KATEDRA DEMOGRAFIE A GEODEMOGRAFIE
Přírodovědecká fakulta
Univerzita Karlova v Praze
Tel: (+420) 221 951 418
E-mail: demodept@natur.cuni.cz
URL: http://www.natur.cuni.cz/demografie

Demografické perspektivy zajištění primární zdravotní péče v České republice

Diskusní večer České demografické společnosti

RNDr. Luděk Šídlo, Ph.D.

ludek.sidlo@gmail.com

Praha, 15. prosince 2010

Zdůvodnění volby tématu

- **Stárnutí lékařů a dostupnost zdravotní péče = diskutované téma**

- Vysoká aktuálnost tématu jednoho z klíčových veřejných systémů
  - poskytování zdravotní péče na našem území – historické kořeny
  - významné změny po roce 1989

- Nezpracovaná problematika

- Možné aplikační možnosti výsledků této práce v případě zájmu ze strany zainteresovaných orgánů

Struktura prezentace

- Uvedení do problematiky
- Demografická struktura lékařů primární zdravotní péče České republice v období 2000—2007 v regionálním pohledu
  - počet lékařů
  - věková struktura lékařů
- Analýza pohybu lékařů
- Sestavení modelů vstupujících a vystupujících lékařů
- Modelové scénáře budoucího vývoje lékařů primární zdravotní péče do roku 2040
- Hlavní závěry a doporučení

Uvedení do problematiky

Vymezení primární zdravotní péče

- Definice primární zdravotní péče (WHO, 1978):

„…základní zdravotní péče založená na praktických, vědecky podložených a společensky akceptovatelných metodách a technologiích, která je všeobecně přístupná jednotlivcům a rodinám v rámci společnosti prostřednictvím jejich plné participace, přičemž náklady spojené s ní si společnost a země může dovolit udržet v každém stupni svého rozvoje v duchu samostatnosti a svobodného rozhodování. Je nedílnou součástí jak zdravotního systému dané země, ve kterém má hlavní funkci a zaměřuje se na hlavní úkoly, tak celkového sociálního a ekonomického rozvoje společnosti. Jedná se o péči, která je prvním kontaktem jedince, rodiny a společnosti se zdravotním systémem země, přináší zdravotní péči co nejblíže k místu života a práce lidí a představuje první stupeň průběžného procesu zdravotní péče“

Vymezení primární zdravotní péče

- V ČR není pojem primární péče zakotven v žádném platném právním předpisu — pouze připravovaném návrhu zákona

- Poskytovatelé primární péče (dle Čeledové, 1998):
  - praktičtí lékaři pro dospělé
  - praktičtí lékaři pro děti a dorost
  - rodinní lékaři
  - ambulantní gynekologové
  - stomatologové
  - agentury domácí péče
  - pracovníci komunit, a to jak zdravotníci, tak „nezdravotníci“
  - lékařská služba první pomoci
  - lékárenská pohotovostní služba

Použitá data a metodologie

- ÚZIS ČR – **Registr lékařů, zubních lékařů a farmaceutů** (RLZF) – data podle hlavního oboru činnosti

- Data za lékaře gynekology – data pouze za ambulantní gynekology nejsou tříděna, proto v potaz data za lékařskou odbornost gynekologie a porodnictví

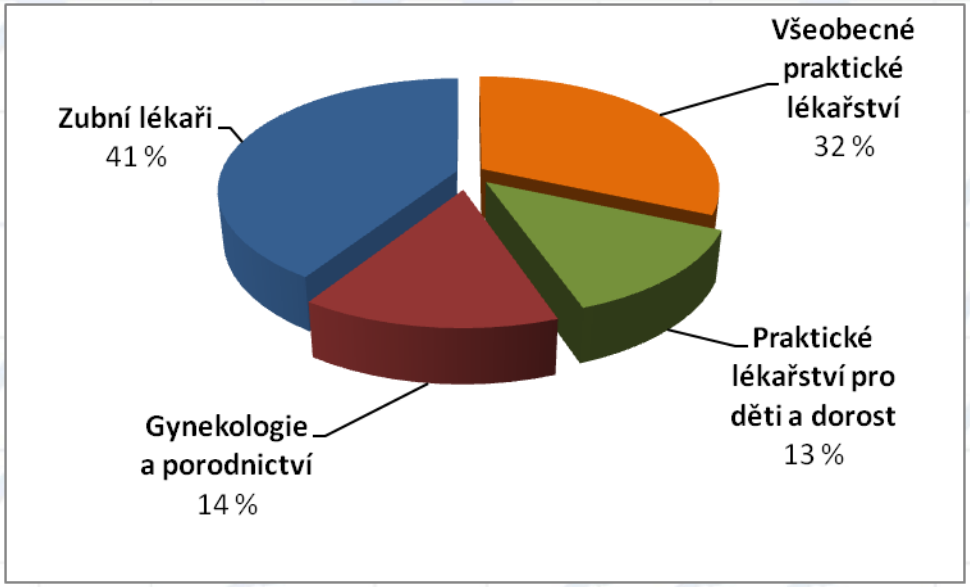
- Zpracovávány data za tyto lékařské odbornosti:
  - **všeobecné praktické lékařství**
  - **praktické lékařství pro děti a dorost**
  - **gynekologie a porodnictví**
  - **zubní lékařství**

Demografická struktura lékařů primární zdravotní péče v České republice v období 2000—2007 v regionálním pohledu

Počet lékařů primární zdravotní péče

Počet lékařů primární péče

- Celkový počet primárních lékařů v České republice se dlouhodobě pohybuje kolem hranice 16,5 tis. lékařů

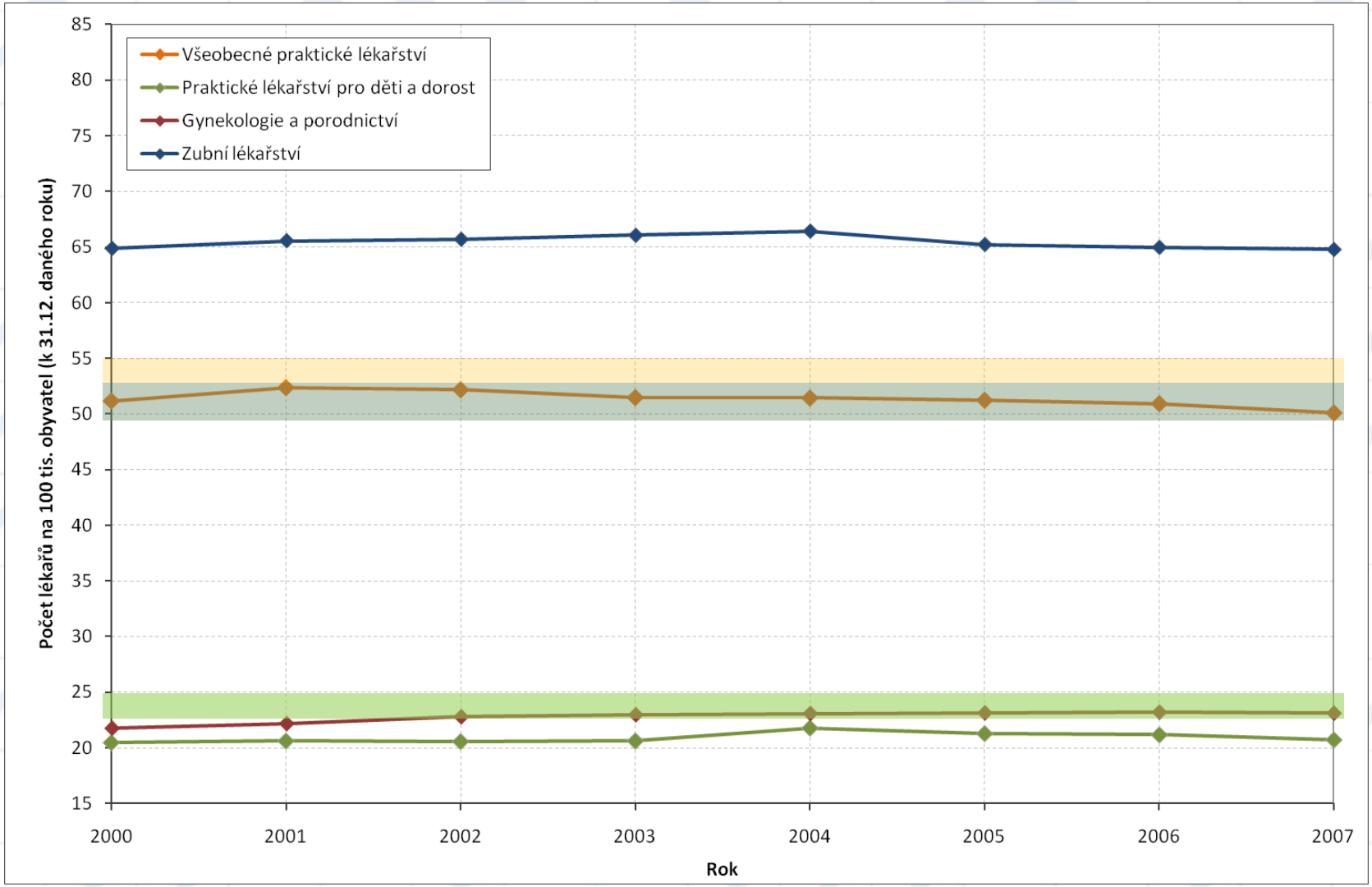


- Při hodnocení počtu lékařů se používá ukazatel **počtu lékařů na 100 000 obyvatel**

- V ČR neexistuje žádné zákonné nařízení, které by určovalo, kolik musí být lékařů na daný počet obyvatel — pouze **doporučené počty**
  - všeobecné praktické lékařství ⇨ 50—55 lékařů
  - praktické lékařství pro děti a dorost ⇨ 22—25 lékařů
  - gynekologie a porodnictví ⇨ 9 lékařů
  - zubní lékařství ⇨ 50—53 lékařů

Vývoj průměrného počtu lékařů primární péče na 100 tis. obyvatel podle hlavních oborů činnosti,

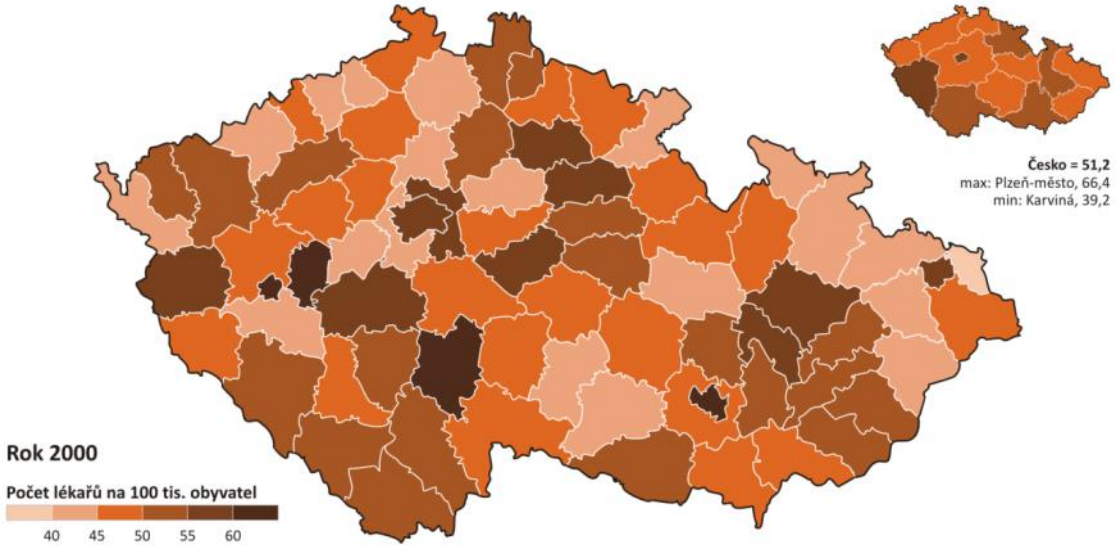
Česká republika, 2000—2007 (koncové stavy)



Zdroj dat: ÚZIS, 2009; ČSÚ, 2009; vlastní výpočty

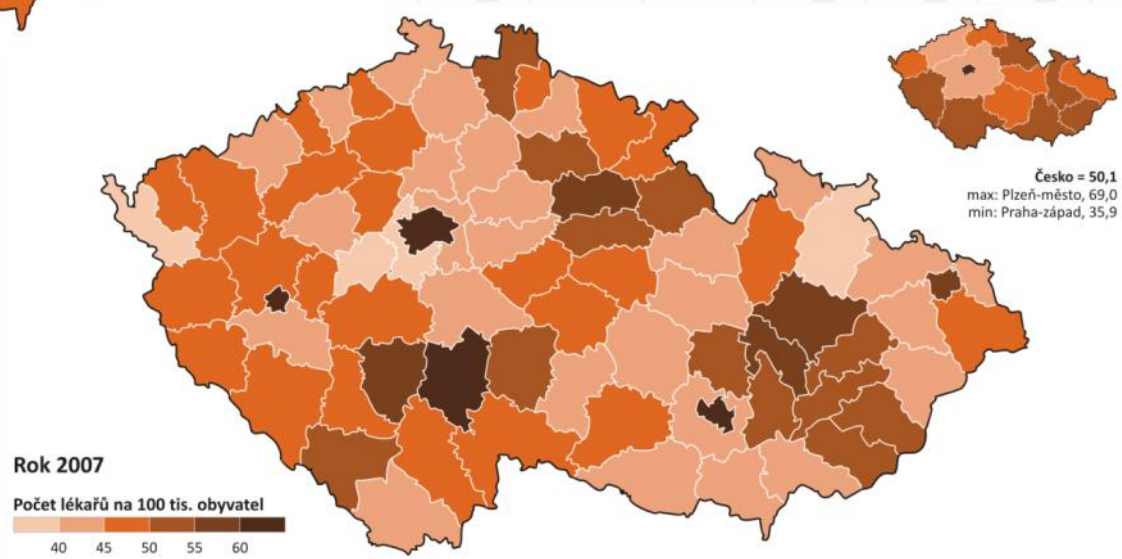
Všeobecné praktické lékařství — lékaři na 100 tis. obyvatel

Česká republika, 2000 a 2007 (koncové stavy)



2000

- Variační rozpětí = 27,1
- Variační koeficient = 11,2 %



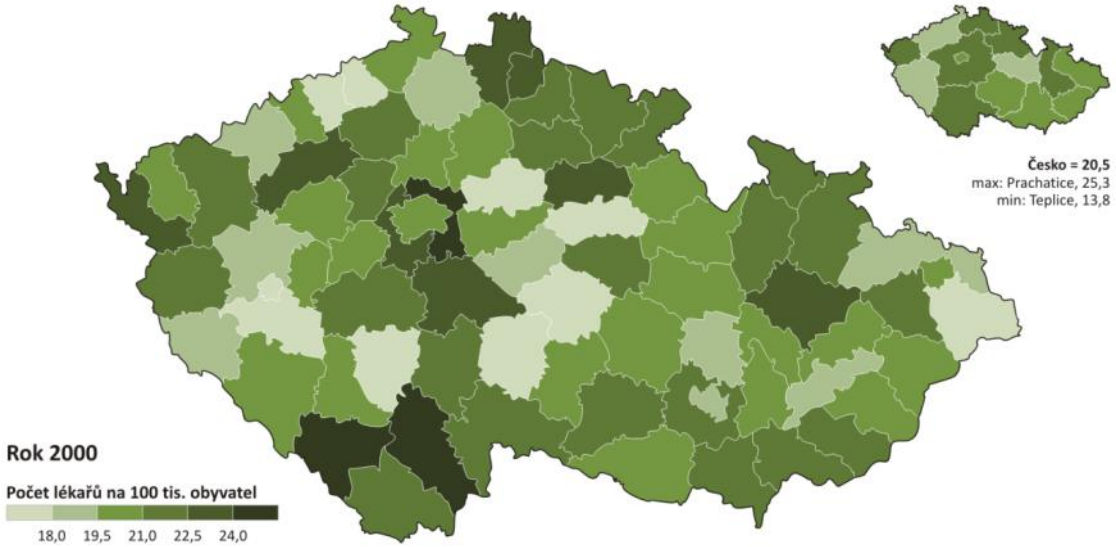
2007

- Variační rozpětí = 33,1
- Variační koeficient = 12,8 %

Zdroj dat: ÚZIS, 2009; ČSÚ, 2009; vlastní výpočty

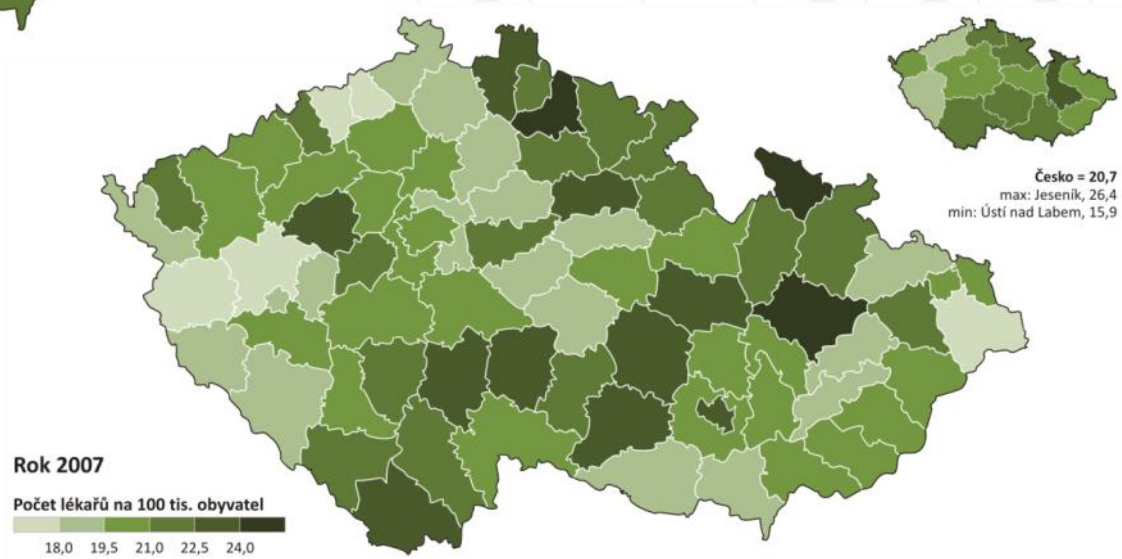
Praktické lékařství pro děti a dorost — lékaři na 100 tis. obyvatel

Česká republika, 2000 a 2007 (koncové stavy)



2000

- Variační rozpětí = 11,4
- Variační koeficient = 10,3 %



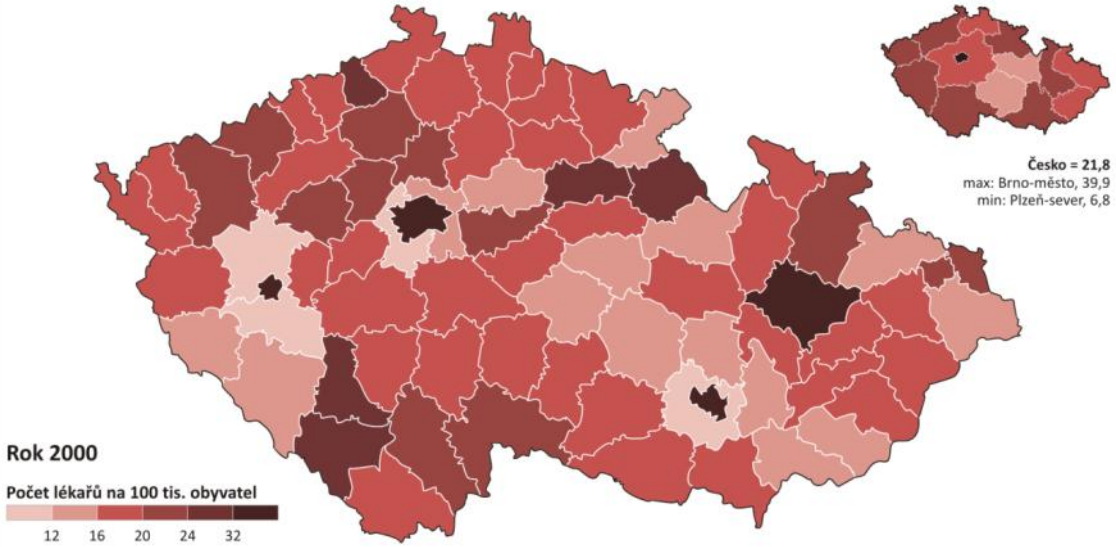
2007

- Variační rozpětí = 10,5
- Variační koeficient = 9,2 %

Zdroj dat: ÚZIS, 2009; ČSÚ, 2009; vlastní výpočty

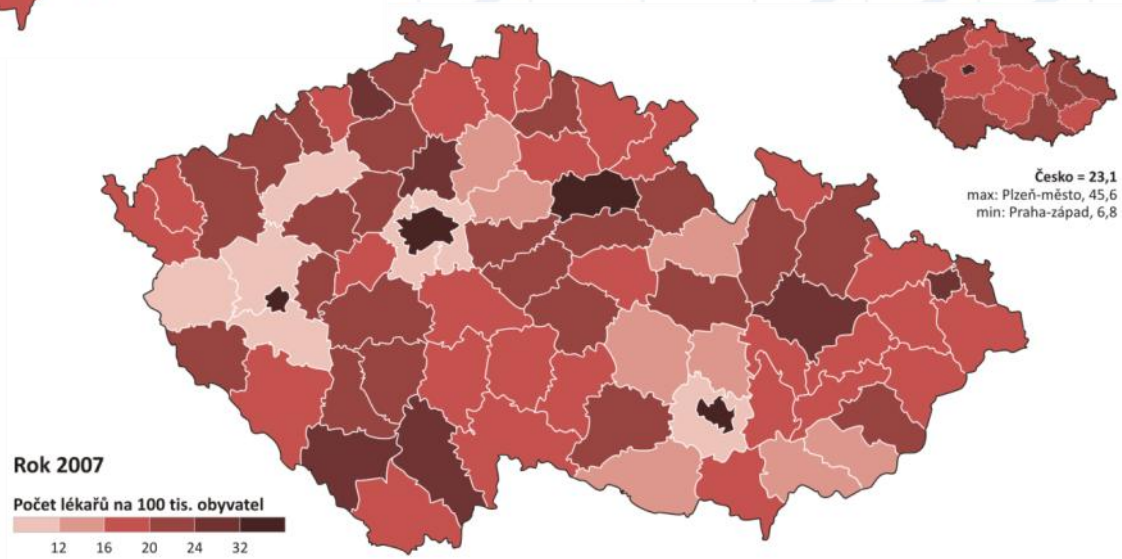
Gynekologie a porodnictví — lékaři na 100 tis. obyvatel

Česká republika, 2000 a 2007 (koncové stavy)



2000

- Variační rozpětí = 33,1
- Variační koeficient = 26,3 %

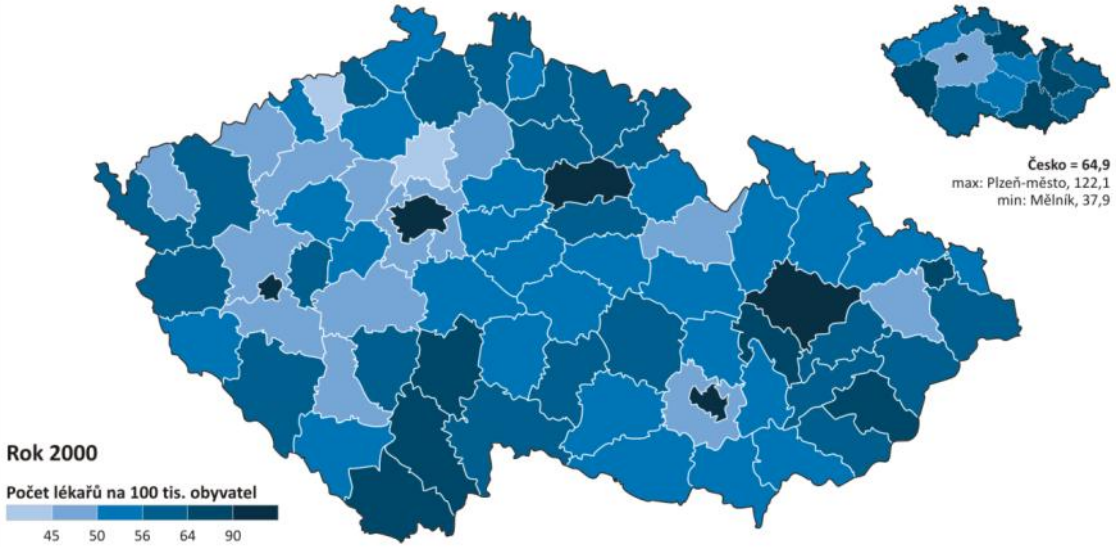


2007

- Variační rozpětí = 38,8
- Variační koeficient = 27,7 %

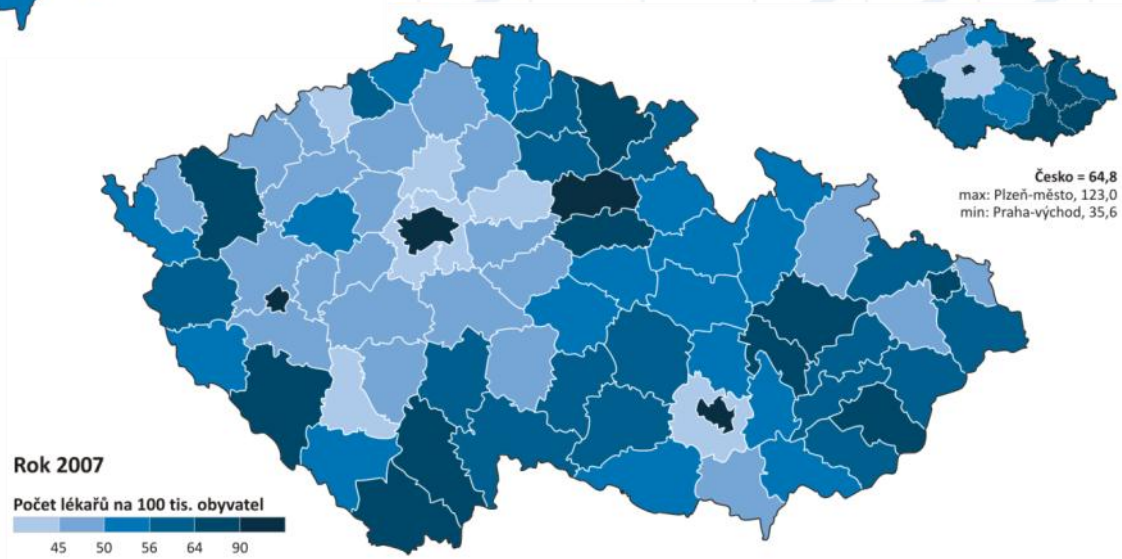
Zdroj dat: ÚZIS, 2009; ČSÚ, 2009; vlastní výpočty

