REGION, VĚK A DOSTUPNOST ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB: PŘÍPAD VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LÉKAŘSTVÍ V ČESKU

Kateřina Maláková – Luděk Šídlo – Jan Bělobrádek

ZASAZENÍ PROBLEMATIKY DO ŠIRŠÍCH SOUVISLOSTÍ A VYMEZENÍ CÍLE ANALÝZY

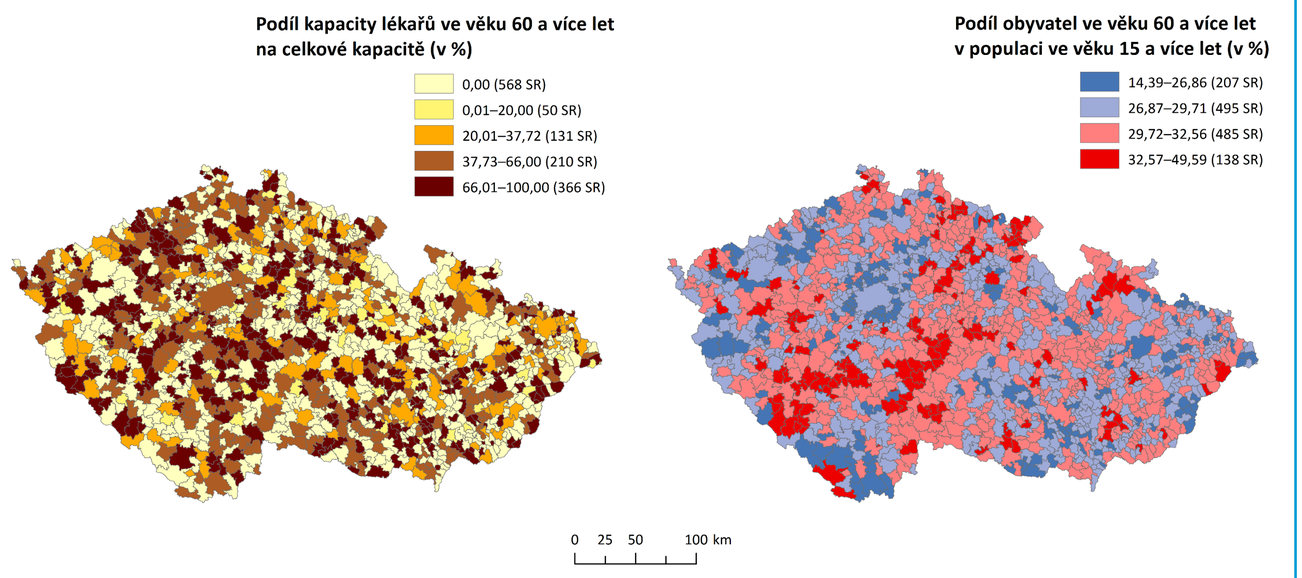
Problematika dostupnosti zdravotnických služeb je velmi aktuální téma, o které se oprávněně zajímají nejen státní instituce, ale i veřejnost. Mezi významné faktory ovlivňující dostupnost zdravotních služeb patří věková struktura obyvatel i poskytovatelů těchto služeb. Cílem příspěvku je zjistit, kde v současnosti hrozí největší potenciální problémy se zajištěním dostupnosti vybraného segmentu zdravotních služeb v jednotlivých oblastech Česka právě s ohledem na stárnoucí věkovou strukturu populace i poskytovatelů zdravotnických služeb (lékařů). Vybraným segmentem je odbornost všeobecného praktického lékařství (VPL).

DATA A METODOLOGIE

Vstupními daty analýzy jsou především věková struktura obyvatelstva a kapacity poskytovatelů zkoumaných segmentů zdravotní péče za rok 2015. Data byla získána z Českého statistického úřadu (ČSÚ) a Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (VZP ČR), která v oblasti primární zdravotní péče, kam VPL patří, má nasmlouvány téměř všechny poskytovatele těchto služeb. Hlavním předpokladem této analýzy je, že oblasti s vyšším zastoupením starších osob a s vyšším zastoupením starších lékařů mohou čelit potenciálně větším problémům se zajištěním odpovídající zdravotní péče. Za tímto účelem byla použita typologie tzv. spádových regionů, z které je možné definovat potenciálně rizikové oblasti. Typologie spádových regionů vytvořena Šídlem a kol. (2017b) je založena na metodě nalezení nejbližšího poskytovatele zdravotních služeb pro jednotlivé obce Česka (pomocí silniční osobní dopravy).

