotních služeb – lůžkové péče – skupina 3	153
Tabulka 79 – Místní dostupnost zdravotních služeb – lůžkové péče – skupina 4	154
Tabulka 80 – Zákonné požadavky na časovou dostupnost zdravotních služeb	155
Tabulka 81 – Časová dostupnost náhrady kyčelního kloubu v lůžkových zařízeních Ústeckého kraje	155
Tabulka 82 – Časová dostupnost náhrady kolenního kloubu v lůžkových zařízeních Ústeckého kraje	156
Tabulka 83 – Časová dostupnost artroskopie v lůžkových zařízeních Ústeckého kraje	156
Tabulka 84 – Časová dostupnost angiografie v lůžkových zařízeních Ústeckého kraje	156
Tabulka 85 – Časová dostupnost echokardiografie v lůžkových zařízeních Ústeckého kraje	157
Tabulka 86 – Časová dostupnost operace katarakty v lůžkových zařízeních Ústeckého kraje	157
Tabulka 87 – Časová dostupnost endoskopického vyšetření v lůžkových zařízeních Ústeckého kraje	158
Tabulka 88 – Časová dostupnost denzitometrie v lůžkových zařízeních Ústeckého kraje	158
Tabulka 89 – Časová dostupnost skiografie v lůžkových zařízeních Ústeckého kraje	159
Tabulka 90 – Časová dostupnost sonografie v lůžkových zařízeních Ústeckého kraje	159
Tabulka 91 – Časová dostupnost počítačové tomografie v lůžkových zařízeních Ústeckého kraje	160
Tabulka 92 – Časová dostupnost magnetické rezonance v lůžkových zařízeních Ústeckého kraje	160
Tabulka 93 – Časová dostupnost mamografického vyšetření v lůžkových zařízeních Ústeckého kraje	160
Tabulka 94 – Časová dostupnost biologické léčby RS v lůžkových zařízeních Ústeckého kraje	161
Tabulka 95 – Vlastnická struktura poskytovatelů akutní lůžkové péče v Ústeckém kraji	162
Tabulka 96 – Vlastnická struktura poskytovatelů následné lůžkové péče v Ústeckém kraji	162
Tabulka 97 – Pracovníci (přepočtený stav včetně smluvních) v ZZ Ústeckého kraje	170

Tabulka 98 – Pracovníci na 10.000 obyvatel ve zdravotnických zařízeních ČR	171
Tabulka 99 – Pracovníci podle jednotlivých druhů zdravotnických služeb v Ústeckém kraji.....	173
Tabulka 100 – Dosažená specializovaná způsobilost lékařů Ústeckého kraje.....	179
Tabulka 101 – Struktura lékařů podle specializace v Krajské zdravotní, a.s. k 31.12.2012	181
Tabulka 102 – Rozmístění výjezd.zákl. a struktura výjezd.skup. po opatření dle Plánu pokrytí.....	200
Tabulka 103 – Rozmístění ordinací LPS pro dospělé a LPS pro děti a dorost	208
Tabulka 104 – Síť ZZ v oblasti LPS k 31.12.2012.....	209
Tabulka 105 – Seznam poskytovatelů zajišťujících v rámci LPS prohlídky těl zemřelých v ÚK.....	212
Tabulka 106 – Seznam provozovatelů PZS v České republice	215
Tabulka 107 – Projektové záměry poskytovatelů zdravotní péče	230
Tabulka 108 – Projektové záměry v oblasti ZZS	234
Tabulka 109 – Ostatní projektové záměry	234
Tabulka 110 – Rekapitulace projektových záměrů.....	235

POUŽITÉ ZDROJE

- [1] ČSÚ, Demografické ročenky ČR 2001-2012.
- [2] ČSÚ, Demografické ročenky krajů 2001-2012.
- [3] ČSÚ, Historický lexikon obcí ČR 1869-2005.
- [4] ČSÚ, Populační vývoj v krajích 1991-2012.
- [5] ČSÚ, Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2065, 2009.
- [6] ČSÚ, Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100, 2013.
- [7] ČSÚ, Projekce obyvatelstva v krajích a oblastech ČR do roku 2065, 2010.
- [8] ČSÚ, Statistická ročenka Ústeckého kraje 2012, 2013.
- [9] ČSÚ, Základní tendence demografického vývoje v Ústeckém kraji v roce 2011.
- [10] ČSÚ, Zdravotnictví v regionálním pohledu, 2011.
- [11] Krajská zdravotní, a.s., Výroční zpráva 2012.
- [12] L. D. Šídlo, „Aplikace "Nemocnost a dostupnost zdravotní péče nemocnic v krajích ČR",“ 2013.
- [13] ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 16/2013, 2013.
- [14] ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 49/2013.
- [15] ÚZIS ČR, Činnost praktických lékařů pro dospělé v Ústeckém kraji v roce 2012, 2013.
- [16] ÚZIS ČR, Činnost zdravotnických zařízení v roce 2012, 2013.
- [17] ÚZIS ČR, Demence: priorita pro systém zdravotnictví (zpráva WHO), 2012.
- [18] ÚZIS ČR, Diabetologie - činnost oboru v Ústeckém kraji v roce 2012, 2013.
- [19] ÚZIS ČR, Ekonomické informace ve zdravotnictví 2012, 2013.
- [20] ÚZIS ČR, Gynekologická péče – činnost oboru v Ústeckém kraji v roce 2012, 2013.
- [21] ÚZIS ČR, Hospitalizovaní a zemřelí na cévní nemoci mozku v ČR ve letech 2003-2010, 2012.
- [22] ÚZIS ČR, Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2007 - 2011, 2008-2012.
- [23] ÚZIS ČR, Infekční nemoci 2012, 2013.
- [24] ÚZIS ČR, Lůžková péče 2012, 2013.
- [25] ÚZIS ČR, Narození a zemřelí do 1 roku 2012, 2013.
- [26] ÚZIS ČR, Nemocnost a úmrtnost na ischemické nemoci srdeční v ČR v letech 2003-2010, 2012.
- [27] ÚZIS ČR, Novotvary 2010, 2013.
- [28] ÚZIS ČR, Péče o pacienty léčené pro demence v ambul. a lůžkových zařízeních ČR v letech 2007-2011, 2012.
- [29] ÚZIS ČR, Pohlavní nemoci 2011, 2012.
- [30] ÚZIS ČR, Síť zdravotnických zařízení v roce 2012, 2013.
- [31] ÚZIS ČR, Vrozené vady u narozených v roce 2011, 2012.
- [32] ÚZIS ČR, Zdravotnická ročenka ČR 2012, 2013.
- [33] ÚZIS ČR, Zdravotnická ročenka Ústeckého kraje 2011.
- [34] ÚZIS ČR, Zdravotnictví ČR 2012 ve statistických údajích, 2013.
- [35] ÚZIS ČR, Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2012, 2013.
- [36] ÚZIS ČR, Zdravotnictví Ústeckého kraje 2003 - 2012.
- [37] ÚZIS ČR, Zemřelí 2012, 2013.
- [38] VZP, Ročenka 2012, 2013.
- [39] ZZS ÚK, Zpráva o činnosti ZZS ÚK p.o. za r. 2012.