Zubní lékařství
— lékaři na 100 tis. obyvatel
Česká republika, 2000 a 2007 (koncové stavy)



2000

- Variační rozpětí = 84,2
- Variační koeficient = 21,3 %



2007

- Variační rozpětí = 87,4
- Variační koeficient = 23,1 %

Zdroj dat: ÚZIS, 2009; ČSÚ, 2009; vlastní výpočty

Počet lékařů PZP a jejich dostupnost
— celkové zhodnocení

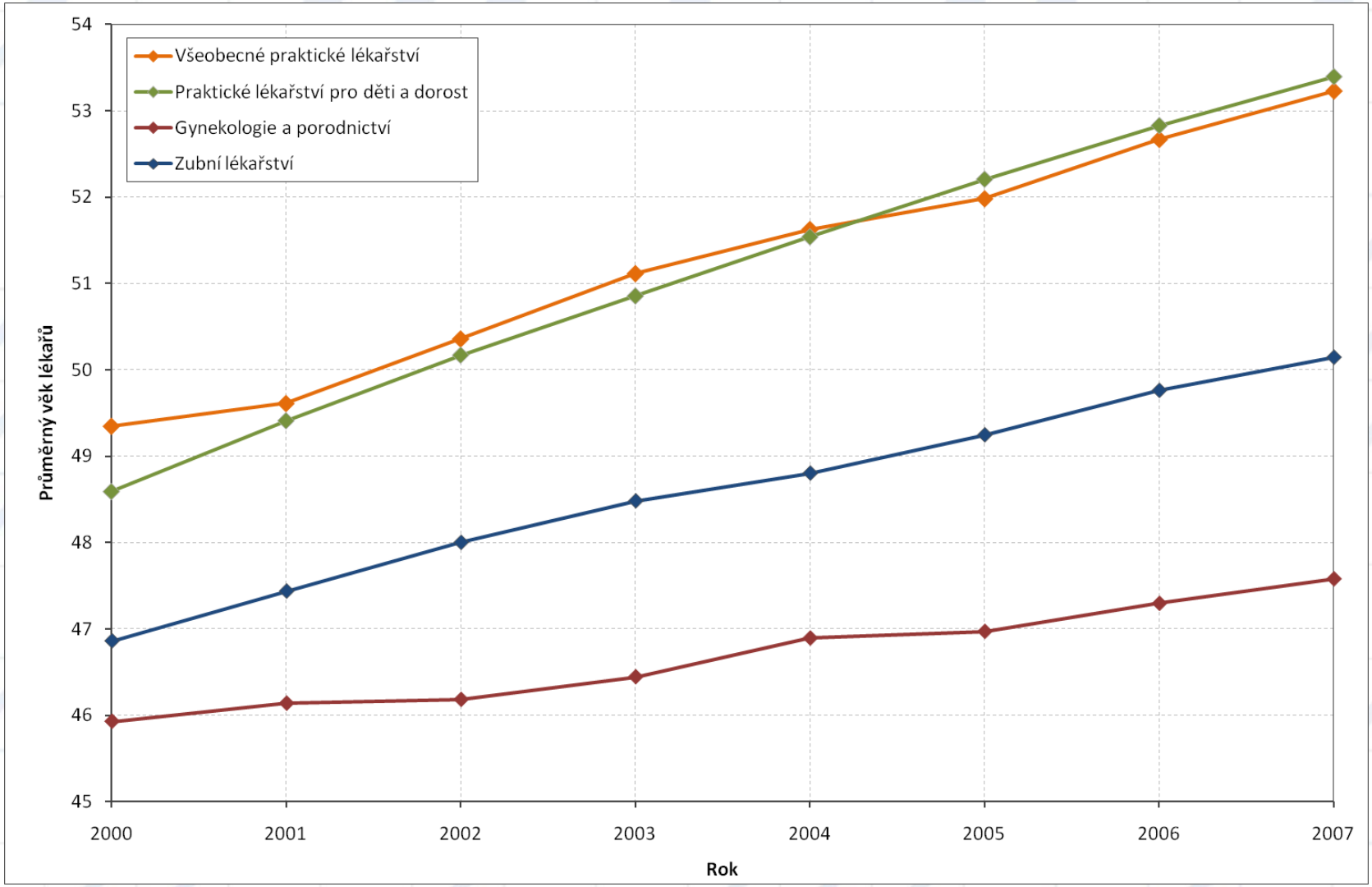
- Použitý ukazatel k hodnocení — není zcela vhodný
- Počet praktických lékařů (dospělí, děti a dorost) — již dnes na spodní hranici doporučených počtů
- Gynekologové a zubní lékaři — oproti doporučeným počtům výrazně vyšší hodnoty
- Regionální odlišnost poměrně velké vs. specifika jednotlivých oborů činnosti
  - prozatím relativně dobrá dostupnost
  - vhodnější je analýza na úrovni vyšších celků (krajů)

Demografická struktura lékařů primární zdravotní péče v České republice v období 2000—2007 v regionálním pohledu

Věková struktura lékařů

Vývoj průměrného věku lékařů

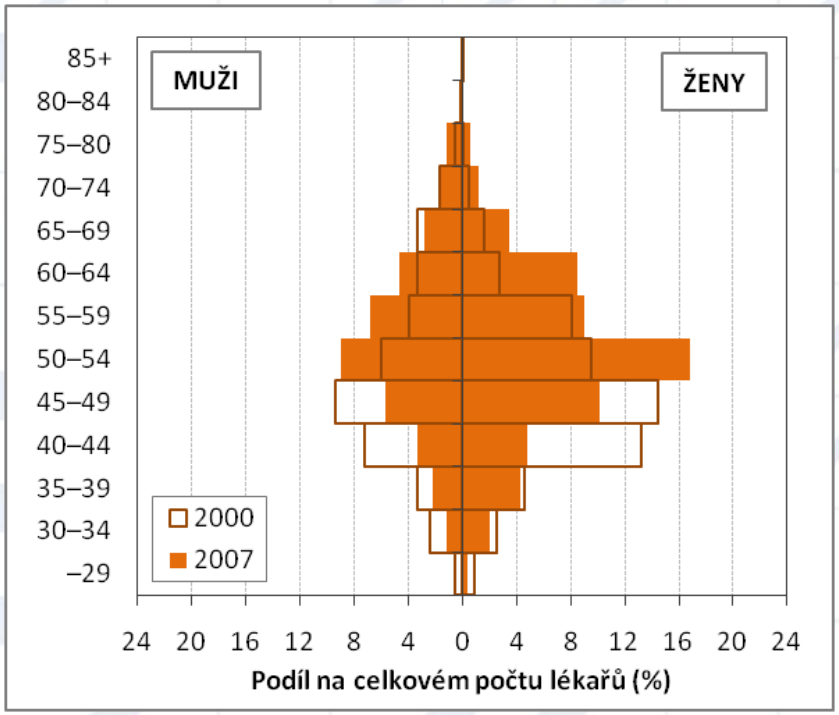
Česká republika, kraje, 2000—2007 (koncové stavy)



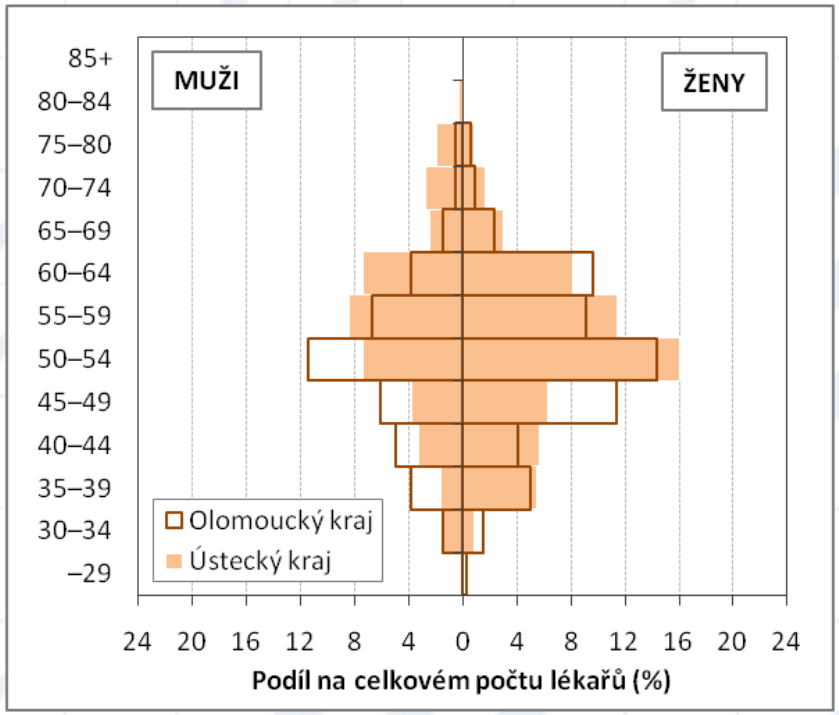
Zdroj dat: ÚZIS, 2009; vlastní výpočty

Všeobecné praktické lékařství — věková struktura

Česká republika, 2000 a 2007 (koncové stavy)



Struktura lékařů podle věku a pohlaví,
Česká republika, 2000 a 2007 (koncové stavy)

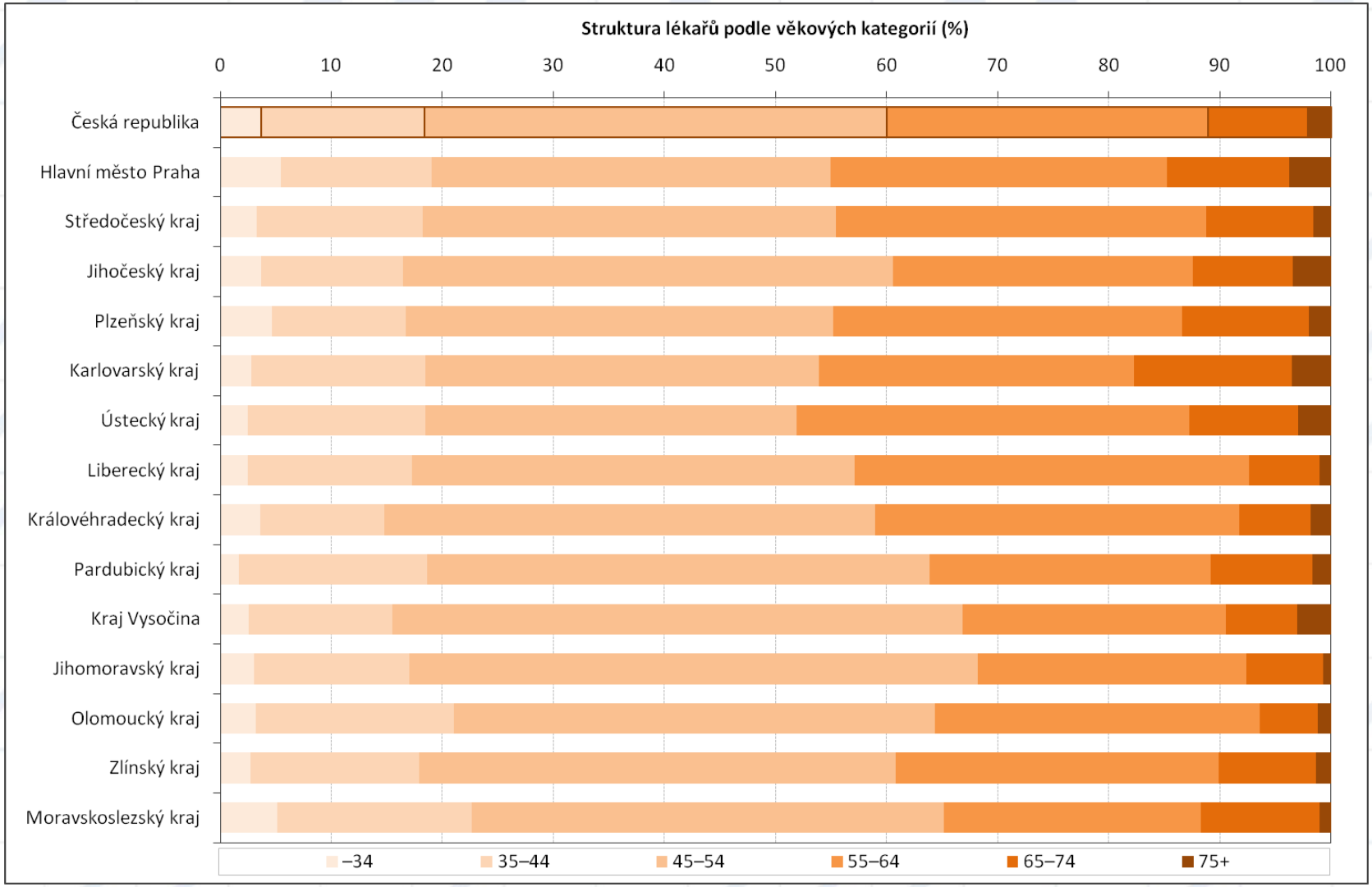


Nejstarší a nejmladší věková struktura lékařů,
kraje České republiky, 31.12.2007

Zdroj dat: ÚZIS, 2009; vlastní výpočty

Všeobecné praktické lékařství — struktura lékařů podle věkových kategorií

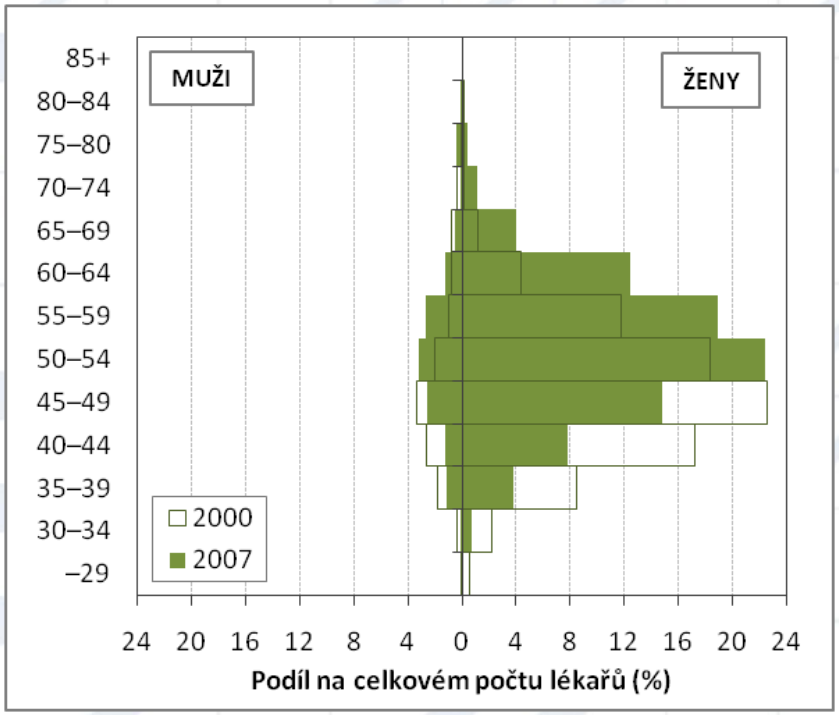
Česká republika, kraje, 2007



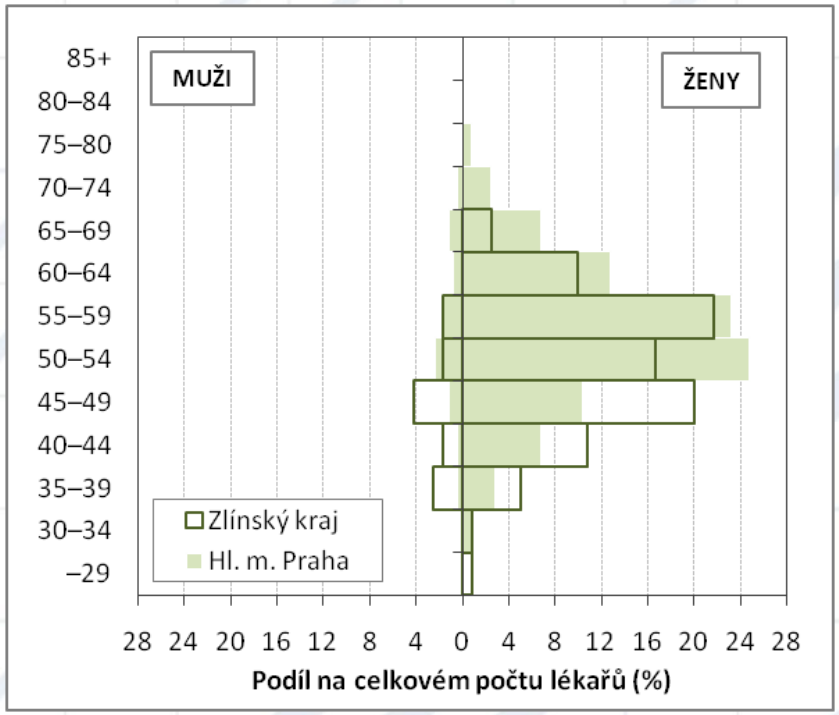
Zdroj dat: ÚZIS, 2009; vlastní výpočty

Praktické lékařství pro děti a dorost — věková struktura

Česká republika, 2000 a 2007 (koncové stavy)



Struktura lékařů podle věku a pohlaví,
Česká republika, 2000 a 2007 (koncové stavy)

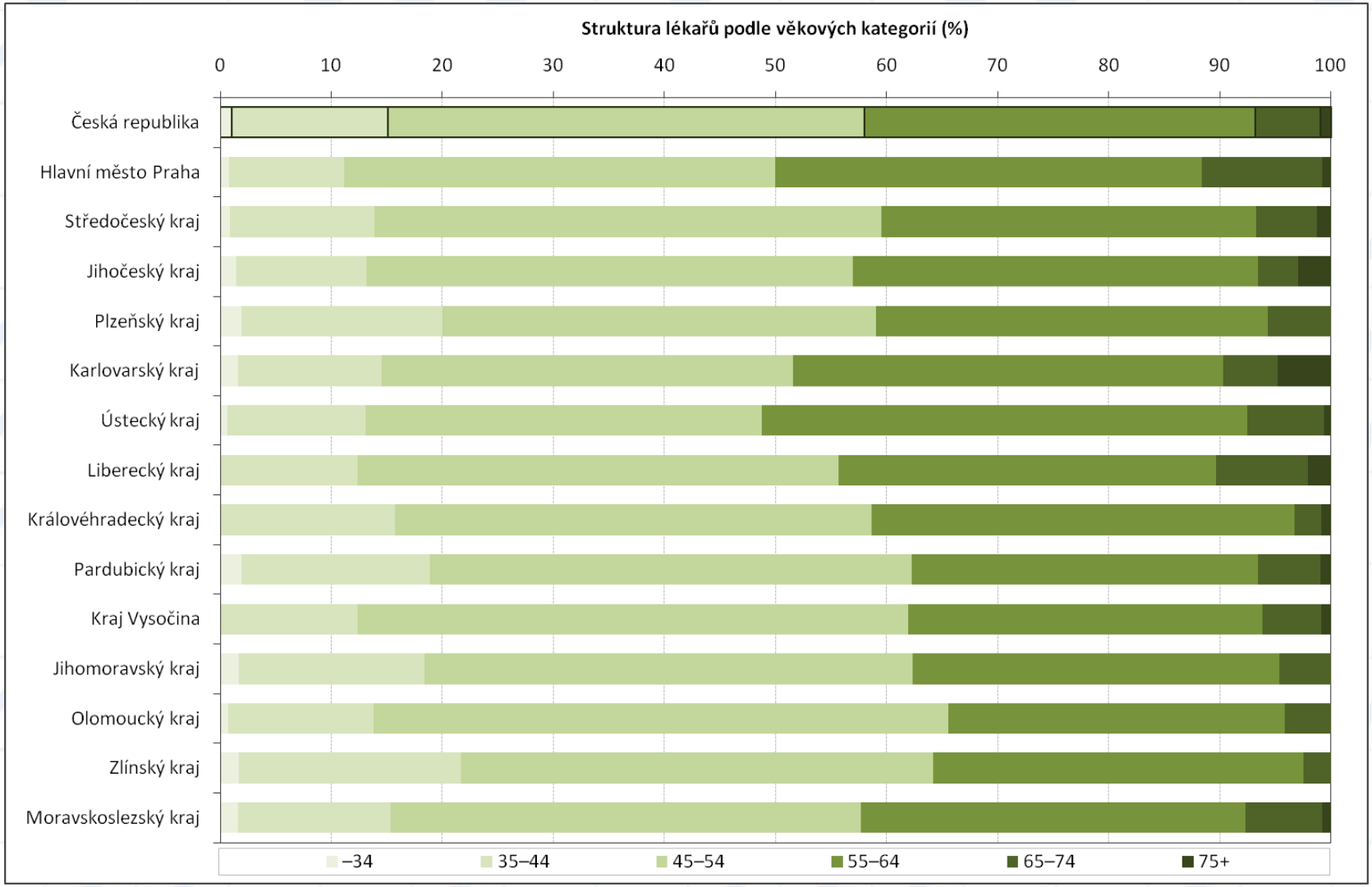


Nejstarší a nejmladší věková struktura lékařů,
kraje České republiky, 31.12.2007

Zdroj dat: ÚZIS, 2009; vlastní výpočty

Praktické lékařství pro děti a dorost — struktura lékařů podle věkových kategorií

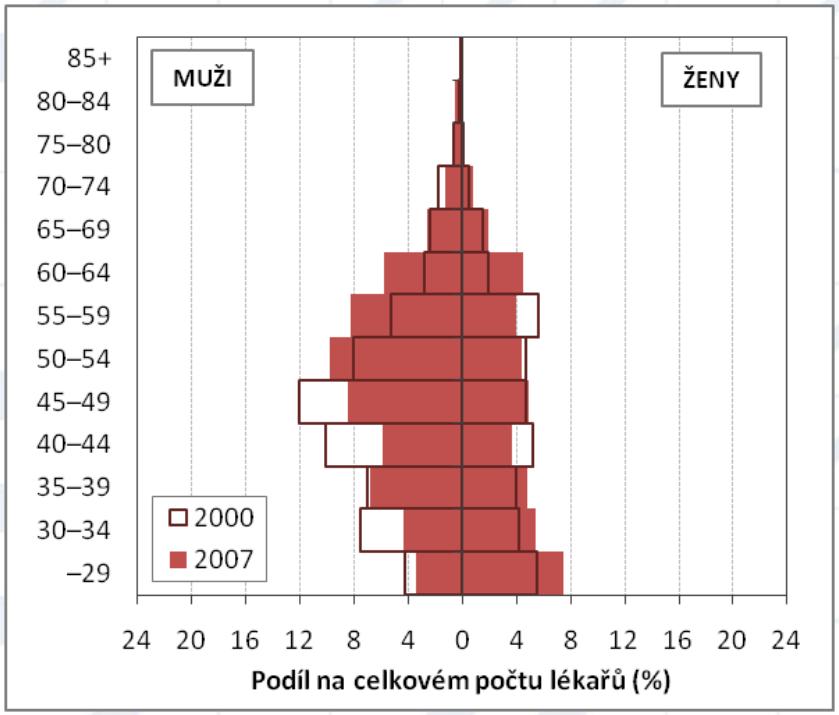
Česká republika, kraje, 2007



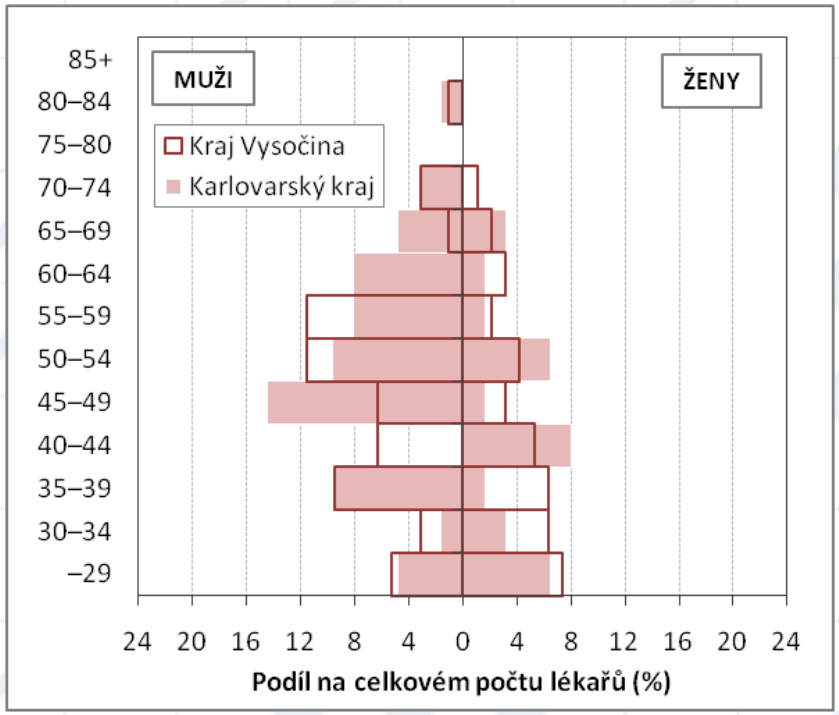
Zdroj dat: ÚZIS, 2009; vlastní výpočty

Gynekologie a porodnictví — věková struktura

Česká republika, 2000 a 2007 (koncové stavy)