Pro vymezení městských a venkovských regionů je možné použít řadu ukazatelů, jako např. počet obyvatel obce, hustota osídlení, statut obce, podíl zastavěných ploch na celkové rozloze obce, intenzita bytové výstavby, zaměstnanost v jednotlivých sektorech a odvětvích, vyjížďka za prací a studiem, dostupnost služeb a dopravní dostupnost apod. (ČSÚ, 2009). Pro tuto analýzu byl zvolen počet obyvatel v obcích, neboť se jedná o dostupný, pravidelně využívaný a jasně definovaný ukazatel. Dle zákona o obcích č. 128/2000 Sb. obec, která má alespoň 3 000 obyvatel, je městem (Česko, 2000). Proto v rámci této analýzy byly regiony městského typu definovány jako obce se 3 000 a více obyvateli (s trvalým pobytem ve spádové obci) a regiony venkovského charakteru obsahují obce s méně než 3 000 obyvateli (s trvalým pobytem ve spádové obci).

DEMOGRAFICKÁ STRUKTURA LÉKAŘŮ A OBYVATESTVA



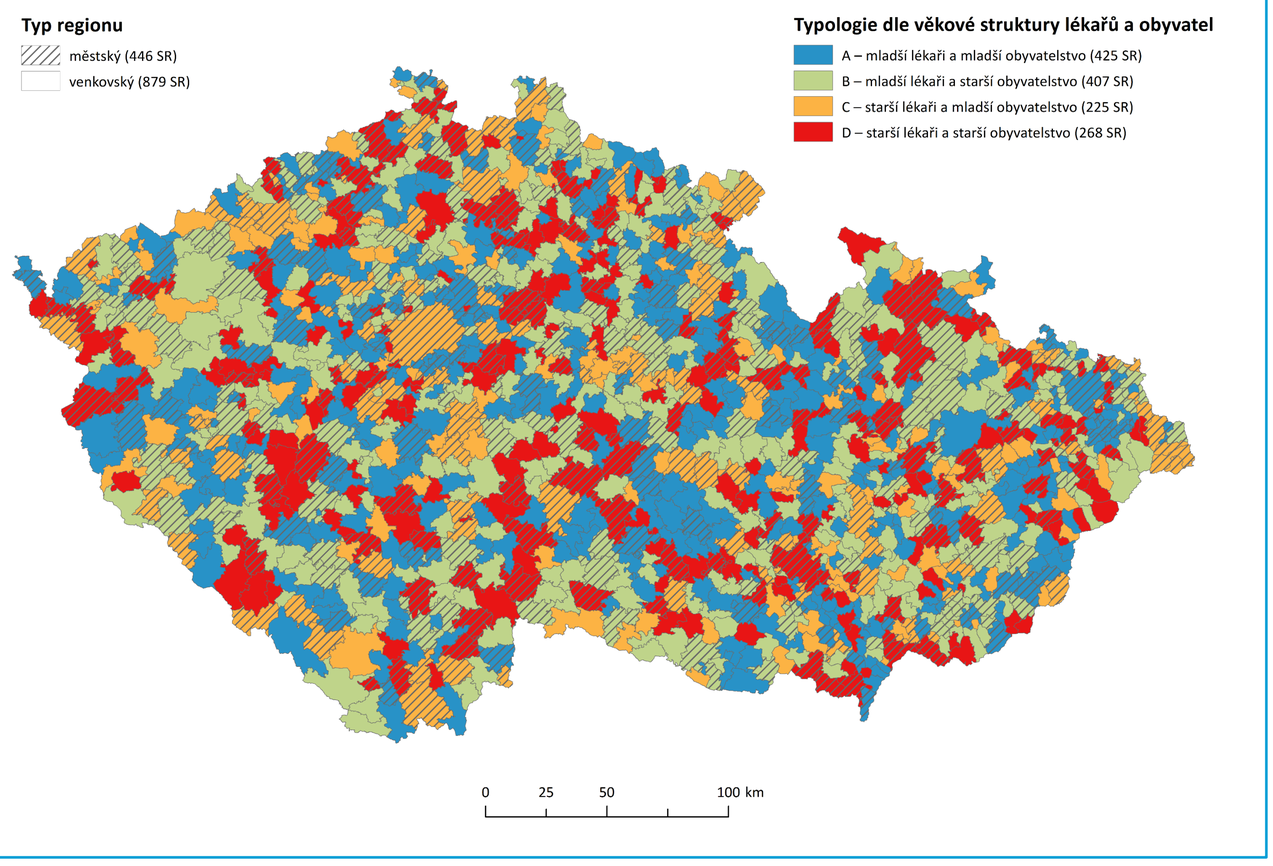
HLAVNÍ VÝSLEDKY

Z analýzy vyplývá, že existují rozdíly ve věkové struktuře lékařů VPL mezi městskými a venkovskými regiony, přičemž venkovské oblasti mají výrazně vyšší zastoupení lékařů ve věku 60 a více let. Naopak věkové rozložení obyvatelstva nevykazuje významné diference mezi městskými a venkovskými regiony, jedná spíše o problém jednotlivých lokalit na území Česka.