Struktura lékařů podle věku a pohlaví,
Česká republika, 2000 a 2007 (koncové stavy)

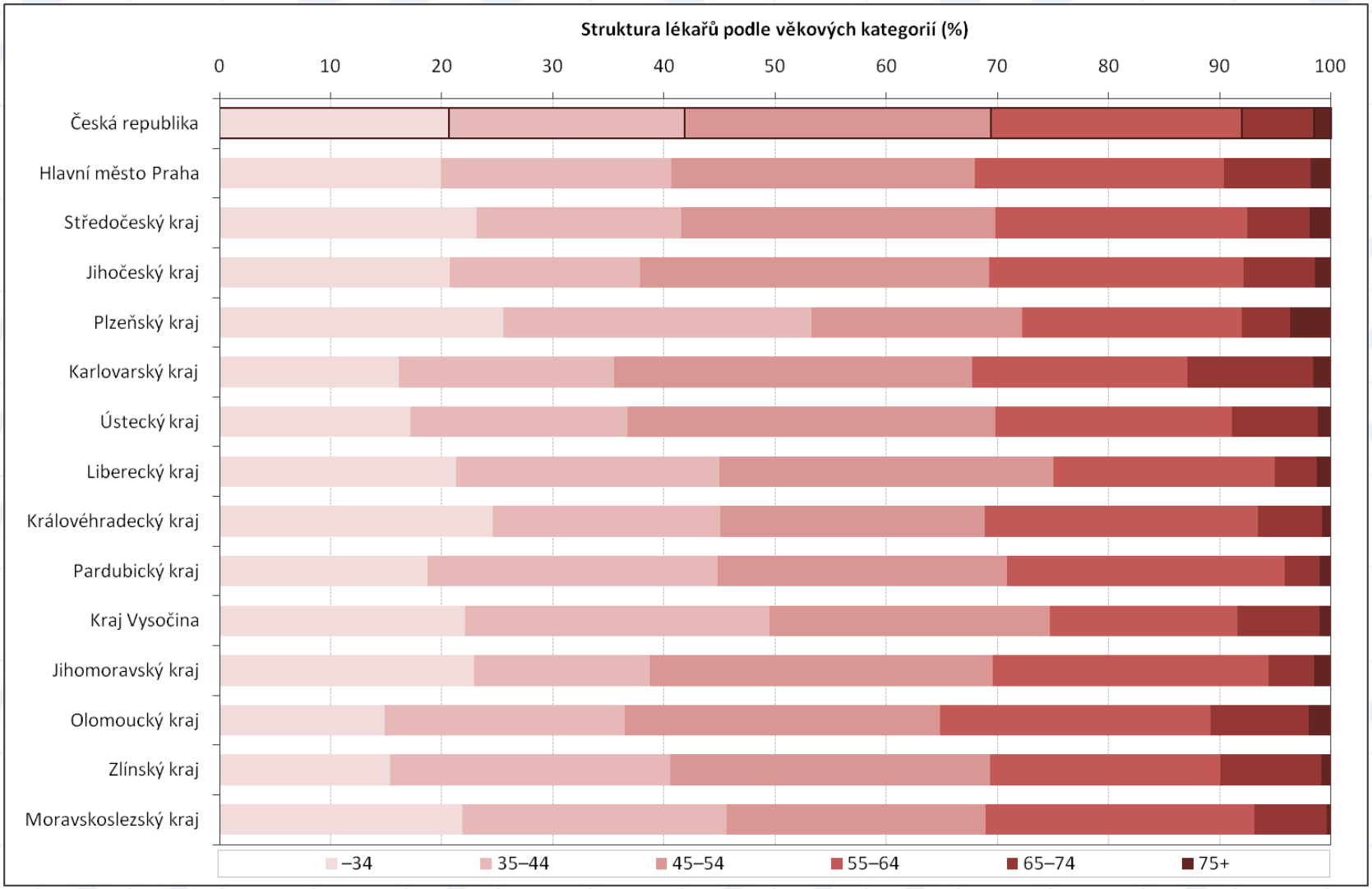


Nejstarší a nejmladší věková struktura lékařů,
kraje České republiky, 31.12.2007

Zdroj dat: ÚZIS, 2009; vlastní výpočty

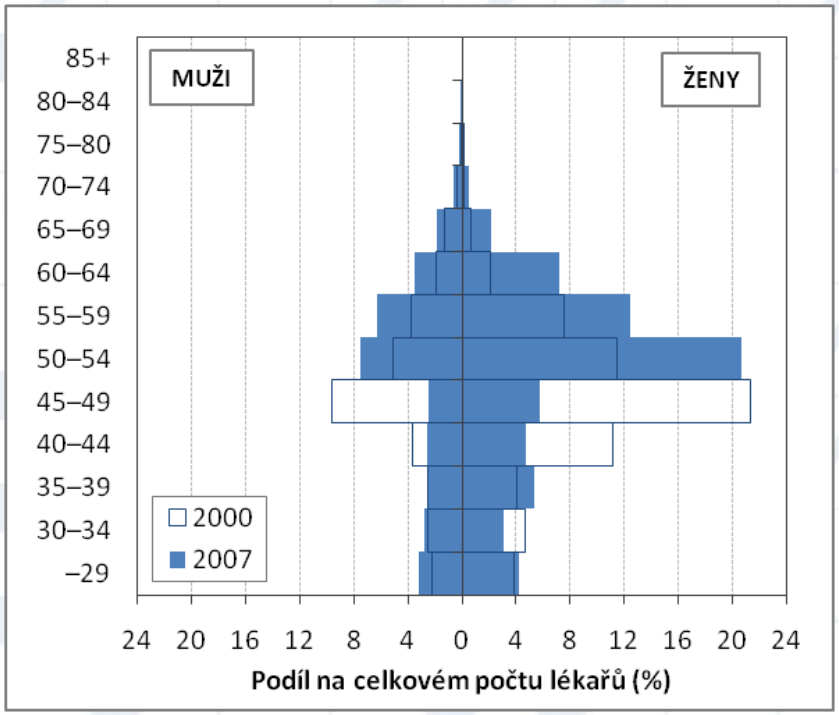
Gynekologie a porodnictví — struktura lékařů podle věkových kategorií

Česká republika, kraje, 2007

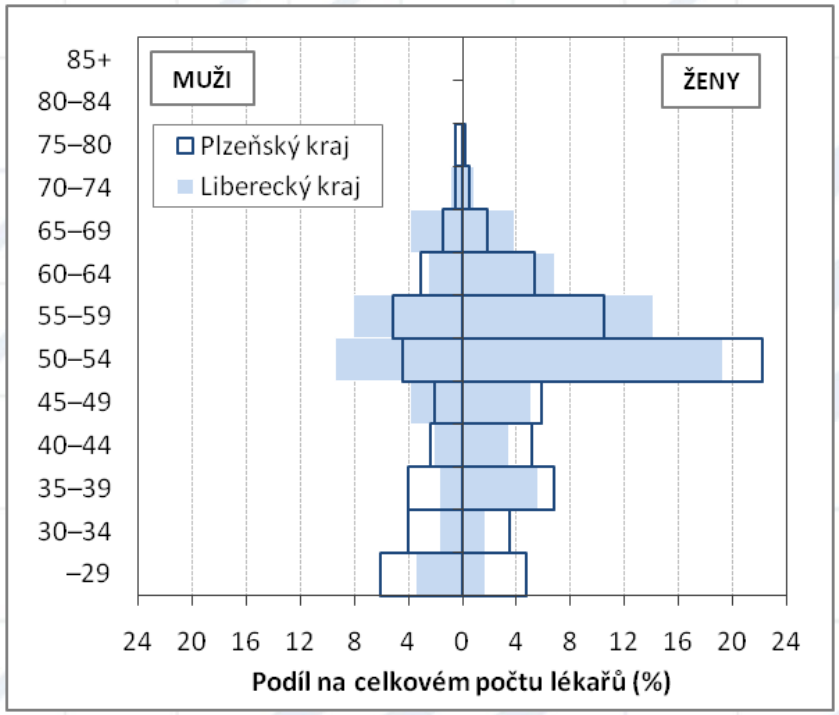


Zdroj dat: ÚZIS, 2009; vlastní výpočty

Zubní lékařství
— věková struktura
Česká republika, 2000 a 2007 (koncové stavy)

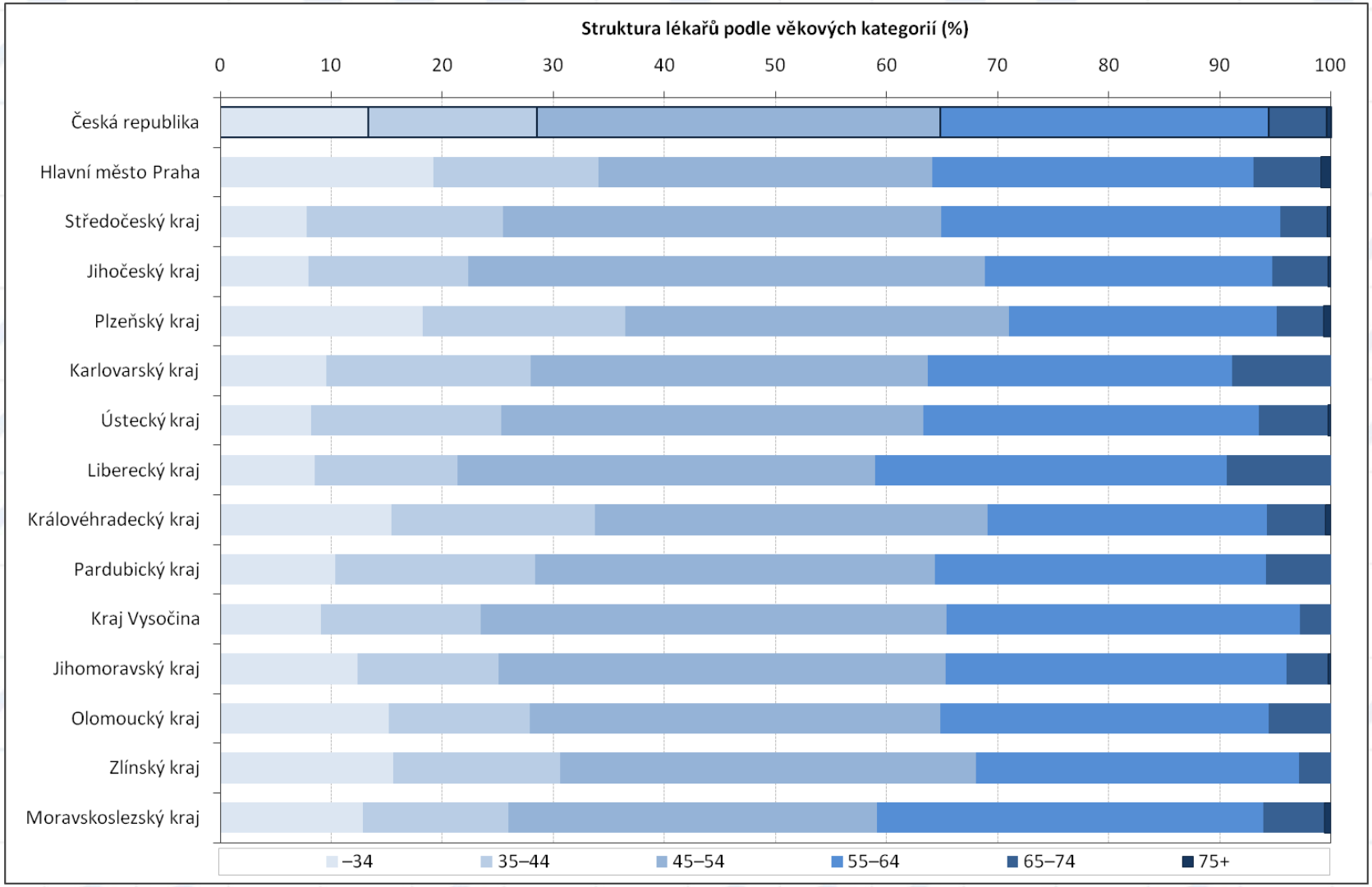


Struktura lékařů podle věku a pohlaví,
Česká republika, 2000 a 2007 (koncové stavy)



Nejstarší a nejmladší věková struktura lékařů,
kraje České republiky, 31.12.2007

Zubní lékařství
— struktura lékařů podle věkových kategorií
Česká republika, kraje, 2007



Zdroj dat: ÚZIS, 2009; vlastní výpočty

Věková struktura lékařů
— celkové zhodnocení

- Velmi **nerovnoměrné věkové struktury**, především u VPL a PLDD
- Těžiště ve vyšším produktivní věku — otázka: *kdo bude vykonávat tuto profesi po jejich odchodu ze systému*?
- V mladších věkových kategorií **není v současné době dostatečná náhrada**
- Nejlepší výchozí stav pro budoucí vývoj: gynekologie a porodnictví
- Existují také regionální rozdíly: starší věková struktura lékařů v oblastech severozápadního pohraničí (Karlovarský, Ústecký a Liberecký kraj) — často nejhorší ze všech krajů České republiky

Analýza pohybu lékařů

Pohyb lékařů
v rámci zdravotnického systému

VSTUP DO SYSTÉMU

PŘIROZENÝ POHYB

Absolventi lékařských fakult

MECHANICKÝ POHYB

Příchod lékařů z jiného regionu

Návrat k výkonu lékařské profese po předchozím odchodu či přerušení.

KMEN LÉKAŘŮ

VÝSTUP ZE SYSTÉMU

PŘIROZENÝ POHYB

Úmrtí lékaře

Odchod do důchodu

MECHANICKÝ POHYB

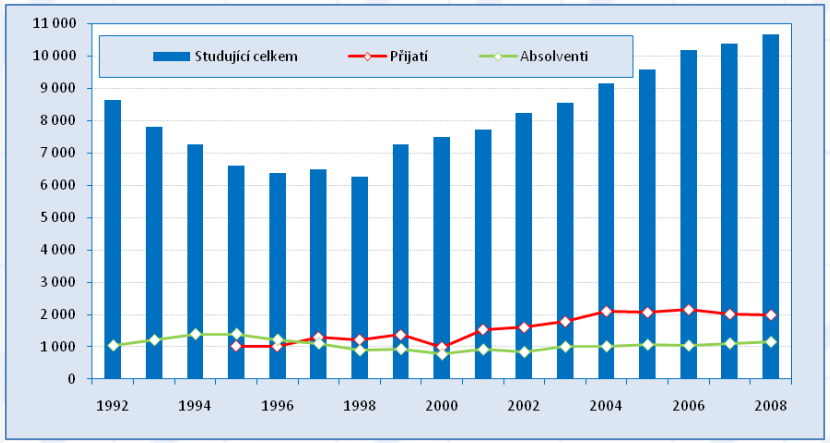
Odchod lékařů přes administrativní hranice určitého regionu

Opuštění výkonu lékařské profese z jiných důvodů

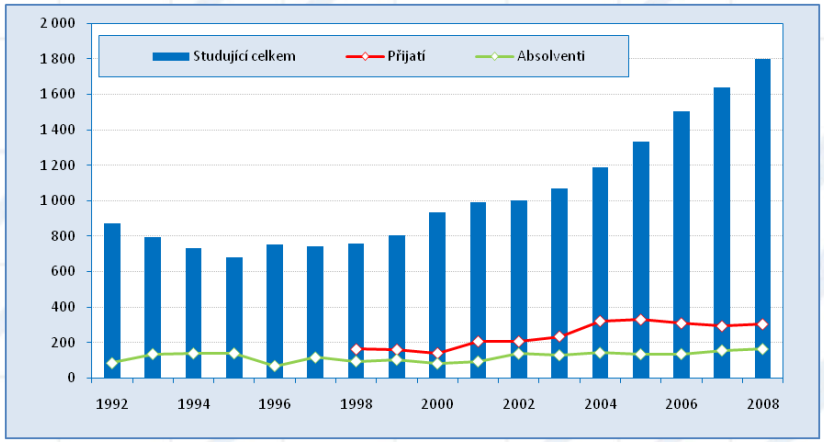
Přirozený pohyb lékařů

Studenti a absolventi lékařských fakult

Všeobecné lékařství



Zubní lékařství



Obor	2001—2004		2005—2007		2006—2009
	reálné	teoretické	reálné	teoretické	atestace
VPL	65	189	59	172	53
PLDD	29	76	19	72	3
GYN	60	83	48	79	31
ZUB	126	165	136	160	..
PZP celkem	280	513	262	483	
- podíl žen	63 %	57 %	70 %	61 %	..

Přirozený pohyb lékařů
Ukončení lékařské praxe

- Ukončení lékařské praxe, kromě odchodu do zahraničí, lze dvojím způsobem:
  - úmrtím lékaře
  - ukončením činnosti, a to např. z důvodu odchodu do důchodu.
- Data neumožňují bližší analýzu ukončování lékařské praxe (ani ÚZIS, ani databáze profesních komor) — lze jen teoreticky odhadovat, viz dále
- V současnosti: podíl pracujících lékařů primární péče ve věku 65 a více let v rozmezí 10—20 %, vzhledem k věkové struktuře jednotlivých odborností se dá předpokládat, že uvedený podíl v následujících letech ještě výrazně naroste

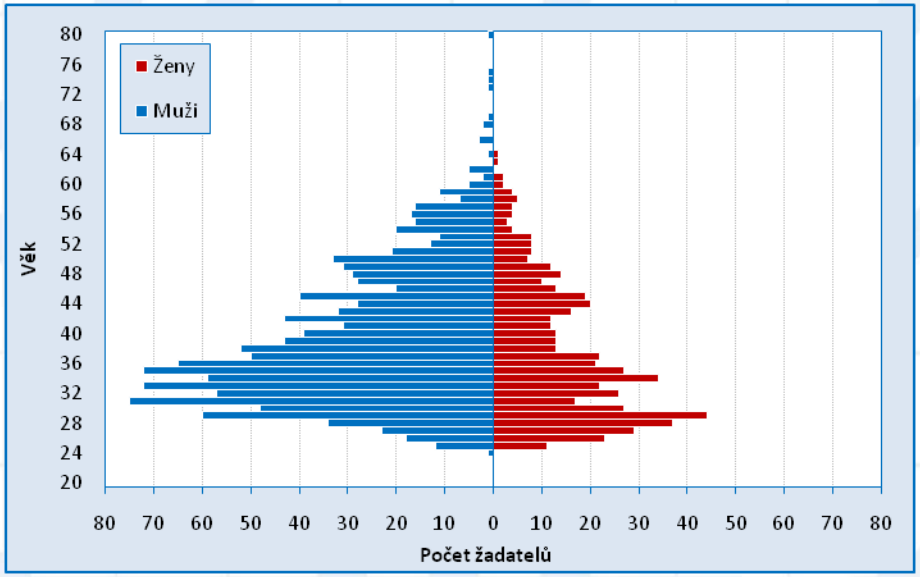
Mechanický pohyb lékařů
Odchod lékařů do zahraničí

- Problém s evidencí – **potvrzení o profesní bezúhonnosti** – nejednotnost evidence v rámci databáze, nemožnost zjistit detailnější informace podle oborů činnosti

- 2002–2009 (srpen):
  ČLK: 2 162 potvrzení (2/3 muži)
  ČSK: 109 potvrzení

- průměrný věk (ČLK) 39 let

- většinou z okresů s velkými městy/významné nemocnice



Struktura žadatelů o profesní bezúhonnost u ČLK, celkový počet 2002–2009

- preference dle průzkumů:
  dočasná migrace, sekundární lékaři, 30–40 let

Mechanický pohyb lékařů
Odchod lékařů do zahraničí

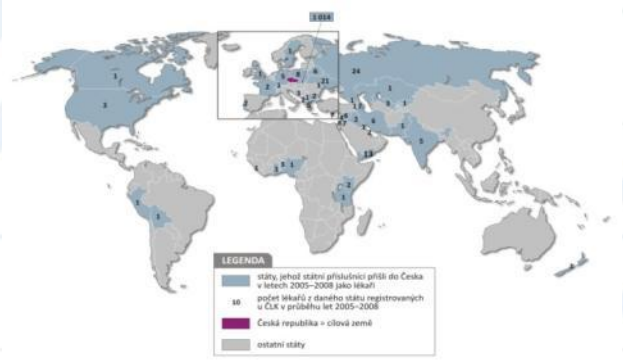
- **Primární zdravotní péče — není migrací prozatím ohrožena**
  - Bariéry — jazykové i ekonomické
  - Průměrný počet certifikátů na 1 kalendářní rok:
    - VPL: 7,1 (0,14 % z počtu lékařů)
    - PLDD: 0,1 (0,01 %)
    - GYN: 5,9 (0,25 %)
    - ZUB: 22,0 (0,33 %)

Mechanický pohyb lékařů
Příchod lékařů do zahraničí

- **Nevyhovující evidence v rámci profesních komor** (bez možnosti zjištění specifických údajů — jak demografických, tak oboru činnosti, místa pracoviště)

- Lékaři především do jiných oborů činnosti, než do primární sféry — stejné bariéry

- Do ČR ročně průměrně (2005—2008) 298 lékařů — 85 % Slováků = zvýšení možnosti uplatnění v primární sféře (viz jazykové bariéry)



Analýza pohybu lékařů
— celkové zhodnocení

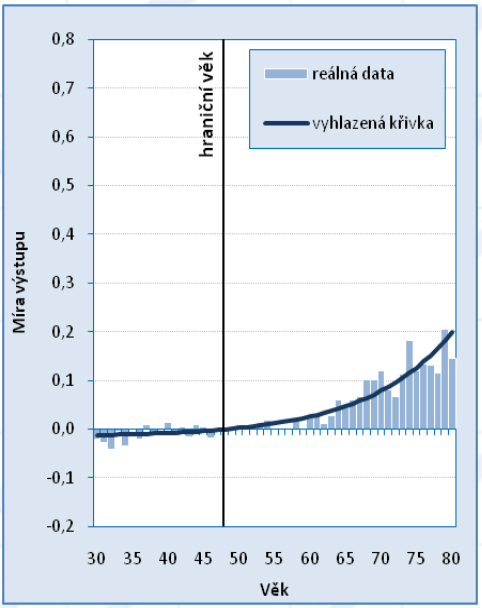
- **Velmi nevyhovující evidence počtu vstupů a výstupů**
  - nejednotnost údajů i v rámci jedné databáze
  - nekoncepční řešení systému sledování pohybu lidských zdrojů ve zdravotnictví = **nemožnost podrobných analýz**
- I přes nepatrné zvýšení počtu studujících — **nízké počty absolventů vstupujících do oborů primární zdravotní péče**
  - neatraktivita oborů — nutné zvýšit motivaci pro výběr především praktického lékařství
- Přirozené odchody — dané biologicky, ale také společensky — **tlak na zvyšování podílu pracujících lékařů-seniorů**
- Migrace — v oblasti primární zdravotní péče prozatím nic významného nepřináší (oběma směry)

Sestavení modelů vstupujících a vystupujících lékařů

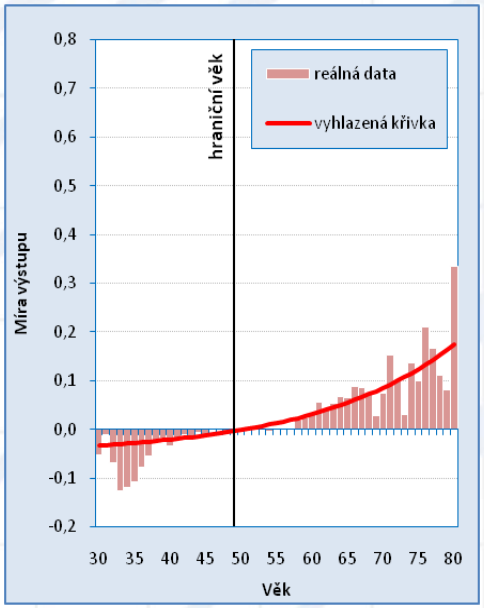
Vymezení období
převažujících vstupů a převažujících výstupů

- Základní myšlenka:
  - špatná evidence vstupů a výstupů — nutnost použití/sestavení zobecňujících modelů
  - místo čtyř oborů činnosti — dvě skupiny: lékaři X zubní lékaři, — pro ně samostatné modely, zvlášť podle pohlaví
  - první krok: **změna počtu osob v rámci jedné kohorty mezi dvěma kalendářními roky**, průměrně pro období 2000—2007 — rozkolísaná data nutné vyhladit
  - nejvhodnější řešení: rozdělit získané hodnoty na dvě části, a to na období převažujícího vstupu a na období převažujícího výstupu — pomocí tzv. **hraničního věku** — Gompertz-Mackehamovo vyrovnání měr výstupu (King-Hardyho metoda) ve věku od cca 35 do 80 let
  - získány 4 hraniční věky pro 4 sledované skupiny

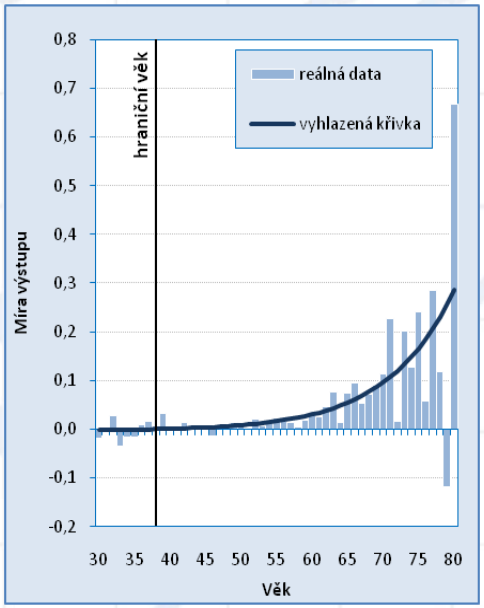
Vymezení období
převažujících vstupů a převažujících výstupů



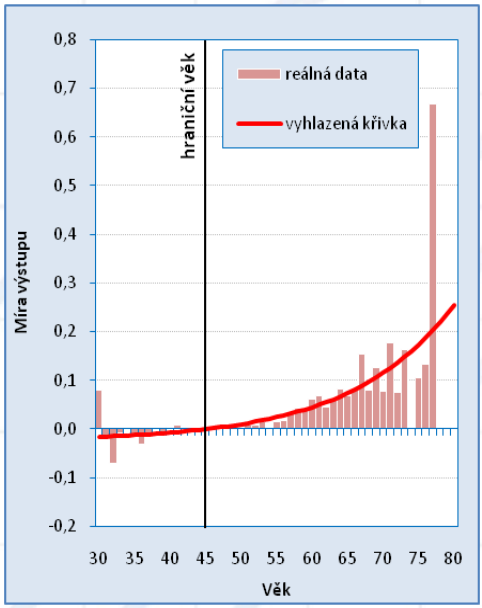
Lékaři-muži
hr. věk = 48 let



Lékaři-ženy
hr. věk = 50 let



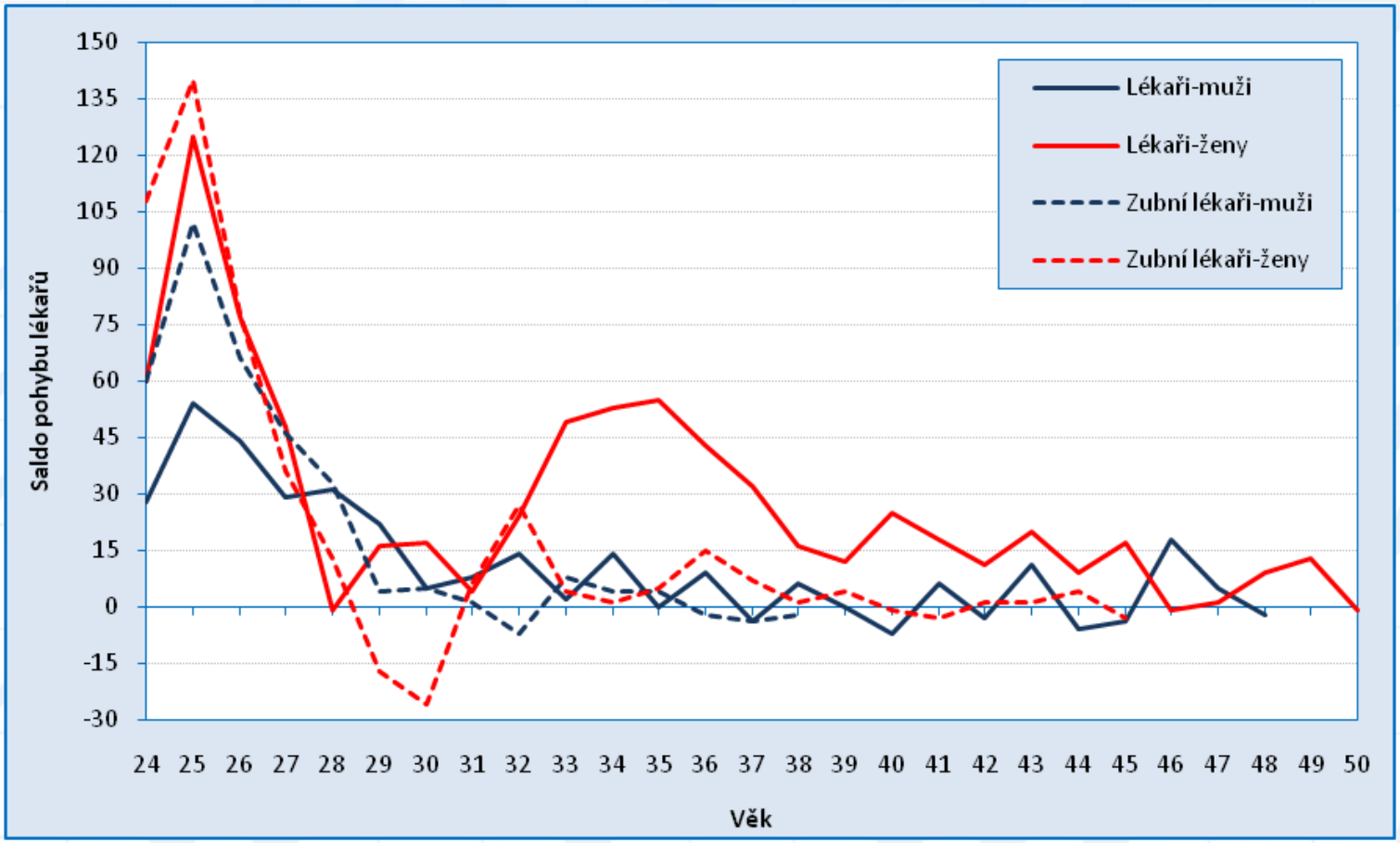
Zubní lékaři-muži
hr. věk = 38 let



Zubní lékaři-ženy
hr. věk = 45 let

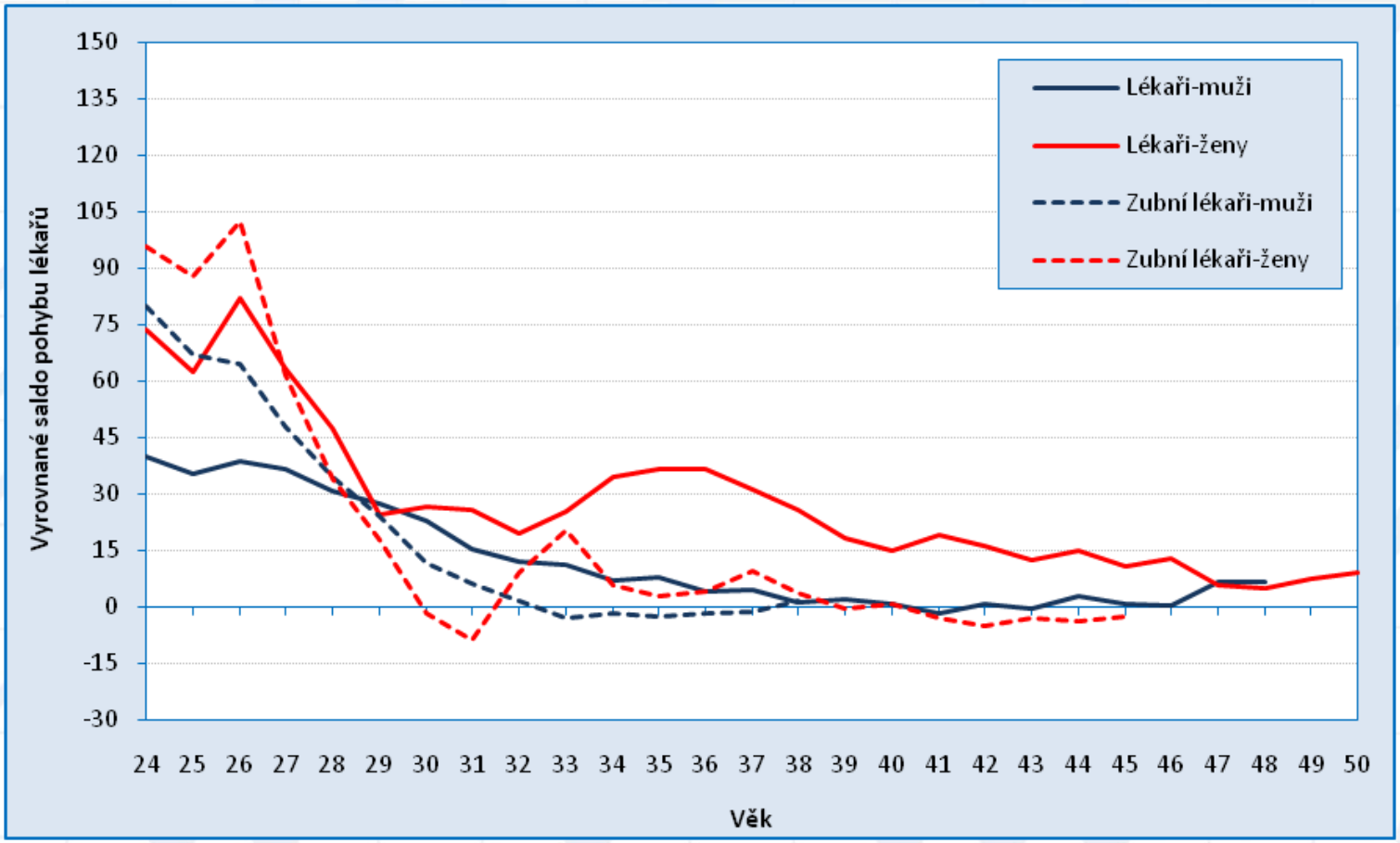
- Období převažujícího vstupu = přístup jako k migračnímu saldu
- Období převažujícího výstupu = přístup jako k úmrtnosti

Období převažujícího vstupu



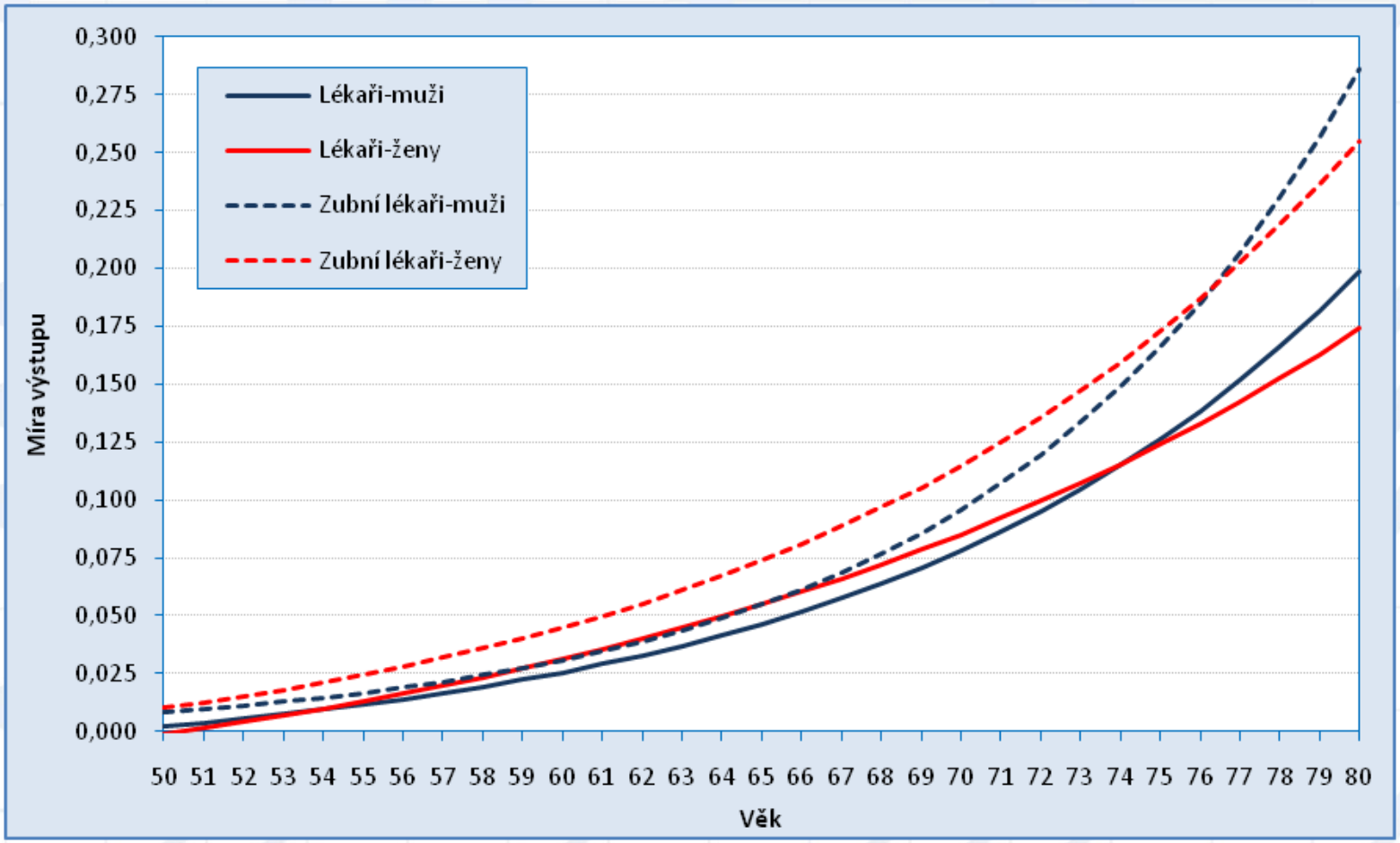
- rozkolísaná data — vyhlazení pomocí SAS (kombinace různých metod)

Období převažujícího vstupu



- Vyrovnání — co největší statistická významnost, zachování specifik

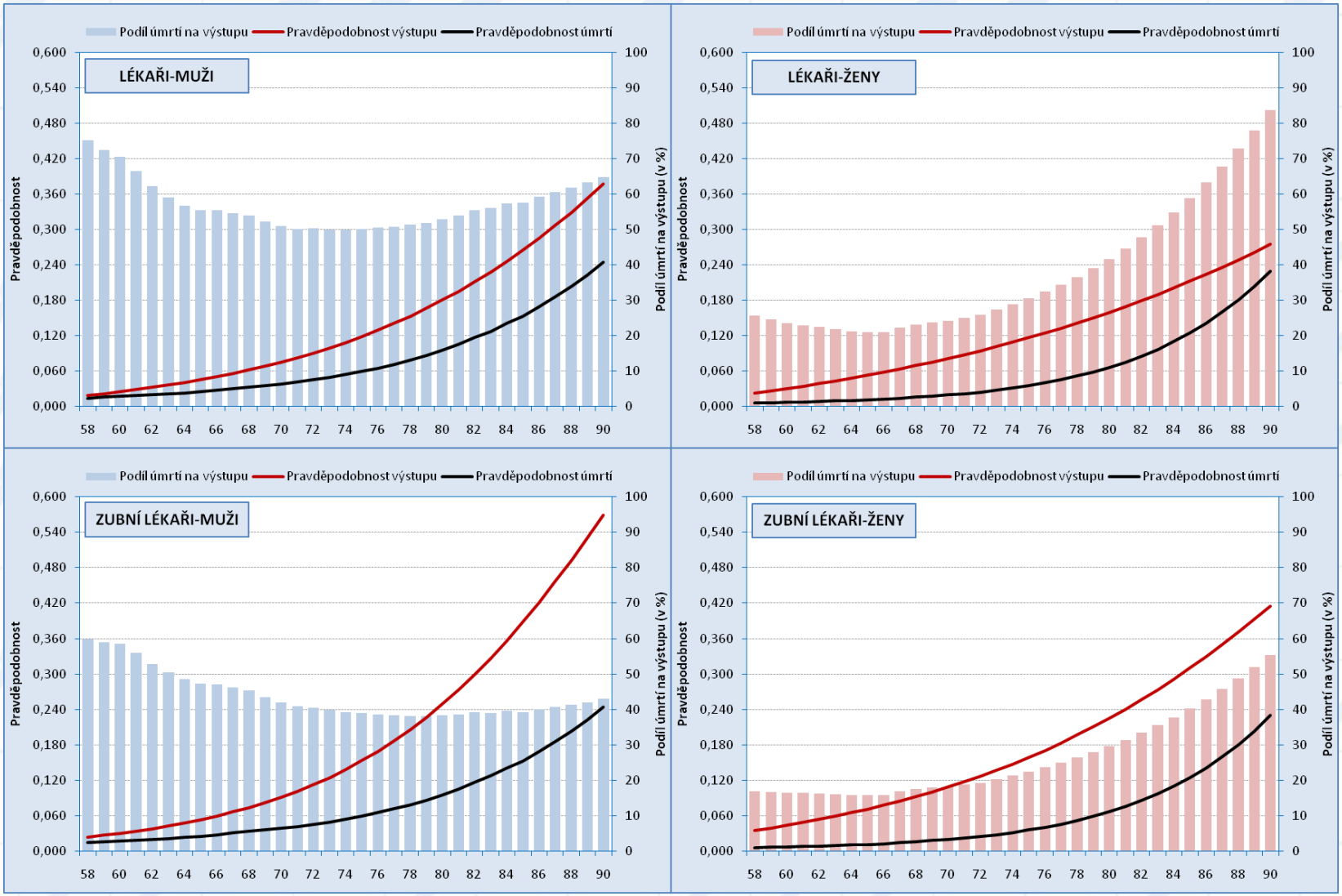
Období převažujícího výstupu



- Vyrovnání pomocí Gompertz-Mackehama — specifika dle oboru i pohlaví

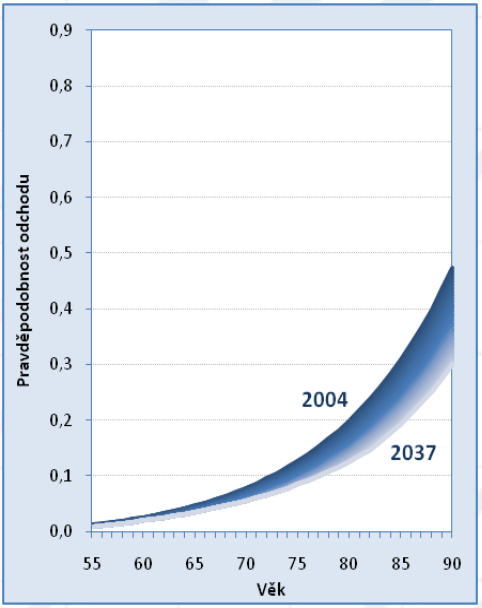
Období převažujícího výstupu

— modelové rozlišení úmrtí a odchodů do důchodu

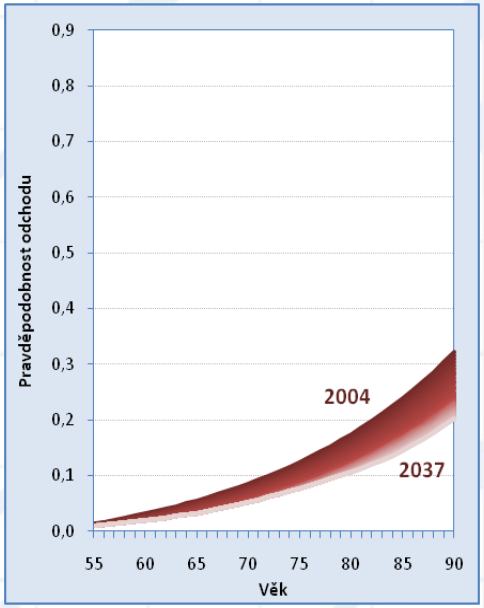


Období převažujícího výstupu
— model snižování intenzity výstupů s věkem

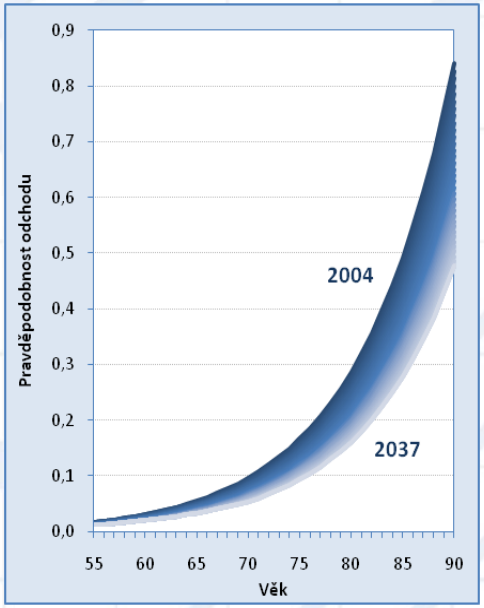
- Pravděpodobné snižování intenzity s věkem s ohledem na prodlužování věku hranice odchodu do důchodu a zlepšení zdravotního stavu lékaře
- Model typu: *„intenzita výstupu se bude snižovat tak, jak se zvyšuje hranice pro odchod do starobního důchodu“*



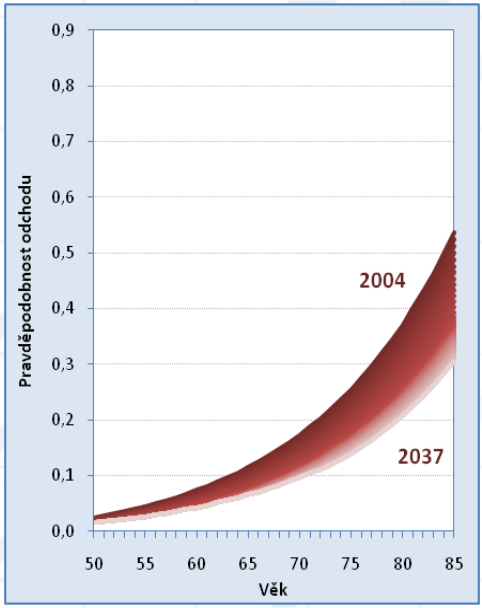
Lékaři-muži



Lékaři-ženy



Zubní lékaři-muži



Zubní lékaři-ženy

Modelové scénáře budoucího vývoje lékařů primární zdravotní péče do roku 2040

Odhady budoucího počtu lékařů

- odhady budoucího vývoje počtu lékařů jsou pro Českou republiku značně problematické:
  - chybějící podrobná datová základna
  - nejasné představy o tom, zda současný stav poskytování a dostupnosti primární zdravotní péče je uspokojující či nikoliv

- Možnost sestrojení modelových projekcí — pozornost na budoucí vývoj v následujících přibližně patnácti letech (odchod početně silných generací lékařů)

- Sestrojeno celkem 5 modelových scénářů

Popis modelových scénářů

1. Model zachování současného počtu vstupujících do systému

- konstantní úroveň počtu vstupujících na základě průměrných hodnot z období 2005—2007
- zachování konstantní intenzity výstupů ze systému podle jednotek věku a pohlaví
- nulové migrační saldo

2. Model proporčního počtu vstupujících do systému

- počet vstupujících určen na základě teoretických hodnot, které by zohledňují rozložení počtu lékařů ve zdravotnictví podle jednotlivých oborů činnosti
- konstantní intenzita výstupů ze systému, nulové migrační saldo

Popis modelových scénářů

3. Model vyrovnaného počtu vstupujících a vystupujících

- počet vstupujících v daném roce = počtu vystupujících
- konstantní intenzita výstupů ze systému, nulové migrační saldo

4. Model zachování doporučeného počtu lékařů

- nutné mírně poupravit doporučení počty — odstranění intervalů a stanovení nové hodnoty pro obor gynekologie a porodnictví
- předpokládána změna intenzity výstupů podle jednotek věku a pohlaví
- kladné, ale velmi nízké migrační saldo

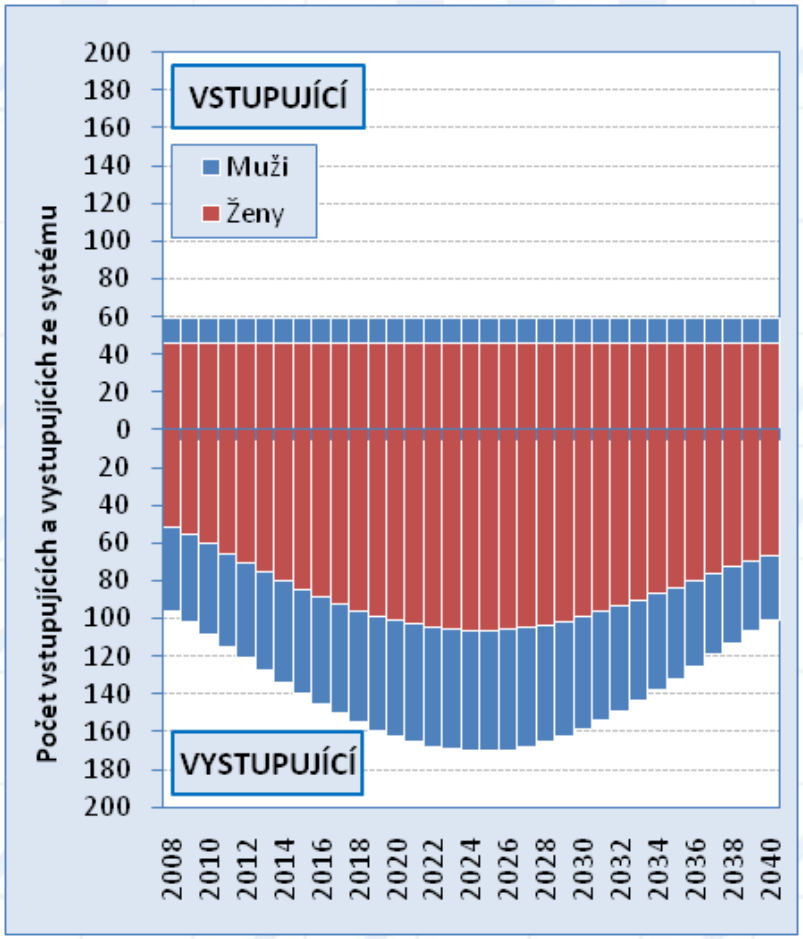
Popis modelových scénářů

5. Model optimálního budoucího vývoje

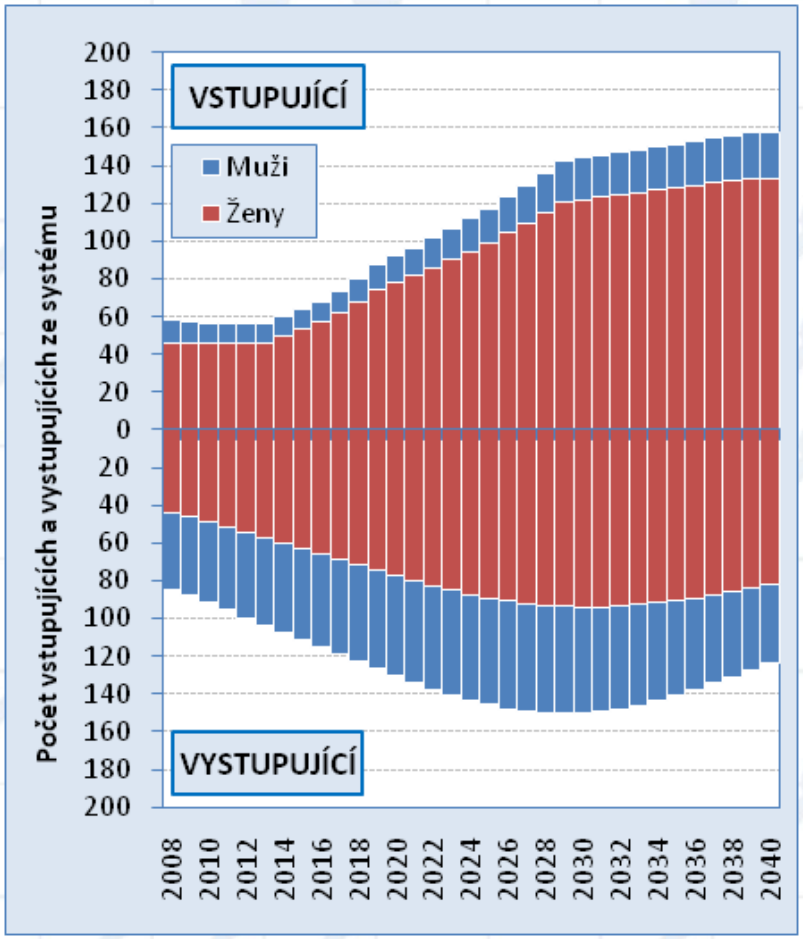
- cíl: odhadnout co nejvěrohodnější, resp. co nejvíce optimální budoucí vývoj počtu a struktury lékařů primární zdravotní péče podle jednotlivých oborů činnosti
- vstupní předpoklady: z analýzy současného počtu studujících i z realistických možností, které se týkají především motivace mladých lékařů k výkonu profese lékaře primární zdravotní péče
  - plynulé navyšování počtu nově vstupujících do systému — jak absolventů, tak cizinců
  - předpokládána změna intenzity výstupů podle jednotek věku a pohlaví
  - kladné migrační saldo u většiny oborů pro většinu etap
- období (2008—2040) rozděleno na několik etap — různé předpoklady