Následná typologie je založena na kombinaci věkové struktury lékařů a obyvatel, přičemž kategorie „mladší lékaři“ (resp. „starší lékaři“) je definovaná jako *podíl kapacity lékařů ve věku 60 a více let na celkové kapacitě lékařské péče* nižší či rovna (resp. vyšší) než průměrná hodnota (37,73 %). Skupina „mladší obyvatelstvo“ (resp. „starší obyvatelstvo“) reprezentuje *podíl obyvatelstva ve věku 60 a více let na obyvatelstvu ve věku 15 a více let* s hodnotou nižší či rovnou (resp. vyšší) než průměr (29,72 %). Obyvatelstvo ve vyšším věku obecně potřebuje a využívá zdravotní služby častěji než mladší generace. Zároveň u lékařů po dosažení důchodového věku postupně klesá průměrná výše úvazku a zvyšuje se tak pravděpodobnost ukončení pracovní činnosti a odchod do starobního důchodu (Šídlo a kol., 2017a). Kombinace obou těchto faktorů pak může způsobit významné narušení dostupnosti zdravotních služeb v daných regionech, a proto regiony s vyšším zastoupením starších lékařů a zároveň s vyšším zastoupením starších osob (typ D) představují potenciálně největší problém se zajištěním odpovídající zdravotní péče.

Regionální rozdíly v dostupnost zdravotních služeb je možné dále zkoumat pomocí počtu kontaktů obyvatelstva s lékaři. Pokud bychom tento ukazatel sledovali pouze *podle trvalého bydliště obyvatelstva* (TBO), *potenciální počet kontaktů na 1 úvazek lékaře* by mohl být až o 40 % vyšší ve venkovských regionech, než průměr za celé Česko, zatímco v městských regionech by činil 92 % z průměrné hodnoty. V praxi však obyvatelé/pacienti nemusí čerpat a také nečerpají zdravotní péči v místě svého trvalého bydliště. To dokládají i výsledné hodnoty *potenciálního počtu kontaktů pacientů čerpajících péči v daném regionu na 1 úvazek lékaře*, které jsou pro městské a venkovské regiony téměř vyrovnané (99,9 % resp. 100,3 %, viz tabulka níže). Hlavním faktorem, který vyrovnává ukazatele těchto dvou typů regionů, je skutečnost, že *podíl obyvatelstva, který čerpá péči v příslušném spádovém regionu svého trvalého bydliště*, je v městských regionech významně vyšší než ve venkovských oblastech (78,9 % vs. 43,6 %).

TYPOLOGIE REGIONŮ



Ukazatele dostupnosti zdravotních služeb dle typu regionu a sledované skupiny obyvatel a lékařů

Sledovaná skupina		PPP_PV		PPP_60+/15+		OB15+_PV		OB15+_60+/15+		IPPK_TBO/PPP		IPPK_REAL/PPP		CERP_ZS_TBO	
		městský	venkovský	městský	venkovský	městský	venkovský	městský	venkovský	městský	venkovský	městský	venkovský	městský	venkovský
Lékaři	mladší	54,67	51,98	33,91	17,25	48,27	47,85	29,96	29,04	95,98	141,26	102,78	102,43	76,11	43,47
	starší	55,62	61,73	40,38	82,01	48,27	48,01	29,82	29,49	89,40	136,38	97,94	95,97	80,93	43,82
Obyvatelstvo	mladší	55,32	54,76	39,50	36,96	47,96	47,38	29,06	27,86	91,39	143,87	97,66	99,30	79,69	41,35
	starší	55,15	55,37	36,12	38,48	48,55	48,46	30,63	30,63	92,74	135,51	101,98	101,49	78,13	46,04
Typologie	A	54,77	51,83	34,50	17,54	47,93	47,36	29,15	27,74	96,19	143,74	101,79	100,26	75,75	41,43
	B	54,59	52,15	33,48	16,93	48,53	48,43	30,57	30,58	95,83	138,50	103,52	104,85	76,37	45,89
	C	55,63	62,15	42,39	85,80	47,98	47,44	29,00	28,15	88,63	144,20	95,28	96,90	82,15	41,15
	D	55,61	61,39	38,27	78,88	48,57	48,54	30,69	30,75	90,22	129,90	100,72	95,20	79,65	46,34
Celkem		55,23	55,06	37,73	37,71	48,27	47,90	29,88	29,18	92,10	139,71	99,92	100,39	78,87	43,58