Všeobecné praktické lékařství

– odhad vývoje počtu vstupujících a vystupujících



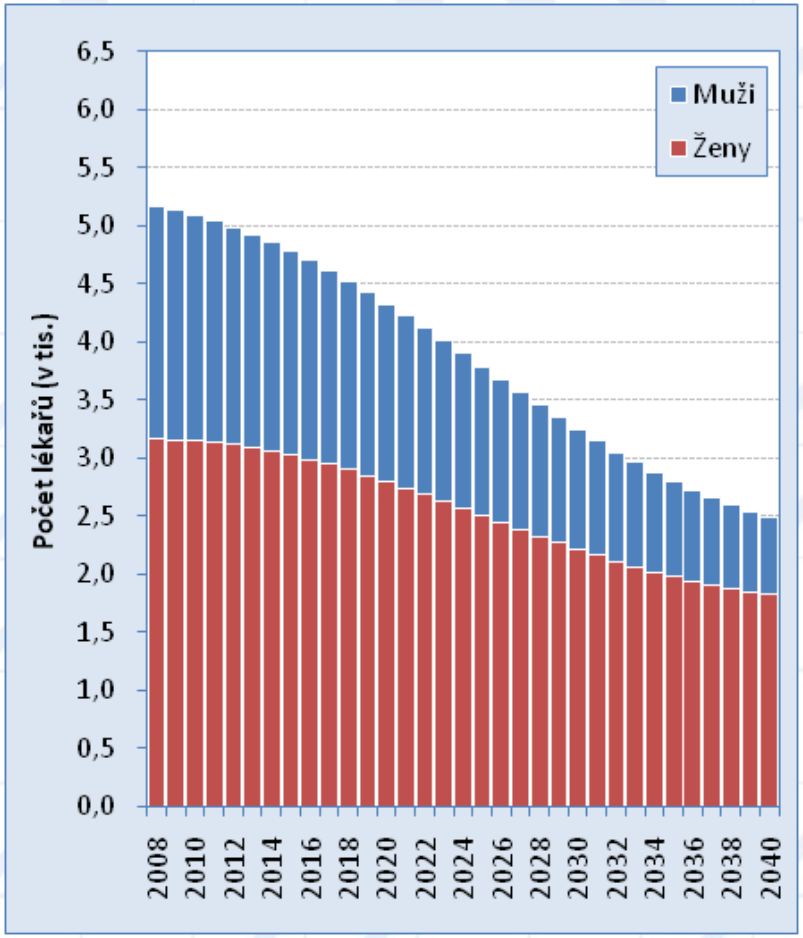
Model 1
(zachování současného počtu vstupujících do systému)



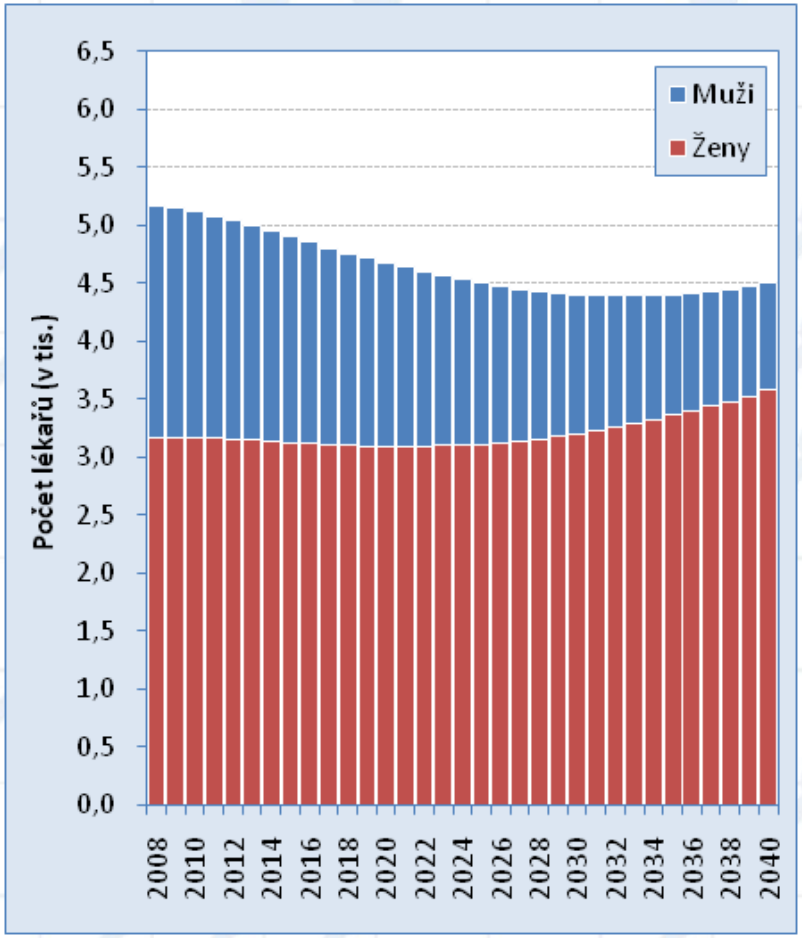
Model 5
(optimální budoucí vývoj)

Všeobecné praktické lékařství

– odhad vývoje počtu lékařů



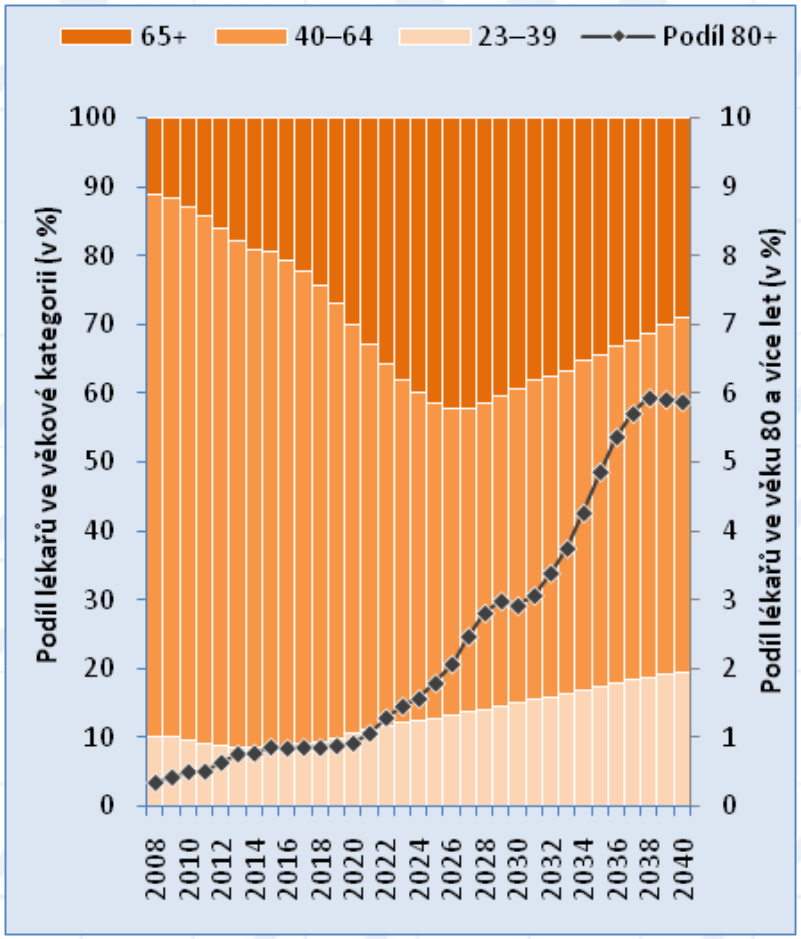
Model 1
(zachování současného počtu vstupujících do systému)



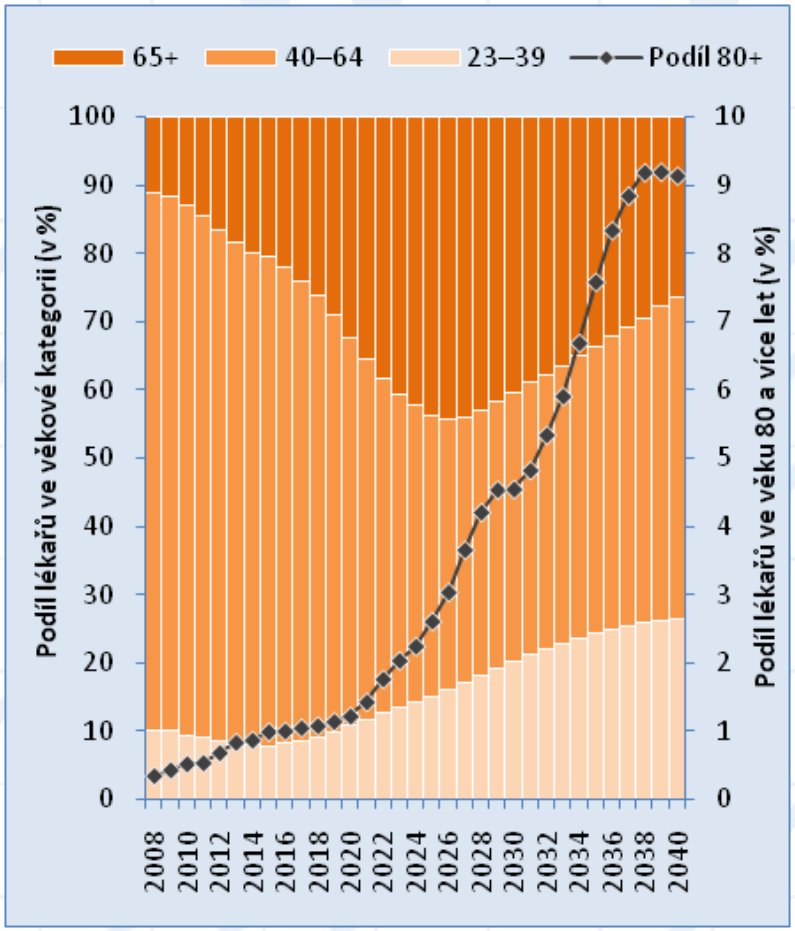
Model 5
(optimální budoucí vývoj)

Všeobecné praktické lékařství

– odhad vývoje zastoupení věkových skupin



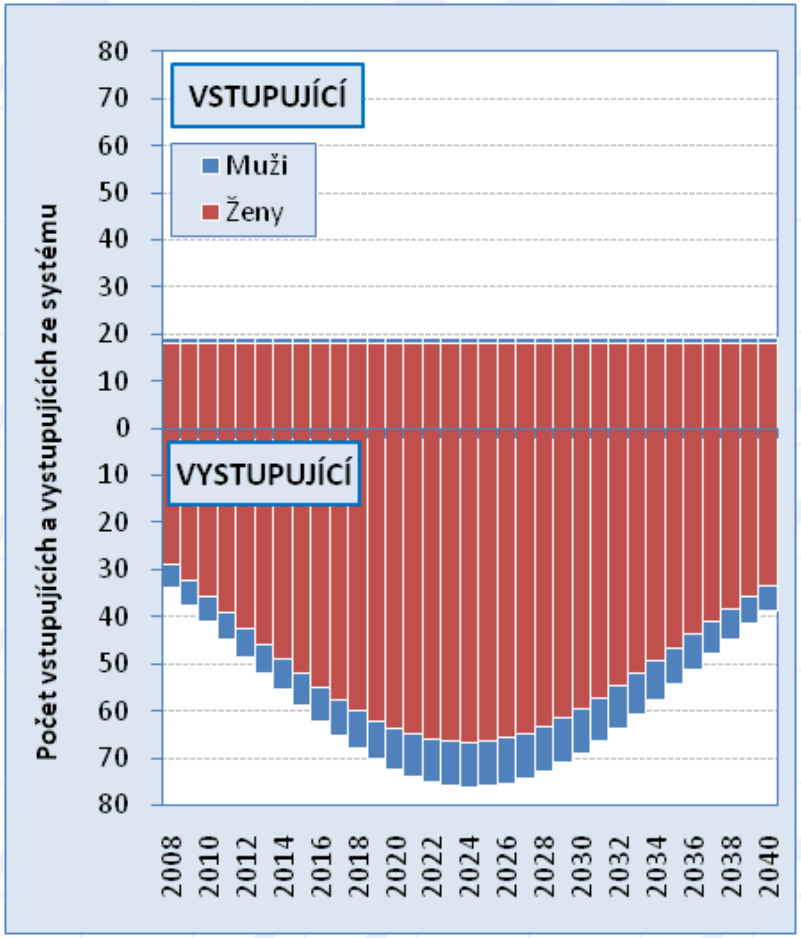
Model 1
(zachování současného počtu vstupujících do systému)



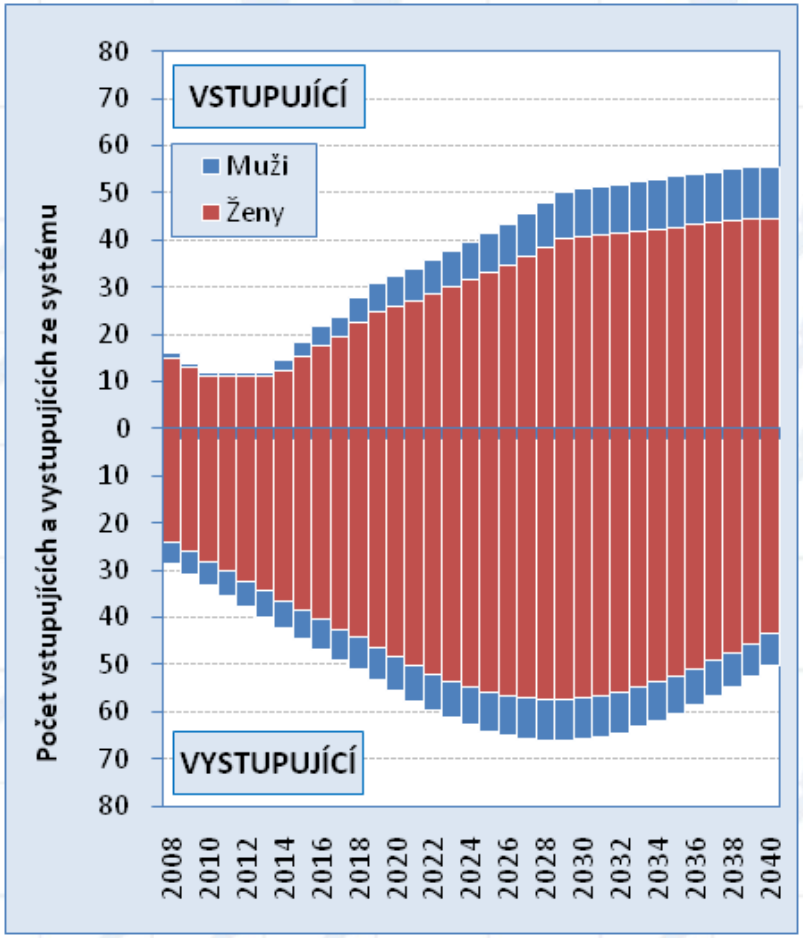
Model 5
(optimální budoucí vývoj)

Praktické lékařství pro děti a dorost

– odhad vývoje počtu vstupujících a vystupujících



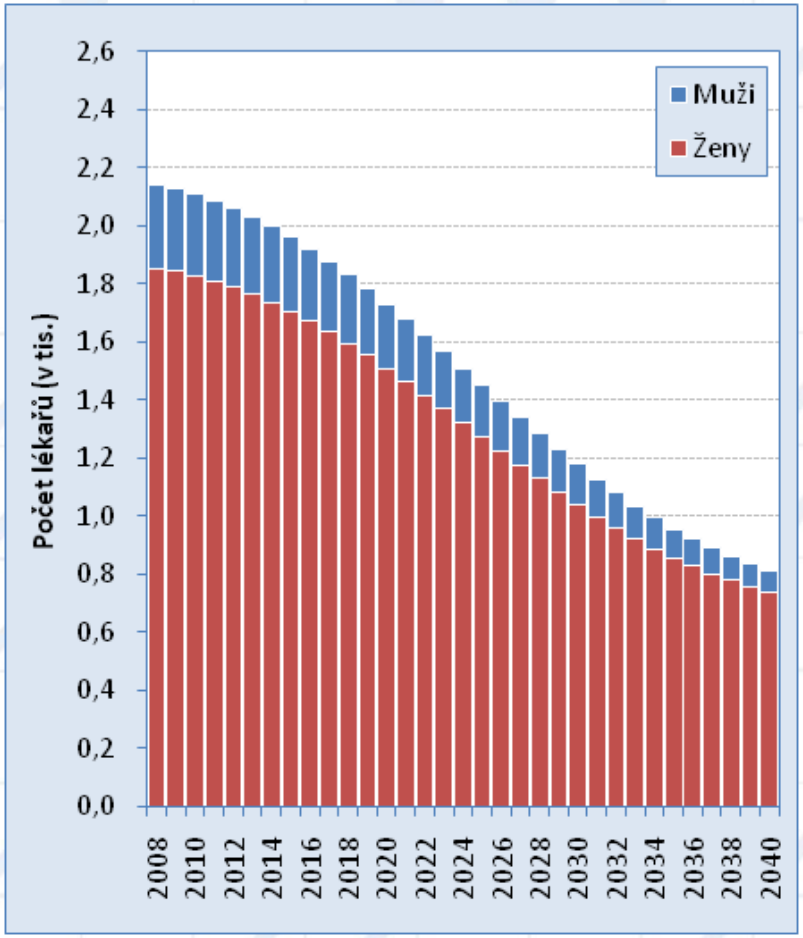
Model 1
(zachování současného počtu vstupujících do systému)



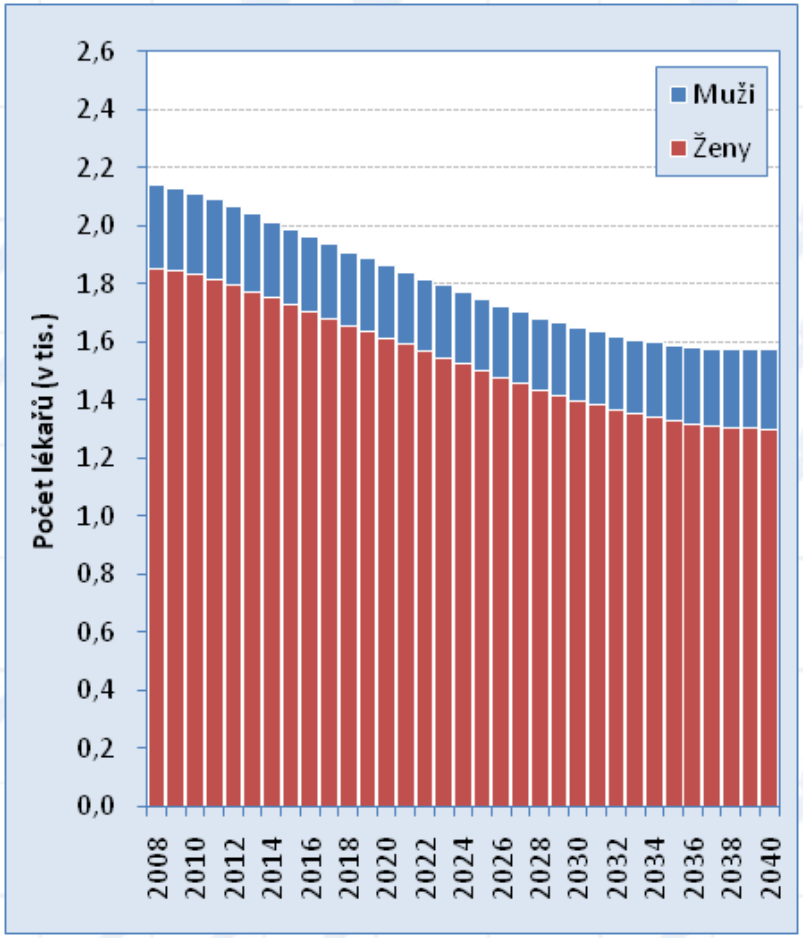
Model 5
(optimální budoucí vývoj)

Praktické lékařství pro děti a dorost

– odhad vývoje počtu lékařů



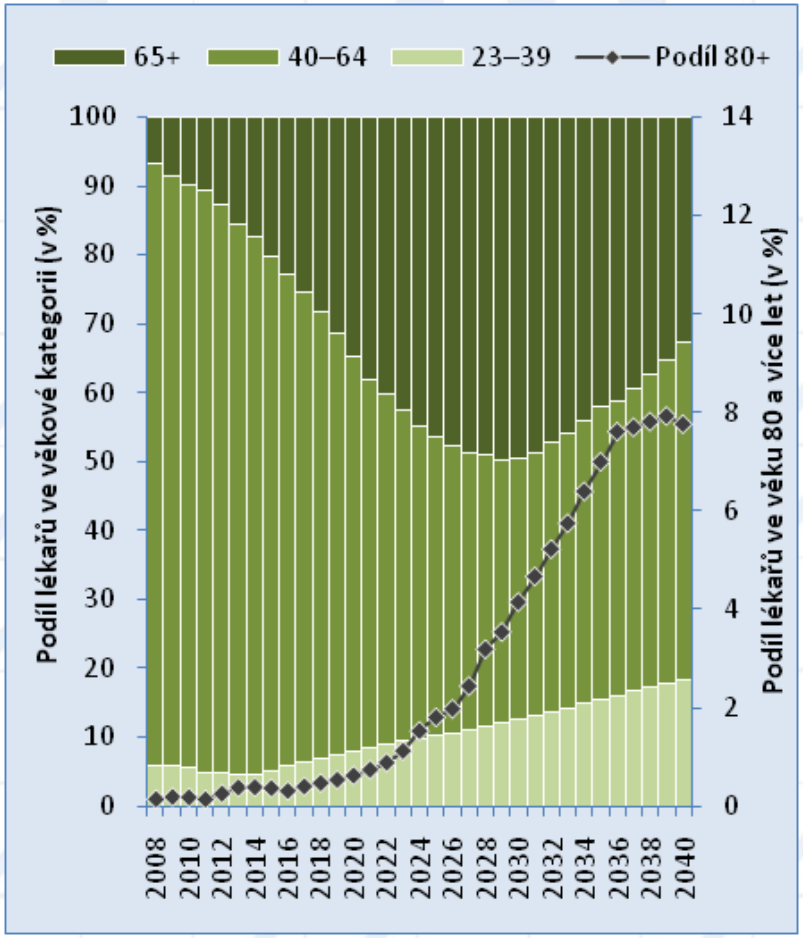
Model 1
(zachování současného počtu vstupujících do systému)



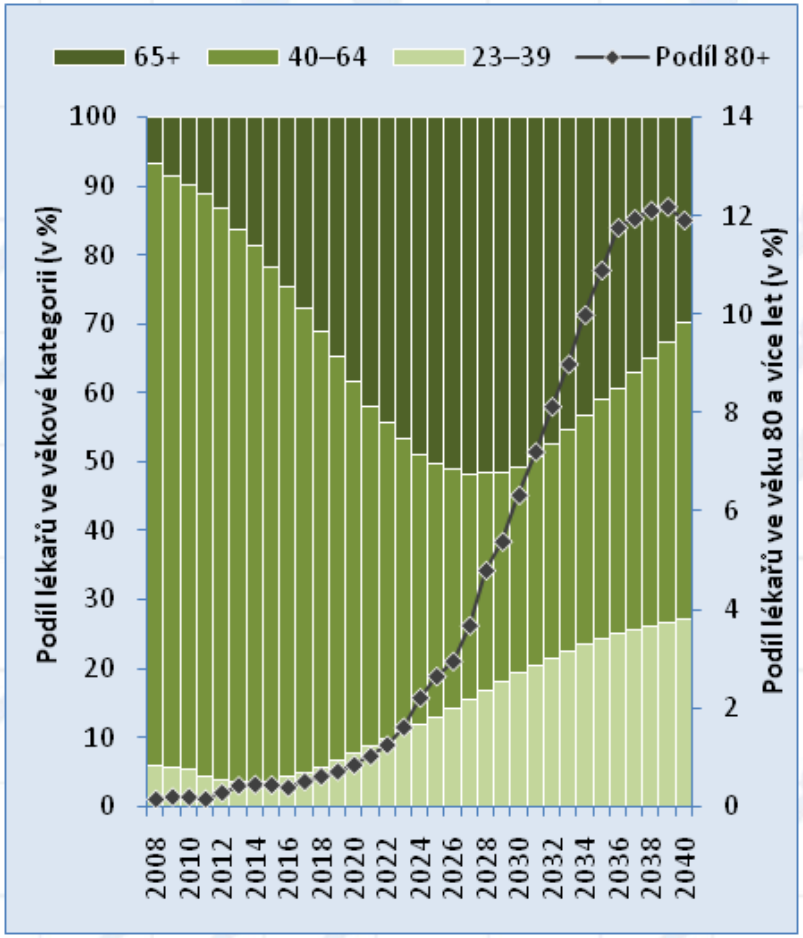
Model 5
(optimální budoucí vývoj)

Praktické lékařství pro děti a dorost

– odhad vývoje zastoupení věkových skupin



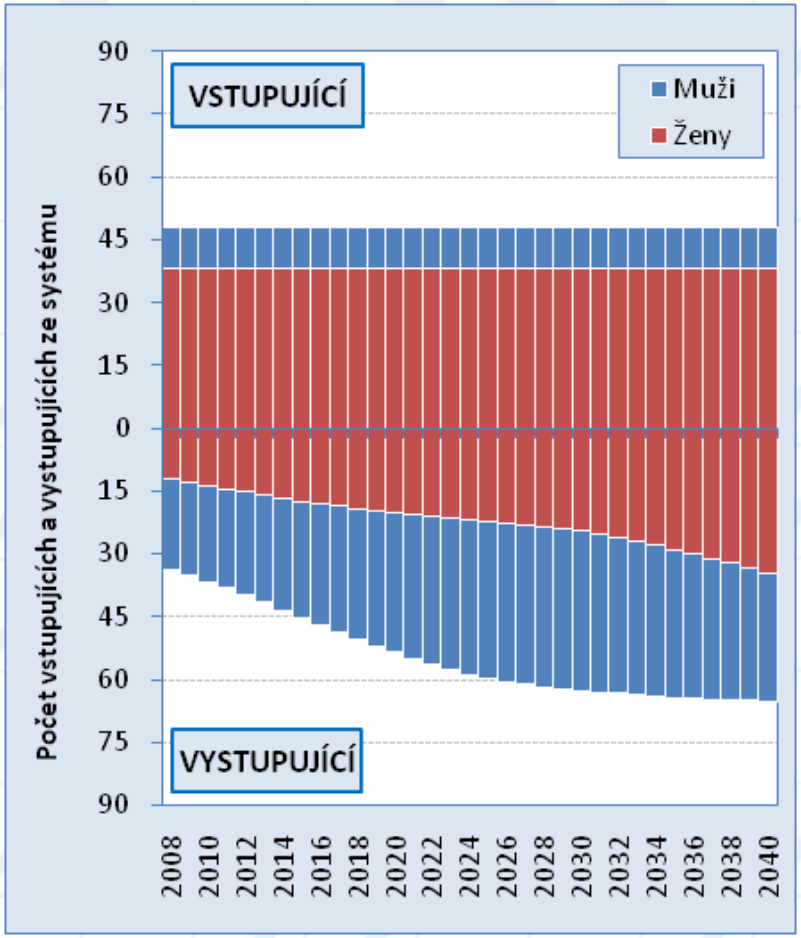
Model 1
(zachování současného počtu vstupujících do systému)



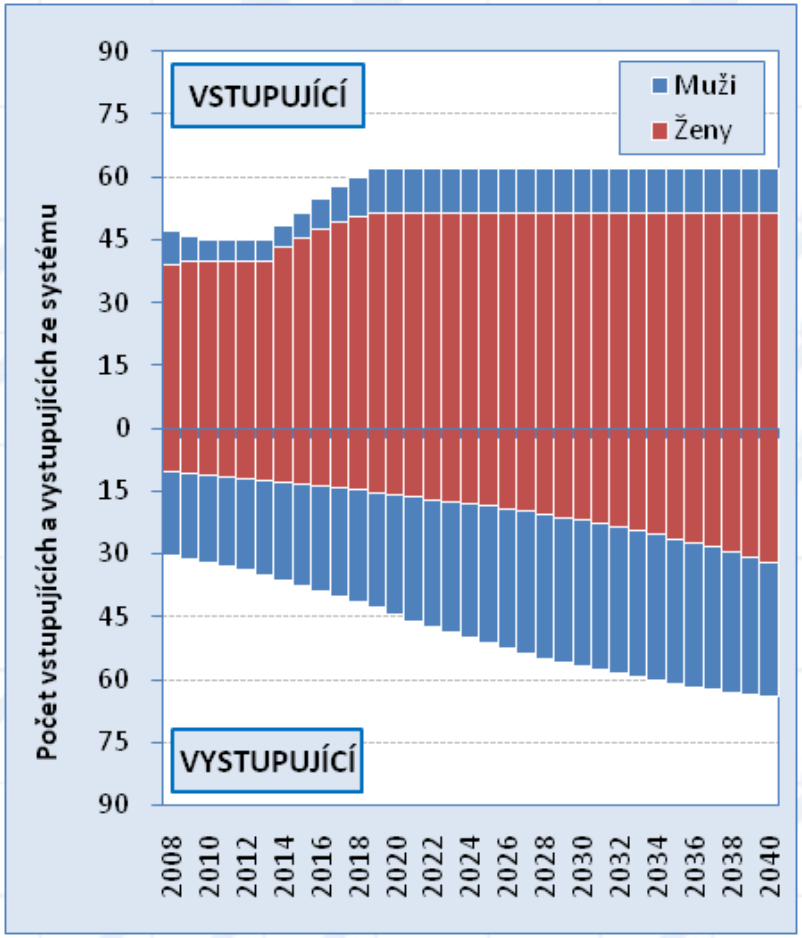
Model 5
(optimální budoucí vývoj)

Gynekologie a porodnictví

– odhad vývoje počtu vstupujících a vystupujících

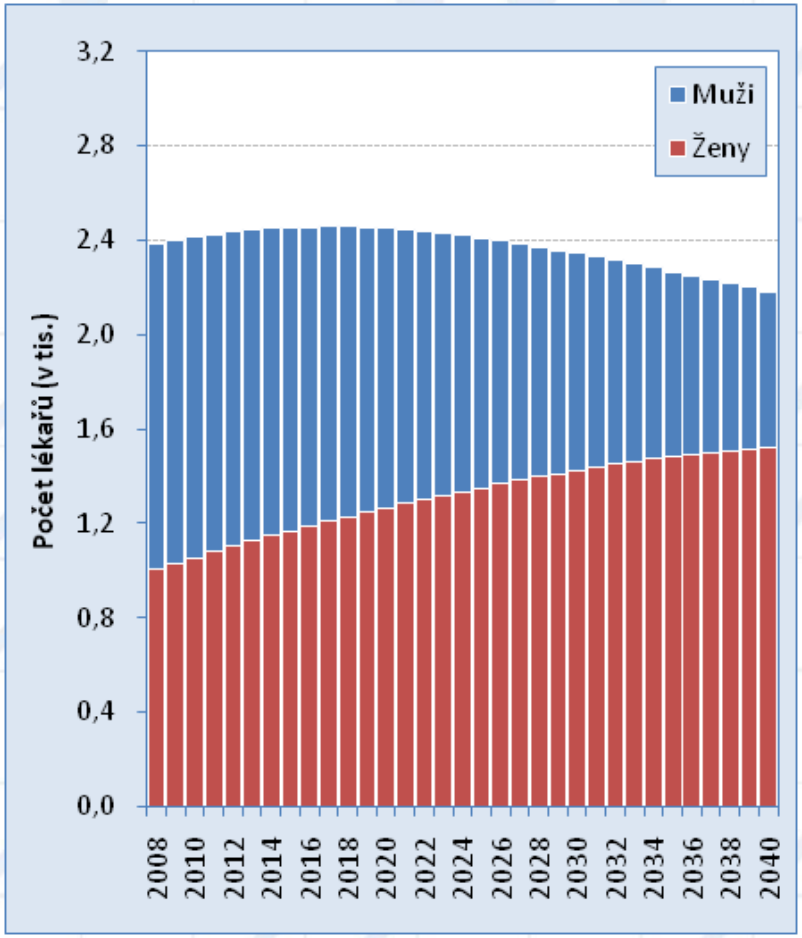


Model 1
(zachování současného počtu vstupujících do systému)

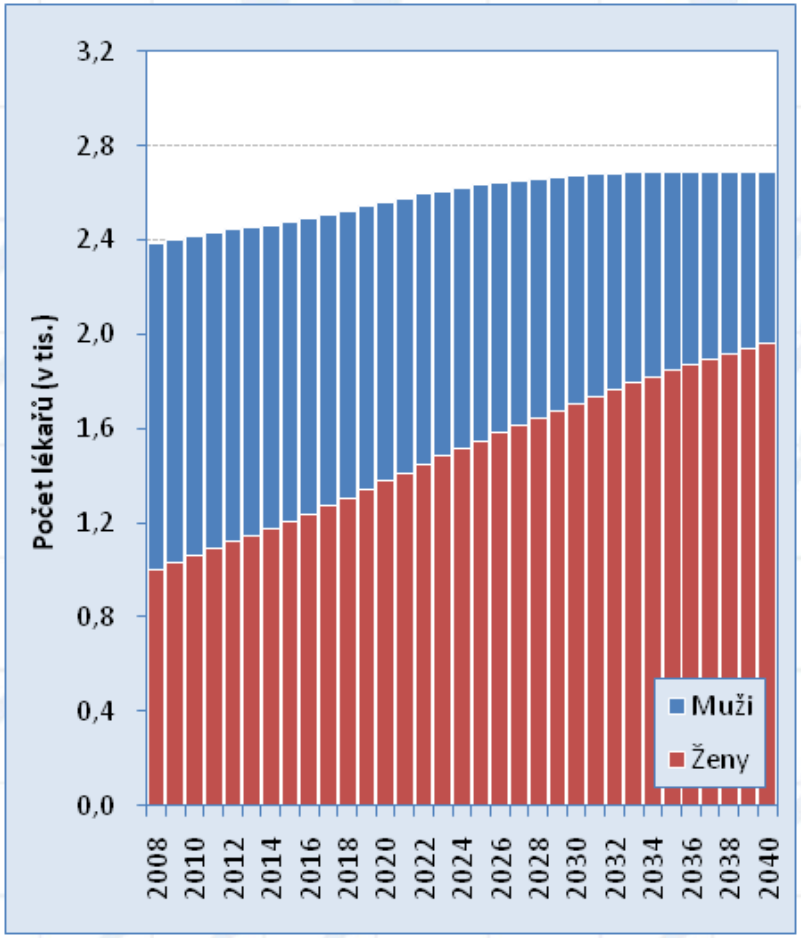


Model 5
(optimální budoucí vývoj)

Gynekologie a porodnictví
– odhad vývoje počtu lékařů



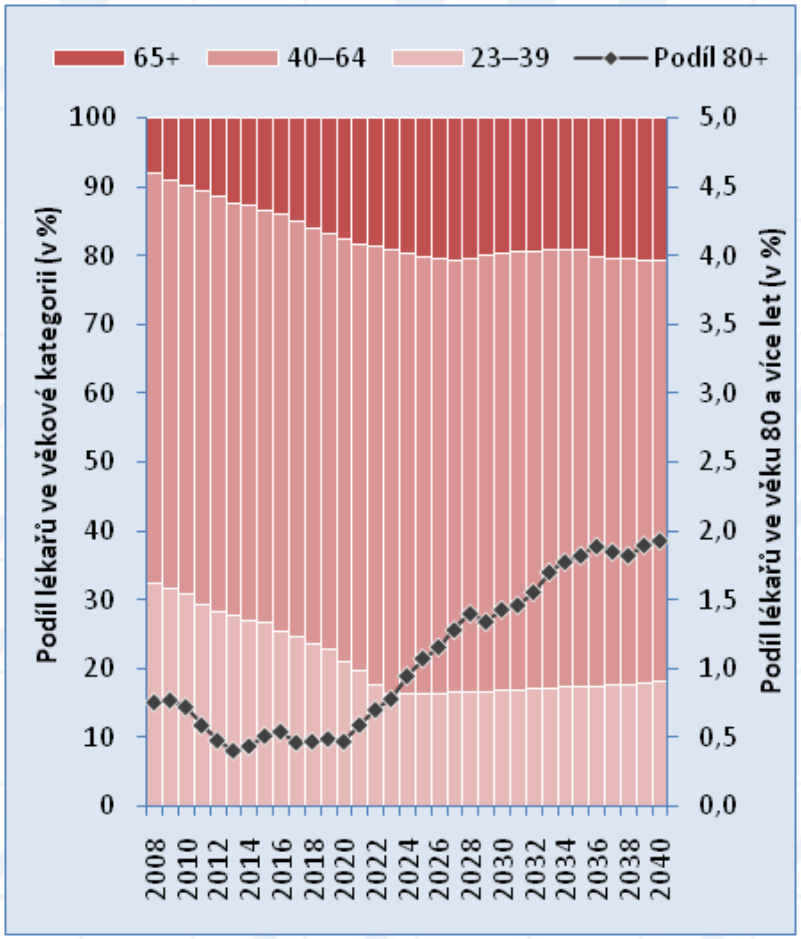
Model 1
(zachování současného počtu vstupujících do systému)



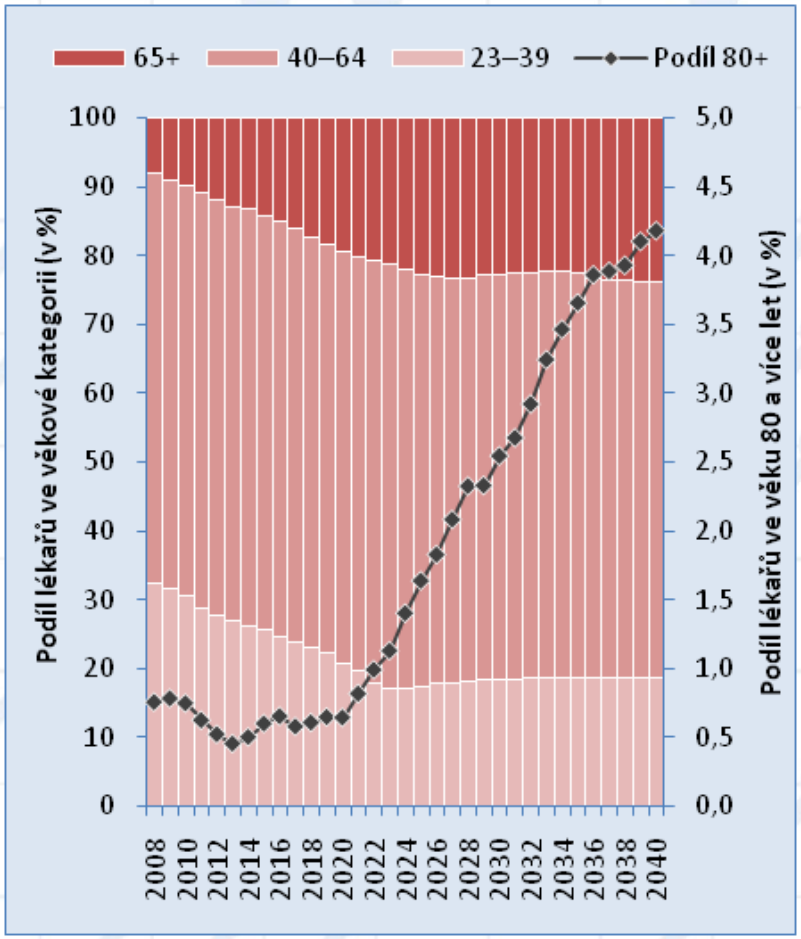
Model 5
(optimální budoucí vývoj)

Gynekologie a porodnictví

– odhad vývoje zastoupení věkových skupin

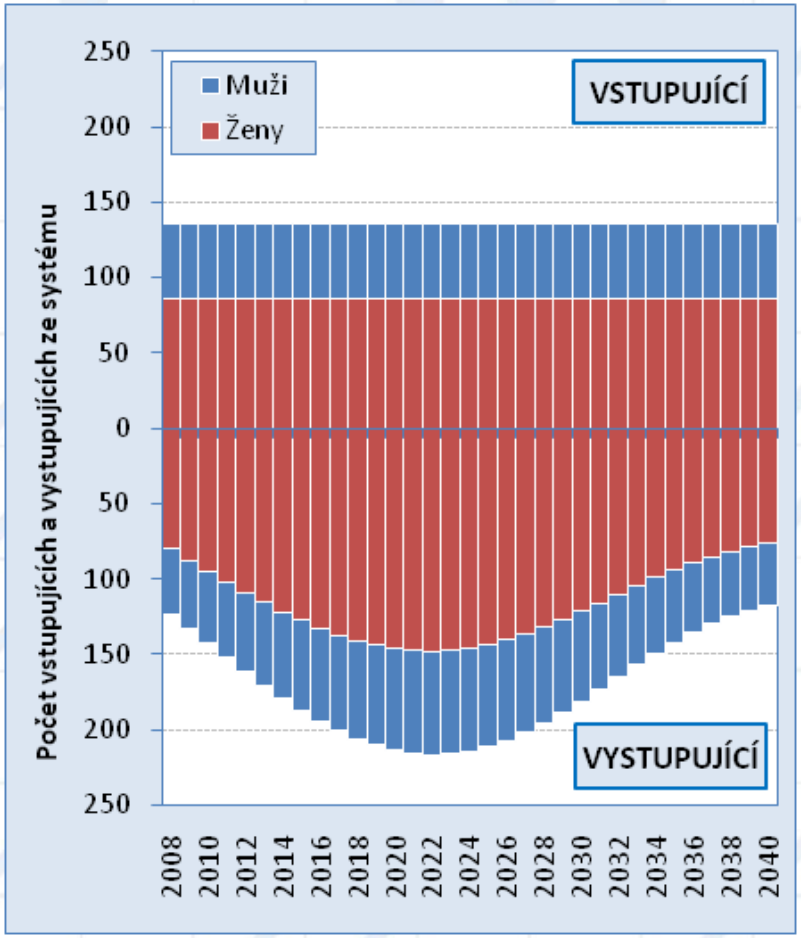


Model 1
(zachování současného počtu vstupujících do systému)

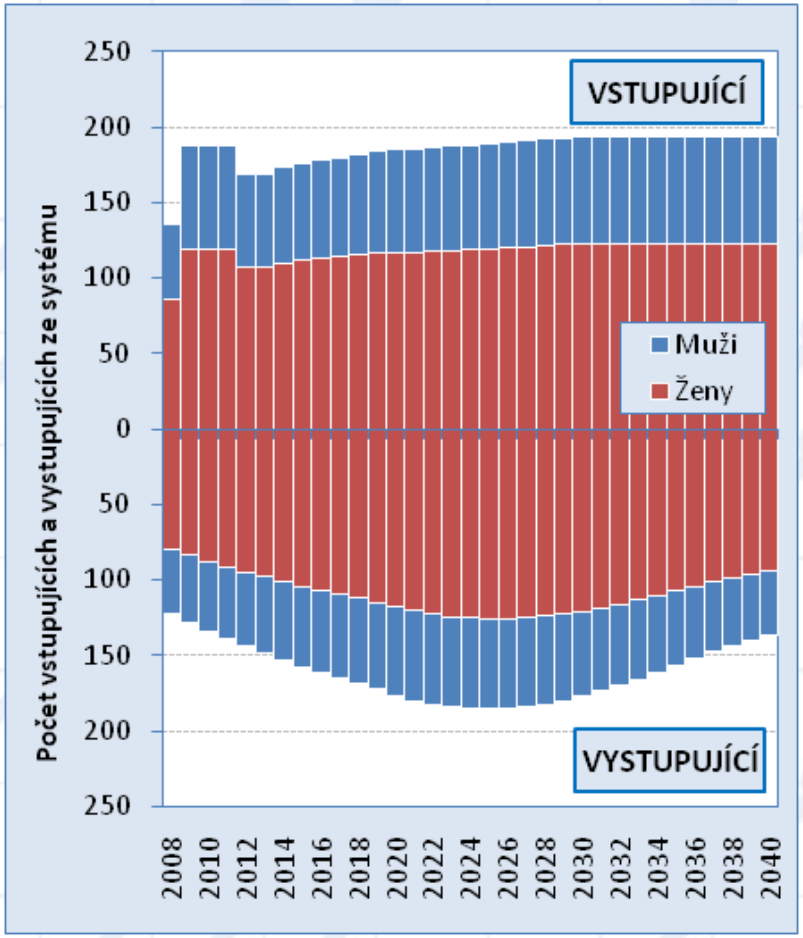


Model 5
(optimální budoucí vývoj)

Zubní lékařství
– odhad vývoje počtu vstupujících a vystupujících

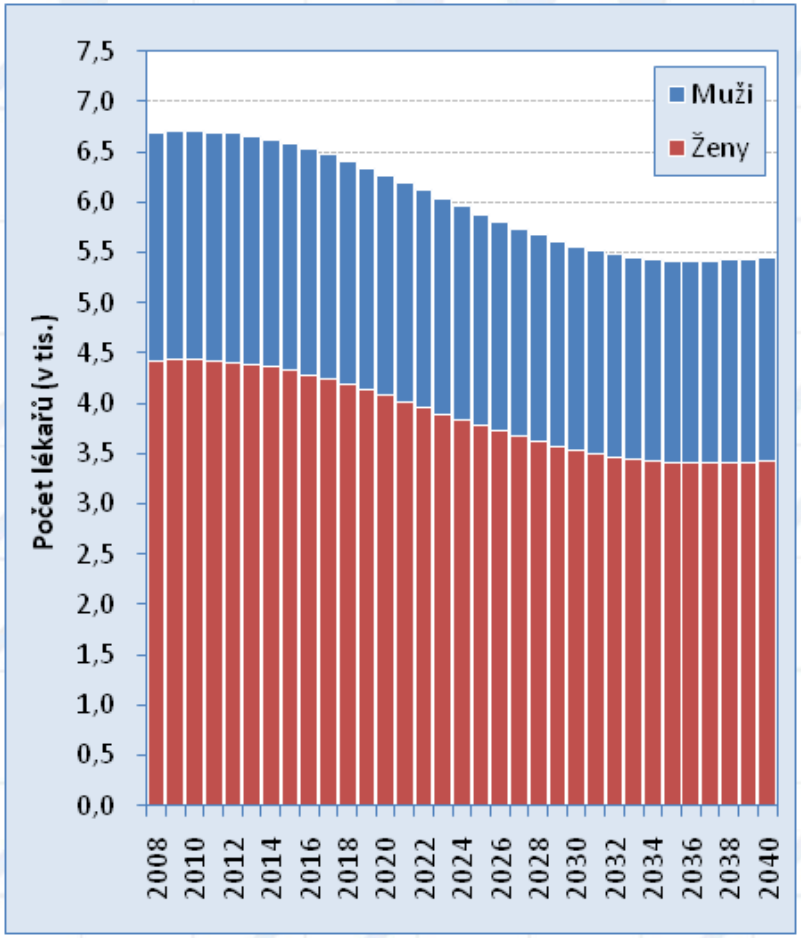


Model 1
(zachování současného počtu vstupujících do systému)

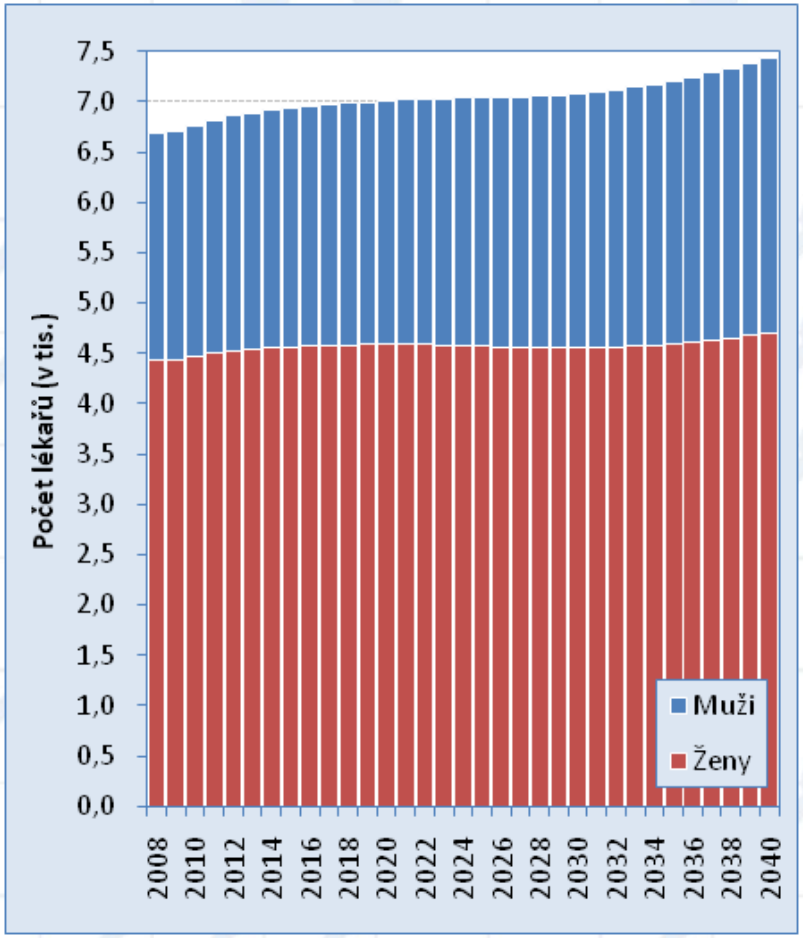


Model 5
(optimální budoucí vývoj)