Typologie: A: mladší lékaři a mladší obyvatelstvo; B: mladší lékaři a starší obyvatelstvo; C: starší lékaři a mladší obyvatelstvo; D: starší lékaři a starší obyvatelstvo

Ukazatele: PPP_PV: vážený průměrný věk lékařů (váha = kapacita lékaře na pracovišti); PPP_60+/15+: podíl kapacity lékařů ve věku 60 a více let na celkové kapacitě lékařské péče (v %); OB15+_PV: průměrný věk obyvatelstva ve věku 15 a více let; OB15+_60+/15+: podíl obyvatelstva ve věku 60 a více let na obyvatelstvu ve věku 15 a více let (v %); IPPK_TBO/PPP: index potenciálního počtu kontaktů trvale bydlícího obyvatelstva na 1 úvazek lékaře (Česko = 100); IPPK_REAL/PPP: index potenciálního počtu kontaktů pacientů, čerpajících péči v daném regionu, na 1 úvazek lékaře (Česko = 100); CERP_ZS_TBO: podíl trvale bydlícího obyvatelstva, které čerpá zdravotní služby v příslušném spádovém regionu (v %)

HLAVNÍ ZÁVĚRY

Byly zjištěny regionální rozdíly ve věkové struktuře lékařů VPL i obyvatelstva na úrovni spádových regionů, přičemž při sledování regionů dle typu město vs. venkov byly prokázány větší rozdíly ve věkovém složení u lékařů (resp. jejich kapacit) než u obyvatelstva. V rámci typologie dle věkové struktury lékařů a obyvatel byly vytvořeny čtyři skupiny, přičemž potenciálně nejvyšší riziko nesou (z důvodu předpokládaných vyšších nákladů na zdravotní péči a současně očekávaným problémům s udržitelností sítě zdravotních služeb) regiony s nadprůměrným zastoupením starších lékařů a zároveň starších osob (typ D). Při sledování poměru počtu trvale bydlícího obyvatelstvo na kapacitu lékařské péče jednoznačně vychází vyšší potenciální počet kontaktů ve venkovských oblastech. Nicméně pokud se pozornost zaměří na reálnější odraz čerpání zdravotních služeb, tj. na osoby skutečně čerpající péči v daném regionu, potenciální počet kontaktů je téměř shodný, jelikož významným faktorem ovlivňující tyto charakteristiky je dojížďka za službami mimo region trvalého bydliště. Dá se tak konstatovat, že současné rozložení kapacit lékařů VPL je v Česku poměrně rovnoměrné, nicméně dostupnost těchto služeb může být již brzy ovlivněna odchodem lékařů ze systému v důsledku jejich nepříznivé věkové struktury, a to především ve venkovských regionech.

Zdroje: Česko. 2000. Zákon o obcích č. 128/2000 Sb.
ČSÚ. 2016. Počet obyvatel v obcích Česka k 31. 12. 2015. Vytříděné údaje na KDGD PřF UK.
ČSÚ. 2009. Postavení venkova v Pardubickém kraji. Souborné informace.
Šídlo, L., Novák, M., Štych, P., Burcin, B. 2017a. Hodnocení dostupnosti primární zdravotní péče v Česku – dostupnost VPL. Praha : Nakladatelství P3K.
Šídlo, L., Novák, M., Štych, P., Burcin, B. 2017b. Metodika hodnocení dostupnosti zdravotní péče. Metodologická studie. PřF UK, Praha..
VZP ČR, 2016. Vytříděná data pro účely projektu TAČR Omega (č. TD03000312).

Kateřina Maláková[1] – **Luděk Šídlo**[1] – **Jan Bělobrádek**[2]
[1] Univerzita Karlova, Přírodovědecká fakulta, Katedra demografie a geodemografie
[2] Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství
katerina.malakova@natur.cuni.cz; ludek.sidlo@natur.cuni.cz; mudrjanbelobradek@gmail.com

49. konference České demografické společnosti
Demografie – město – venkov
Lednice, 22.–24. 5. 2019

Poster vznikl za podpory projektů: GAUK (č. 990119) a UNCE (UNCE/HUM 018)