Zubní lékařství
– odhad vývoje počtu lékařů



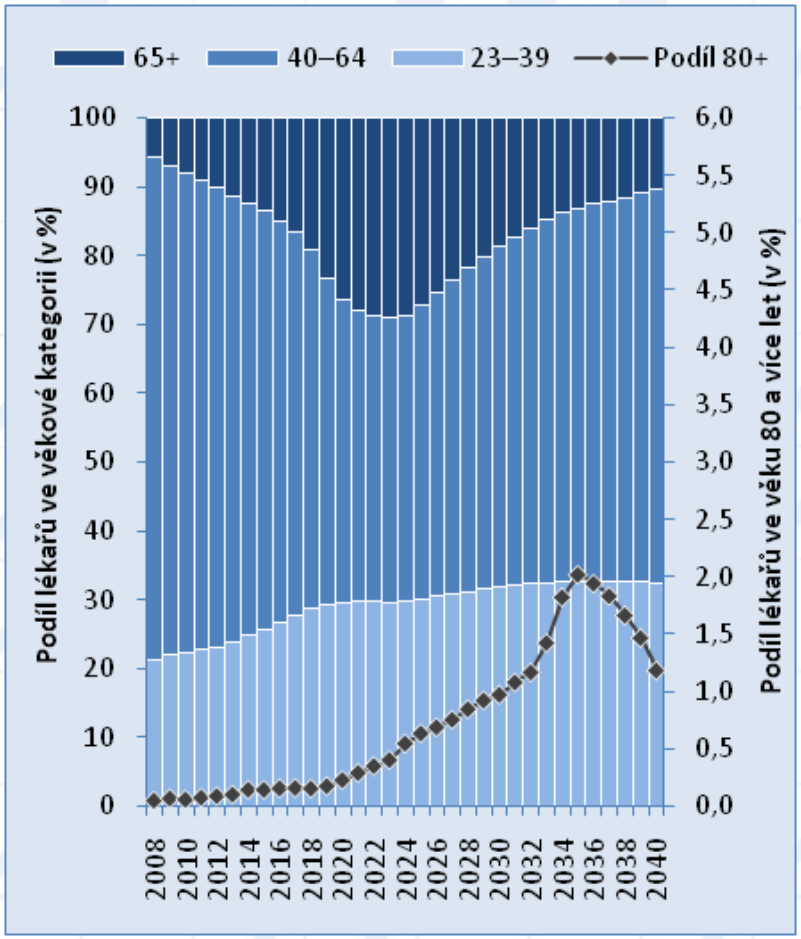
Model 1
(zachování současného počtu vstupujících do systému)



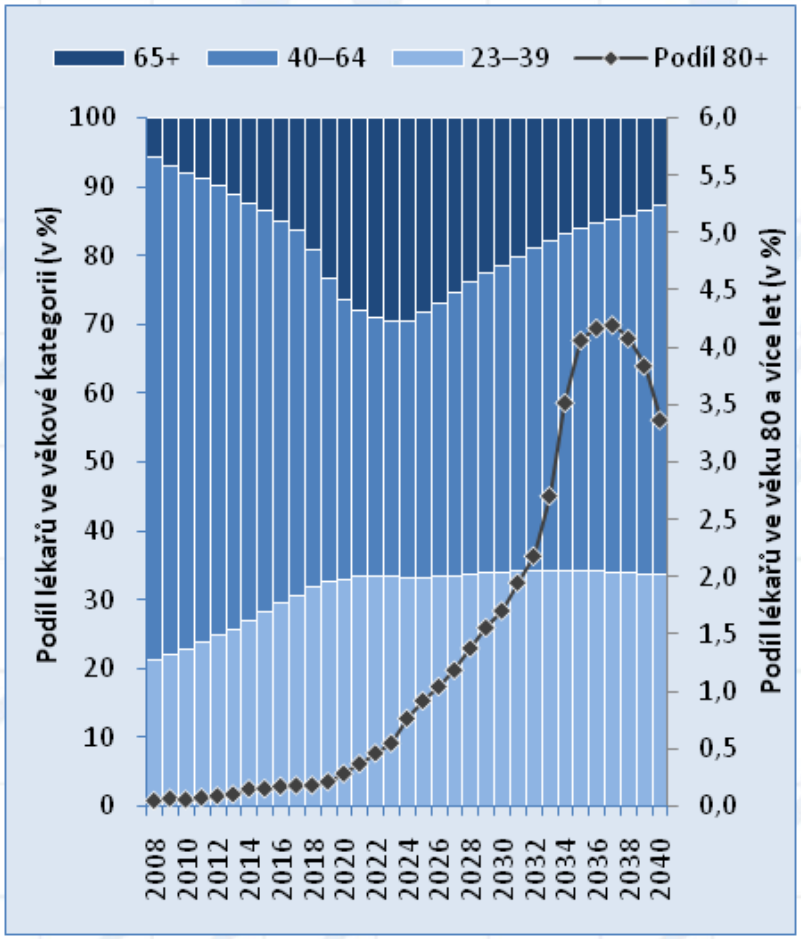
Model 5
(optimální budoucí vývoj)

Zubní lékařství

– odhad vývoje zastoupení věkových skupin



Model 1
(zachování současného počtu vstupujících do systému)

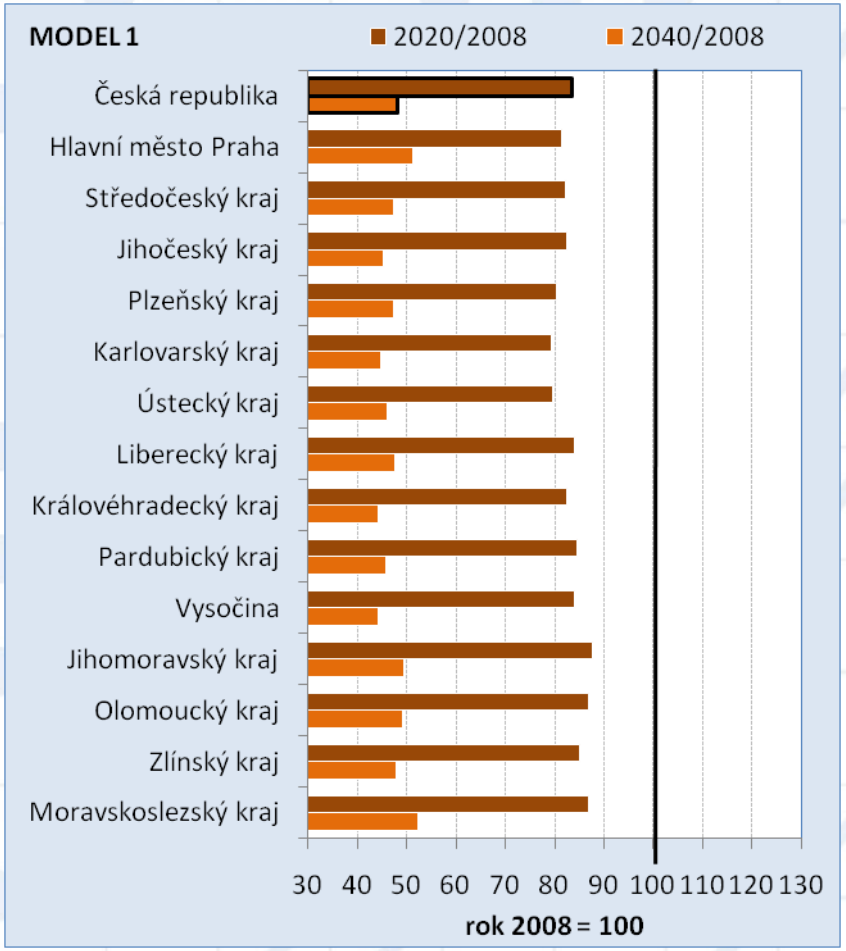


Model 5
(optimální budoucí vývoj)

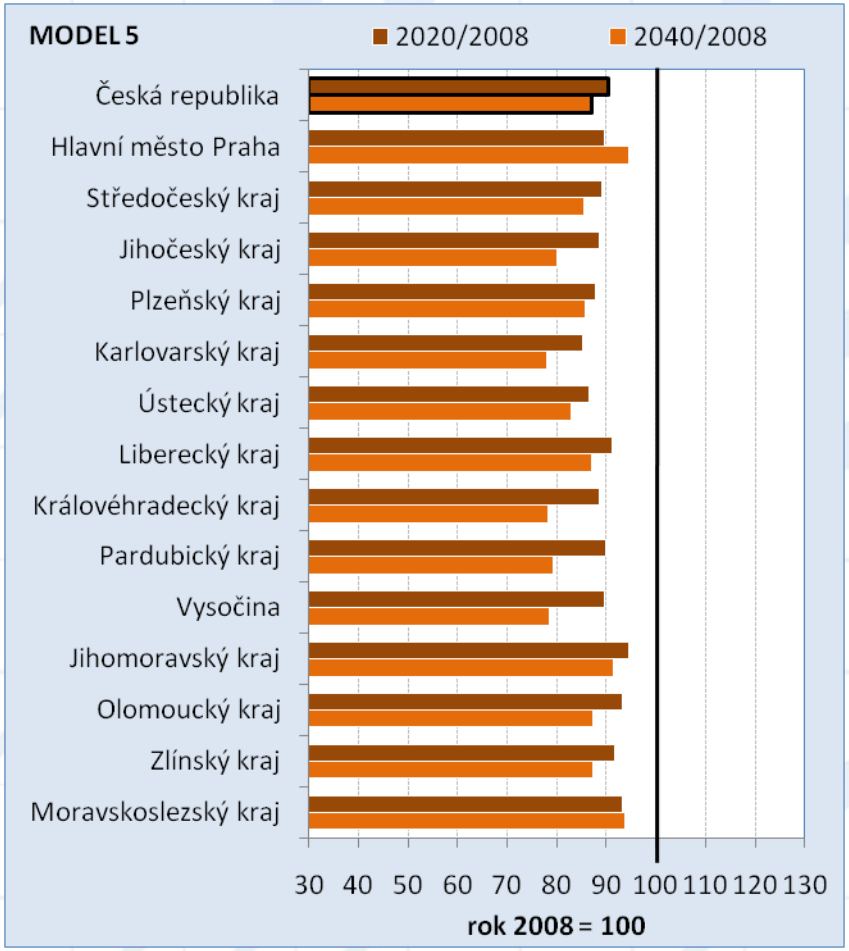
Projekce na úrovni krajů

- Pro všechny kraje ČR dva modelové scénáře pro každý obor činnosti primární zdravotní péče:
  - **Model 1** (zachování současného počtu vstupujících do systému)
  - **Model 5** (optimální budoucí vývoj)
- Stanovení podílu vstupujících v rámci daného kraje a daného oboru činnosti na základě průměrných hodnot z RLZF
- Výsledky mají ilustrativní charakter vzhledem:
  - k vlivu malého počtu studovaných jednotek
  - k aplikaci společných předpokladů pro všechny kraje
- Přesto lze stanovit poměrně jednoznačné závěry…

Změna počtu lékařů v krajích ČR
– všeobecné praktické lékařství

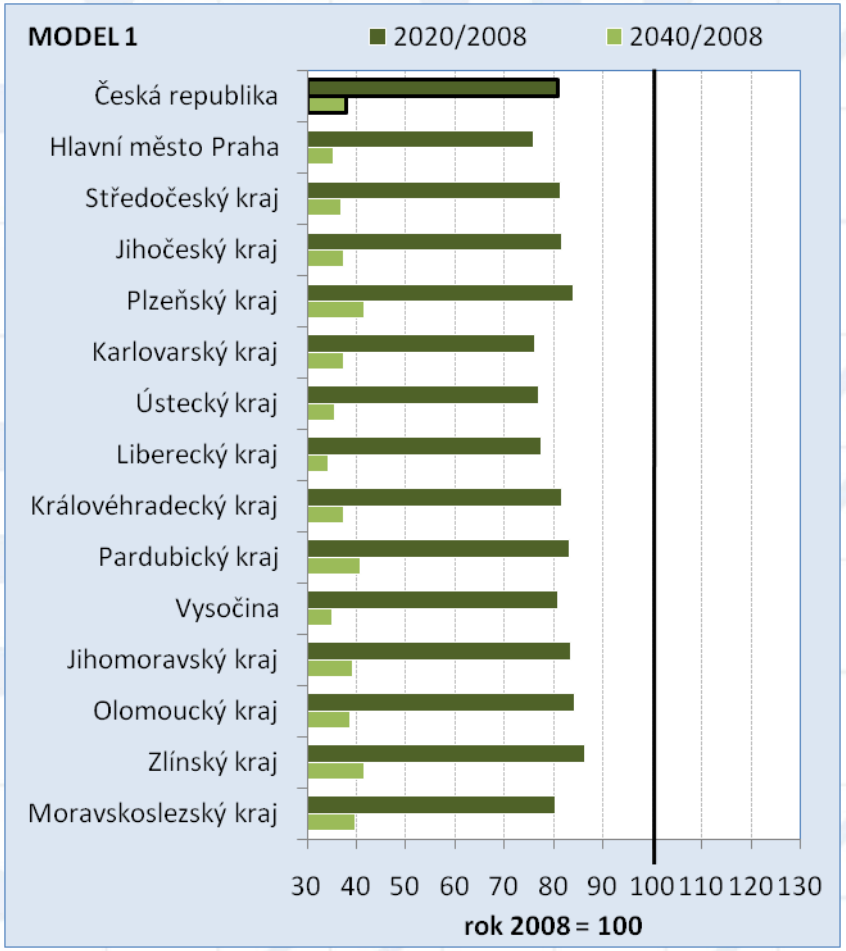


Model 1
(zachování současného počtu vstupujících do systému)

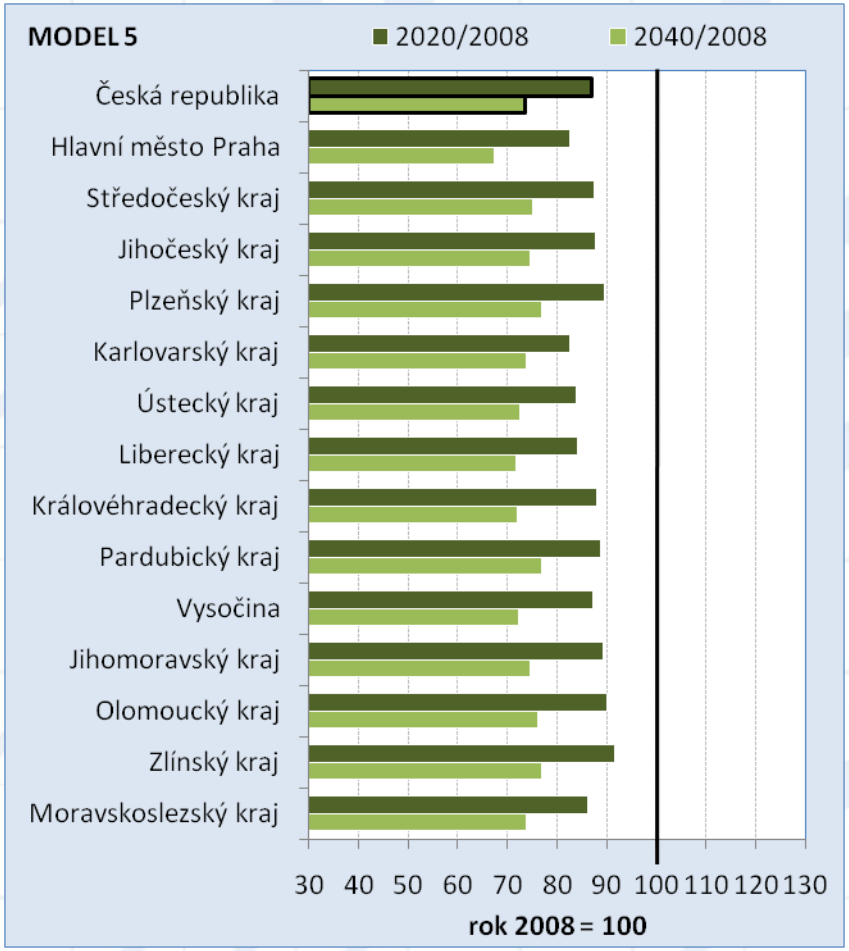


Model 5
(optimální budoucí vývoj)

Změna počtu lékařů v krajích ČR
– praktické lékařství pro děti a dorost

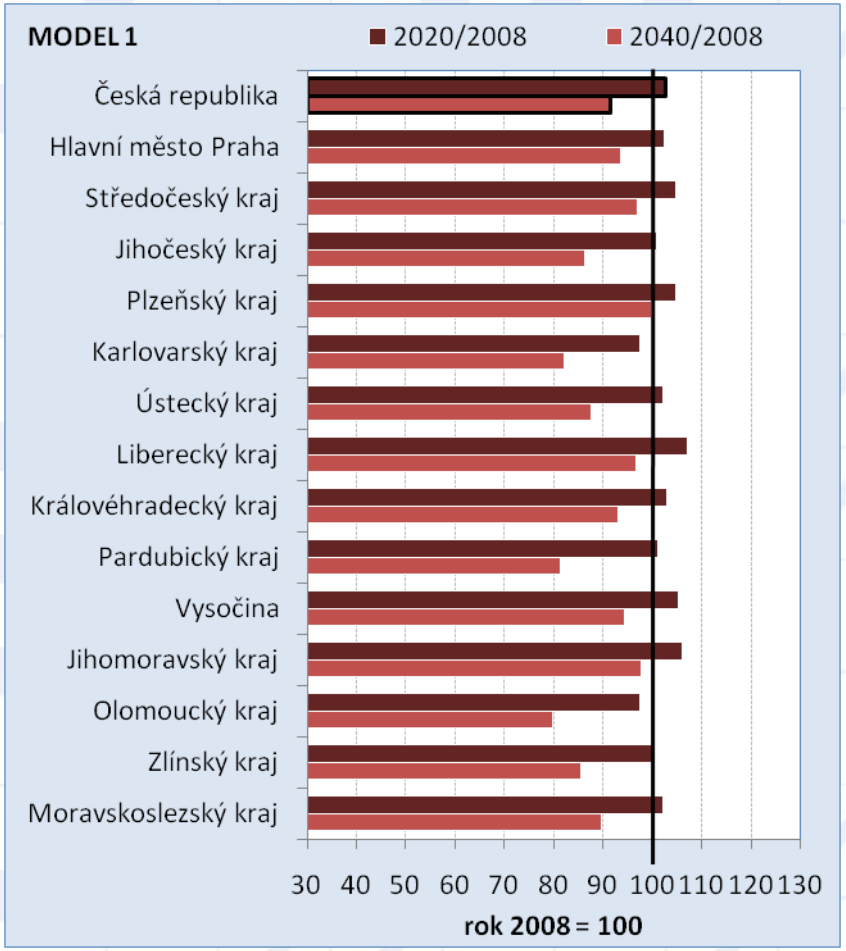


Model 1
(zachování současného počtu vstupujících do systému)

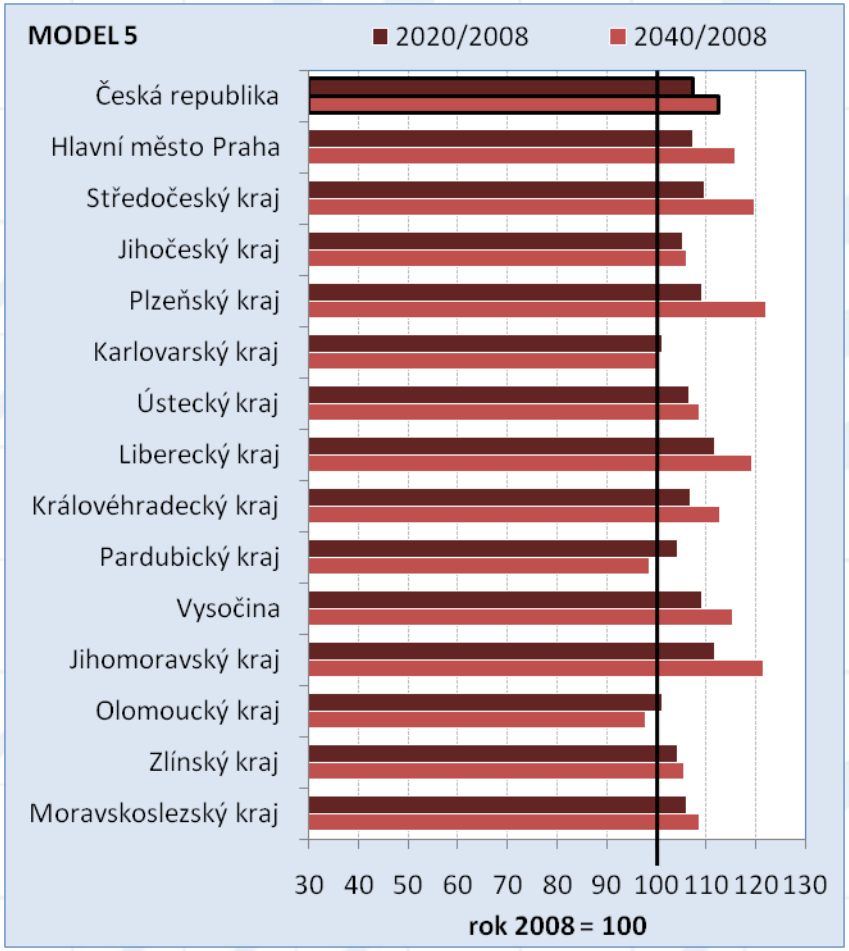


Model 5
(optimální budoucí vývoj)

Změna počtu lékařů v krajích ČR
– gynekologie a porodnictví



Model 1
(zachování současného počtu vstupujících do systému)



Model 5
(optimální budoucí vývoj)

Změna počtu lékařů v krajích ČR
– zubní lékařství

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
Přírodovědecká fakulta
Katedra demografie a geodemografie

Luděk Šídlo

Současný stav a perspektivy vývoje počtu a struktury lékařů primární zdravotní péče v České republice

Elektronická příloha dizertační práce

Model 1
(zachování současného počtu vstupujících do systému)

Model 5
(optimální budoucí vývoj)

Možné dopady budoucího vývoje
na dostupnost a kvalitu…

- *Nejde pouze o změnu počtu lékařů, ale také strukturu pacientů*

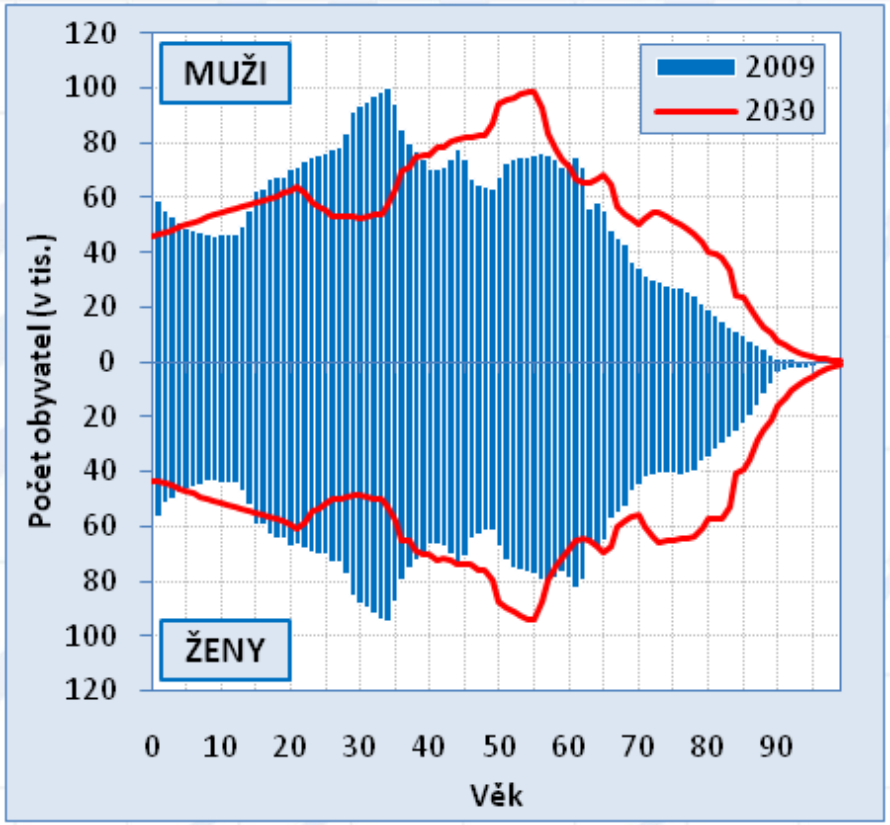
- Na příkladu všeobecných PL a PL pro děti a dorost s využitím kapitačních plateb, resp. jednotkových pojištěnců

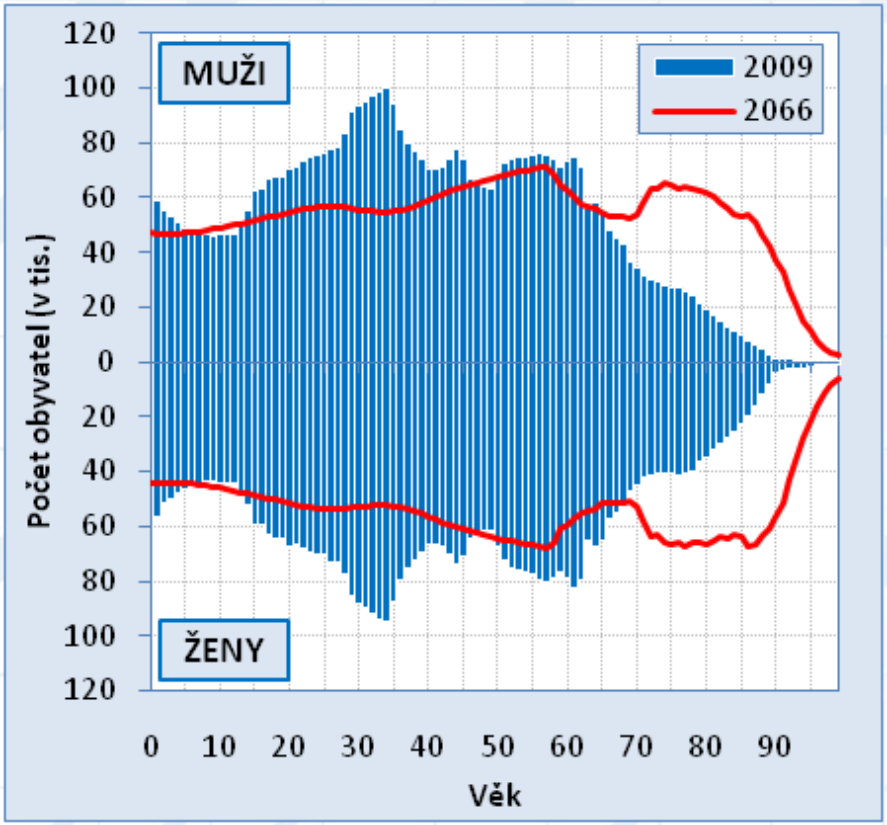
Věková skupina																	
0–4	5–9	10–14	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
3,80	1,65	1,30	1,00	0,90	0,95	1,00	1,05	1,05	1,10	1,35	1,45	1,50	1,70	2,00	2,40	2,90	3,40

- Základní myšlenka:
  - počet kontaktů s lékařem dle věku pacienta se mění podle indexovaných kapitačních paušálů
  - jednotkový pojištěnec = jednotkový počet kontaktů s PL
  - pro VPL věkový interval 20 a více let, pro PLDD 0—19

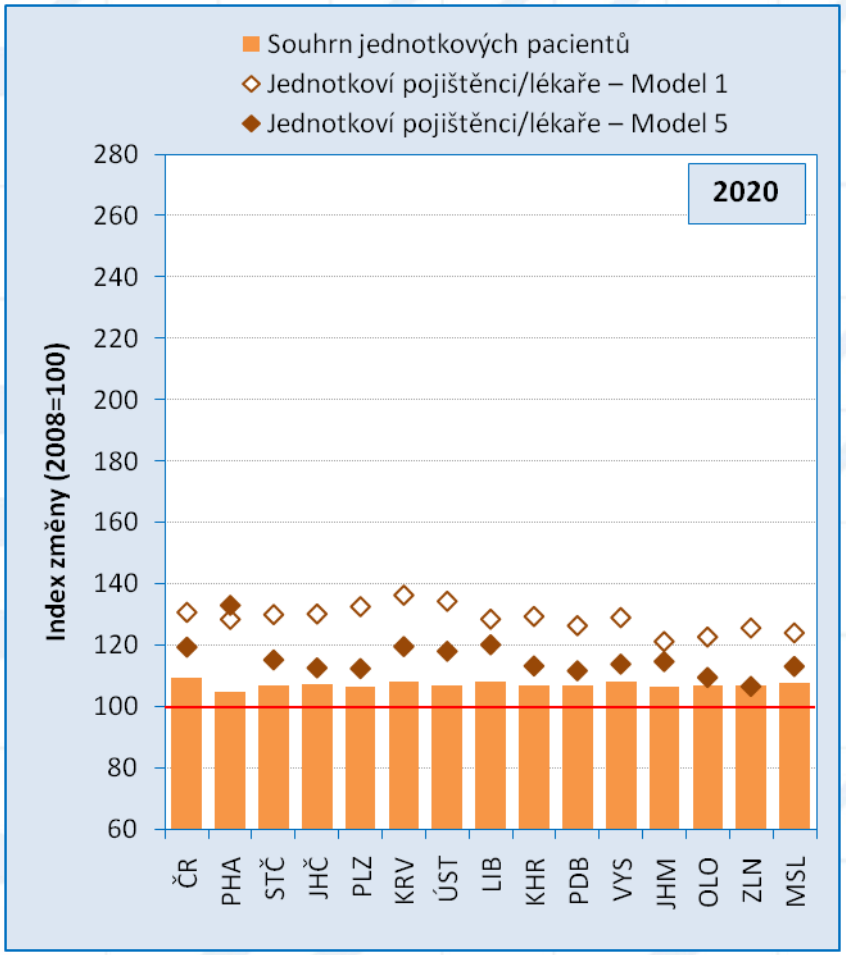
Stárnoucí věková struktura ČR

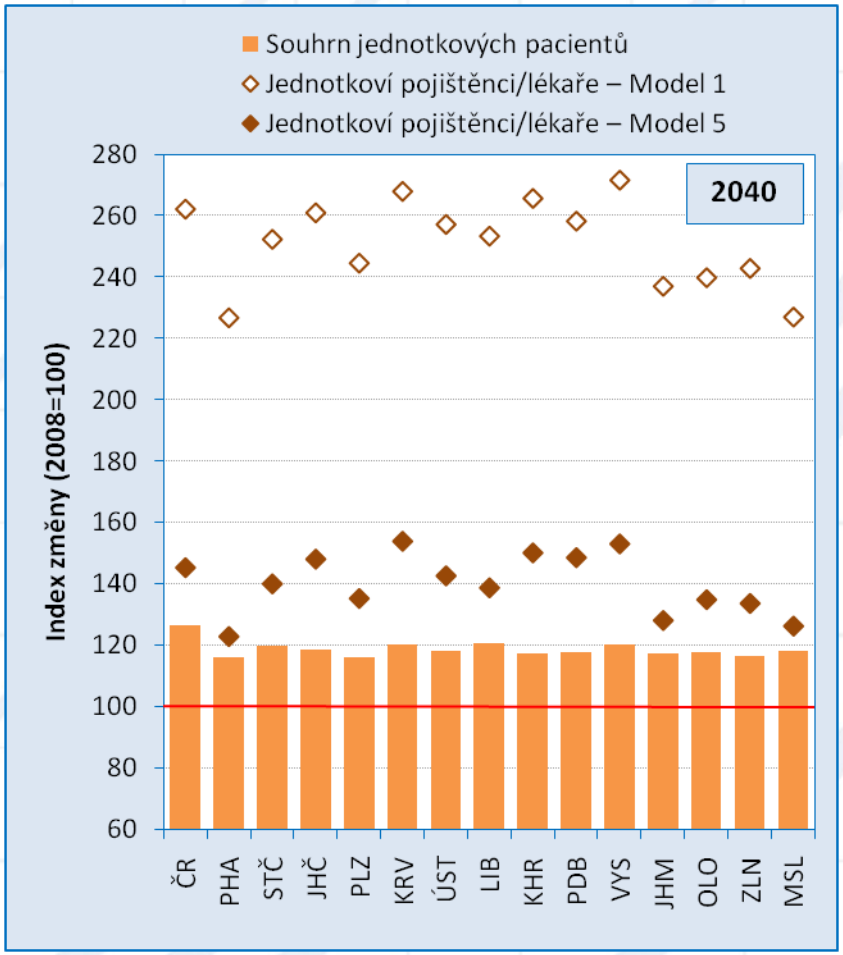
- Obyvatelstvo ČR stárne – přesun silných populačních ročníků do vyšších věků = přesun „kontaktně náročnějších“ věkových skupin





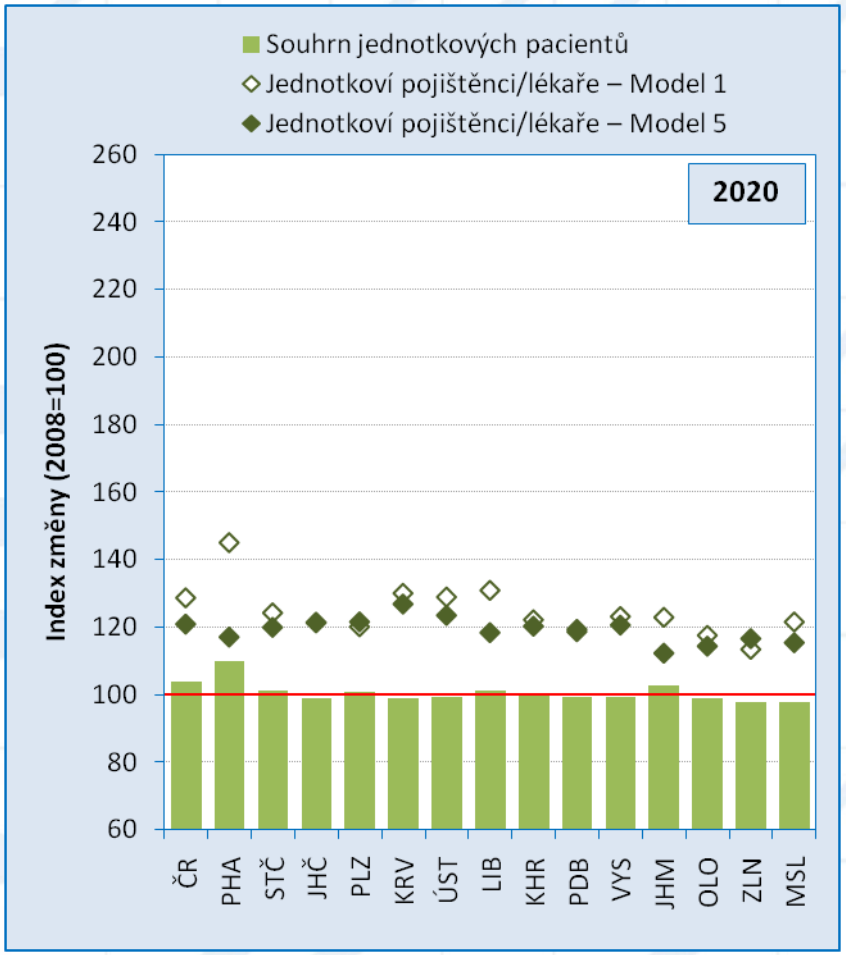
Možné dopady…
– všeobecné praktické lékařství

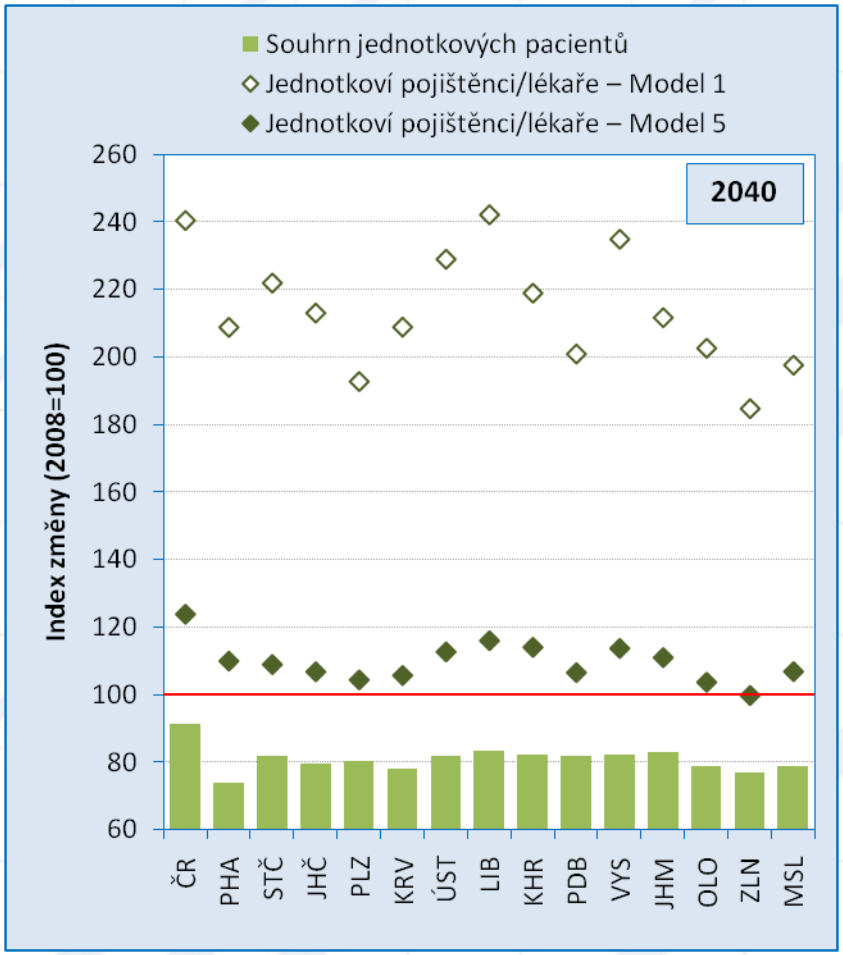




Možné dopady…

– praktické lékařství pro děti a dorost





Hlavní závěry a doporučení

Hlavní závěry a doporučení I.

- Věková struktura lékařů PZP dramaticky stárne = značné problémy již v blízké budoucnosti, především u VPL a PLDD

- Problémy již nelze odvrátit, pouze eliminovat jejich dopad pomocí:
  - postupného navyšování počtu mladých praktických lékařů = zvýšení motivace, zvýšení atraktivity oboru
  - přesvědčení stávajících lékařů k výkonu povolání i v důchodovém věku = nutnost, bez které by hrozil krach systému poskytování PZP

- Nejtvrdší dopady „nedostatku“ lékařů PZP — kolem roku 2025

Hlavní závěry a doporučení II.

- Setrvání současného stavu povede především k:
  - **snížení** počtu praktických lékařů pro děti a dorost do roku 2025 **o třetinu** (do roku 2040 o cca dvě třetiny),
  - **snížení** počtu všeobecných praktických lékařů do roku 2025 **o čtvrtinu** (do roku 2040 o polovinu),
  - navýšení objemu „výkonů“
    - do roku 2020: u VPL o 40 %, PLDD o 20 %
    - do roku 2040: u VPL i PLDD o 140 %
- Dopady postihnou všechny regiony, přesto v odlišné intenzitě — ve vybraných regionech (kraje Karlovarský, Ústecký, Liberecký , Vysočina) může být situace kritická

Hlavní závěry a doporučení III.

- Řešení současné situace se neobejde bez **zajištění dlouhodobé ucelené koncepce výchovy a vzdělávání** lékařů PZP
  - zvyšování počtů nově příchozích, by měly být pozvolné — vyhnutí se obdobným problémům, jakých jsme svědky dnes
- Koncepce vyžaduje přístup k relevantním informacím a datům:
  - nedostupnost a nejednotnost dat výrazně ztěžují celkovou analýzu současného stavu daného problému
  - nutnost větší celistvosti potřebných údajů o lékařích (nejenom PZP), ale také na možnost jejich vzájemné propojenosti napříč jednotlivými institucemi (profesní komory, ÚZIS, IPVZ, apod.)
  - ??? Propojení údajů v jednotnou databázi ???

Hlavní závěry a doporučení IV.

- **Řešení = potřeba komplexního pohledu**
  - ??? expertní tým složený z odborníků z oblasti např. veřejného zdravotnictví, školství či demografie, ale také např. zástupců jednotlivých profesních organizací, zainteresovaných ministerstev a zdravotních pojišťoven
    - cíl = vytvoření určitého koncepčního plánu pro možné řešení otázky budoucího vývoje počtu lékařů v jednotlivých oblastech zdravotní péče, nejenom PZP
    - koncepce by se mohla stát jedním z pilířů nastartované reformy českého zdravotnictví

Děkuji za pozornost

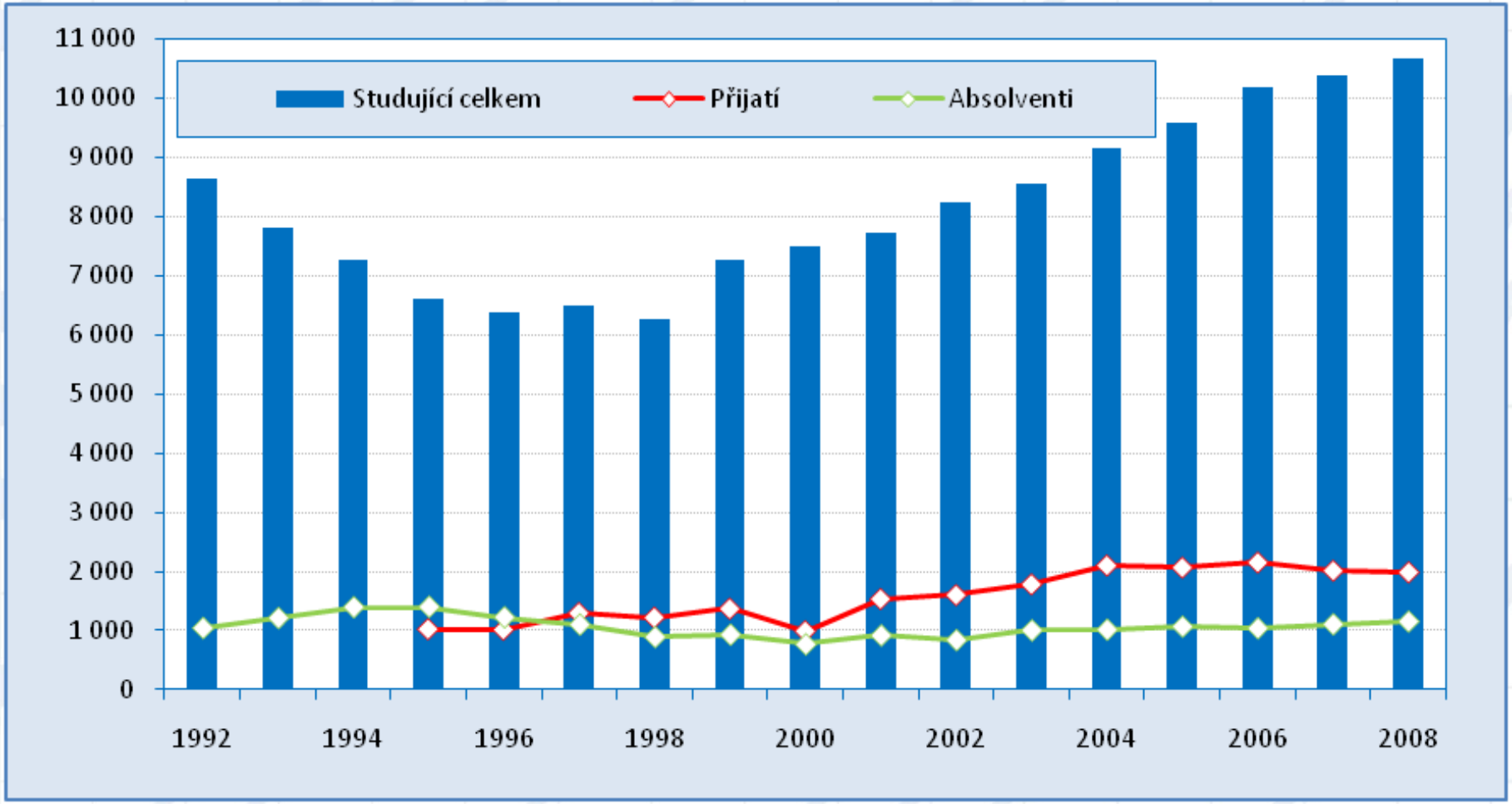
Luděk Šídlo

ludek.sidlo@gmail.com

Přirozený pohyb lékařů

Studenti a absolventi lékařských fakult

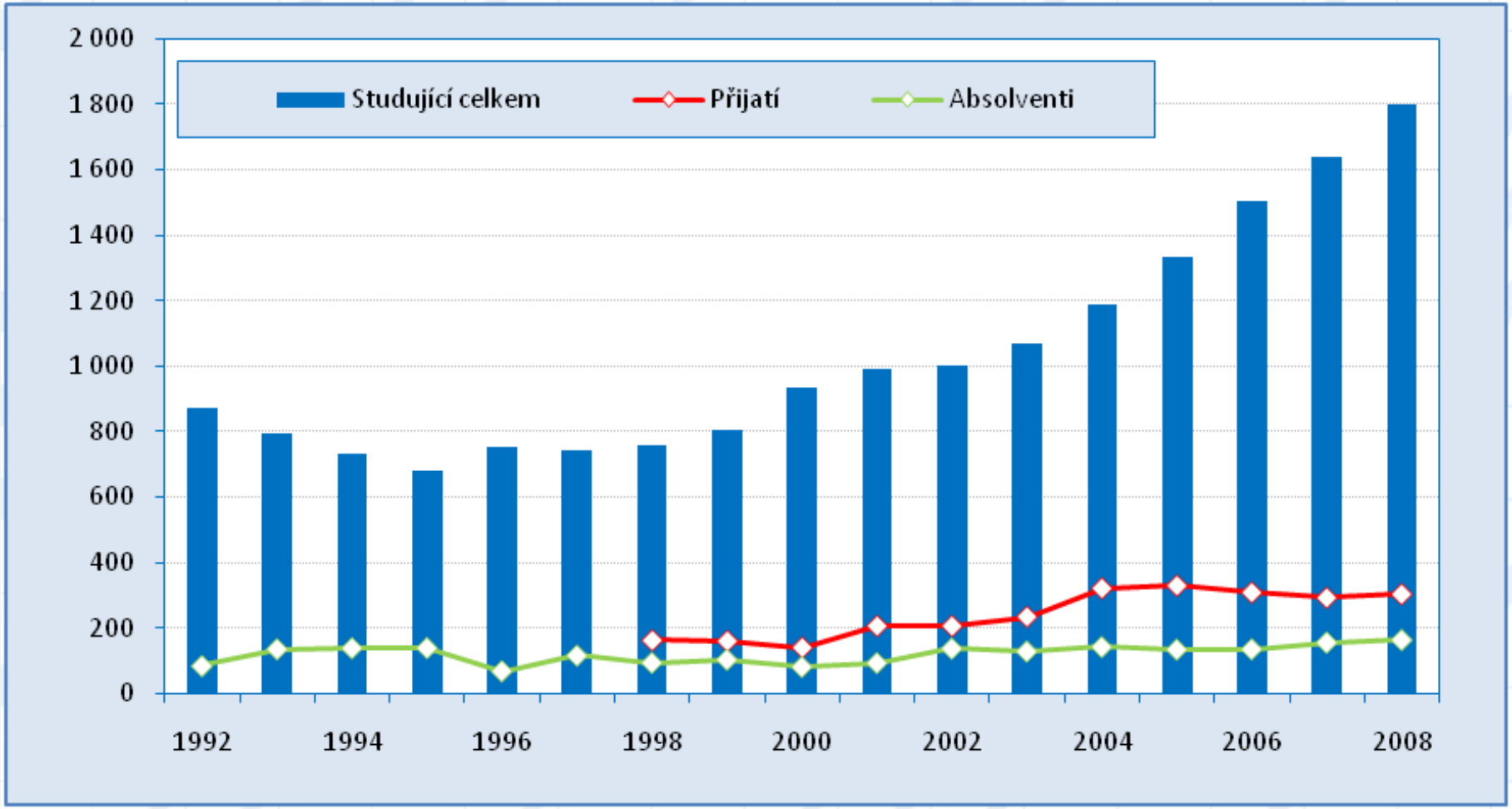
Všeobecné lékařství

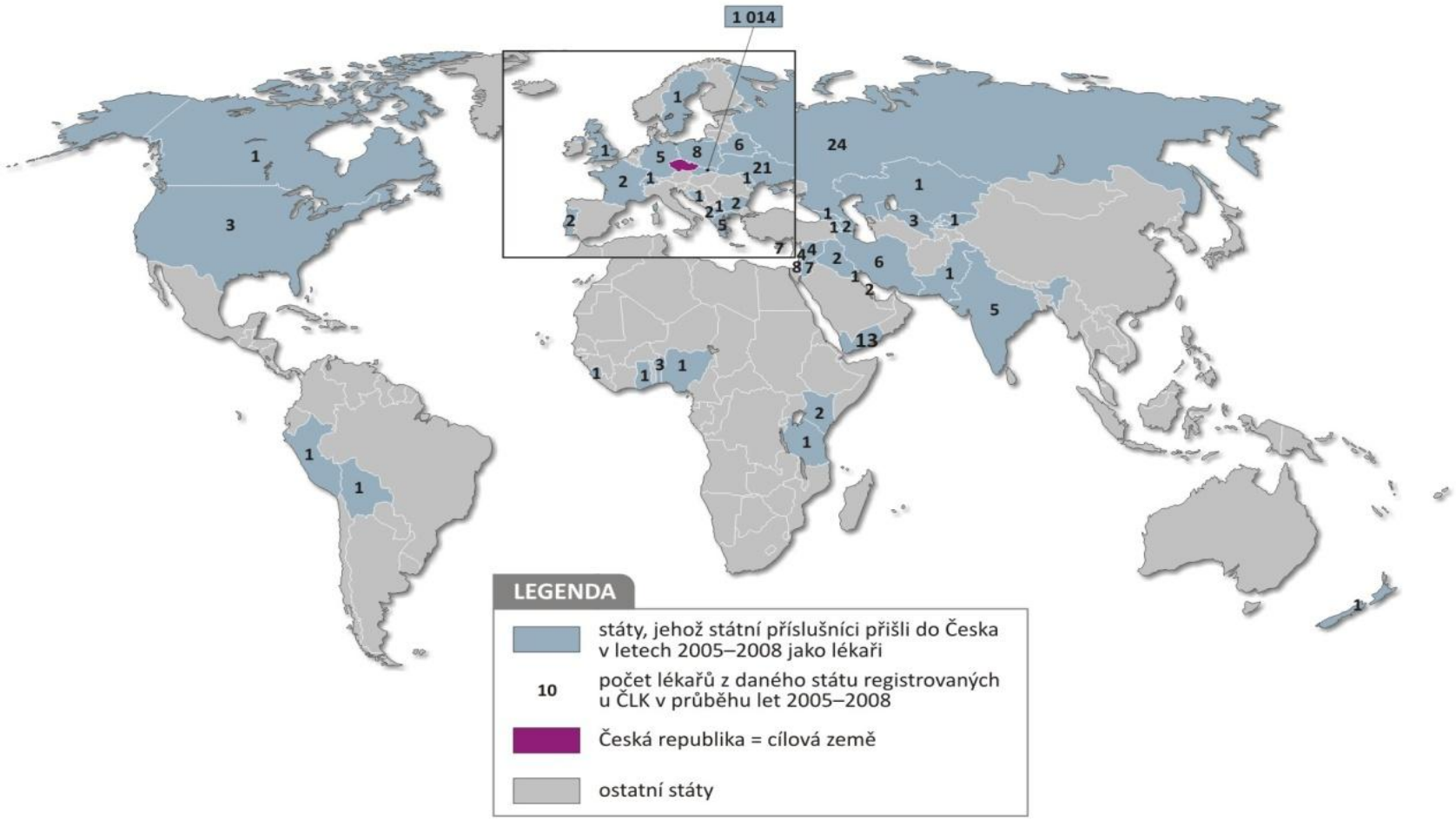


Přirozený pohyb lékařů

Studenti a absolventi lékařských fakult

Zubní lékařství



Mechanický pohyb lékařů
Příchod lékařů do zahraničí

Celkový počet nově přijatých členů ČLK s cizí státní příslušností v období 2005—2008