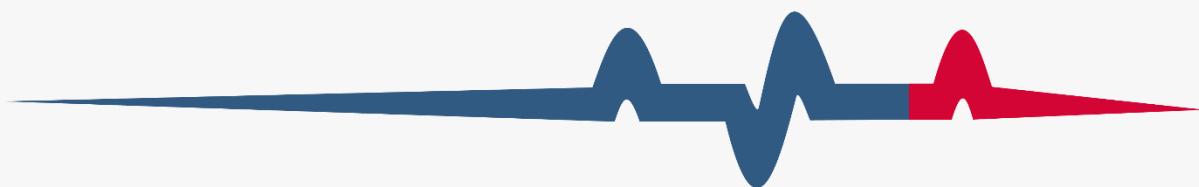


STRATEGICKÝ RÁMEC ROZVOJE PÉČE O ZDRAVÍ V ČESKÉ REPUBLICE DO ROKU 2030



ZDRAVÍ2030



ZDRAVÍ 2030 – analytická studie: Liberecký kraj



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



„ZDRAVÍ 2030“ – analytická studie

Významné zdroje dat pro analytickou studii



Národní zdravotnický informační systém (NZIS) – I.

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

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

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

Národní zdravotnický informační systém (NZIS) – II.

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

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

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

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

Zdroje demografických dat a ukazatelů zdravotního stavu populace

Zdroje demografických populačních dat

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

Evropská výběrová šetření o zdraví v ČR

☐ Šetření EHIS (European Health Interview Survey)

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

☐ Šetření EHES (European Health Examination Survey)

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

Makroekonomické ukazatele a data o výdajích zdravotních pojišťoven

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

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

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

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

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

Významné mezinárodní zdroje dat a informací

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

„ZDRAVÍ 2030“ – analytická studie

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

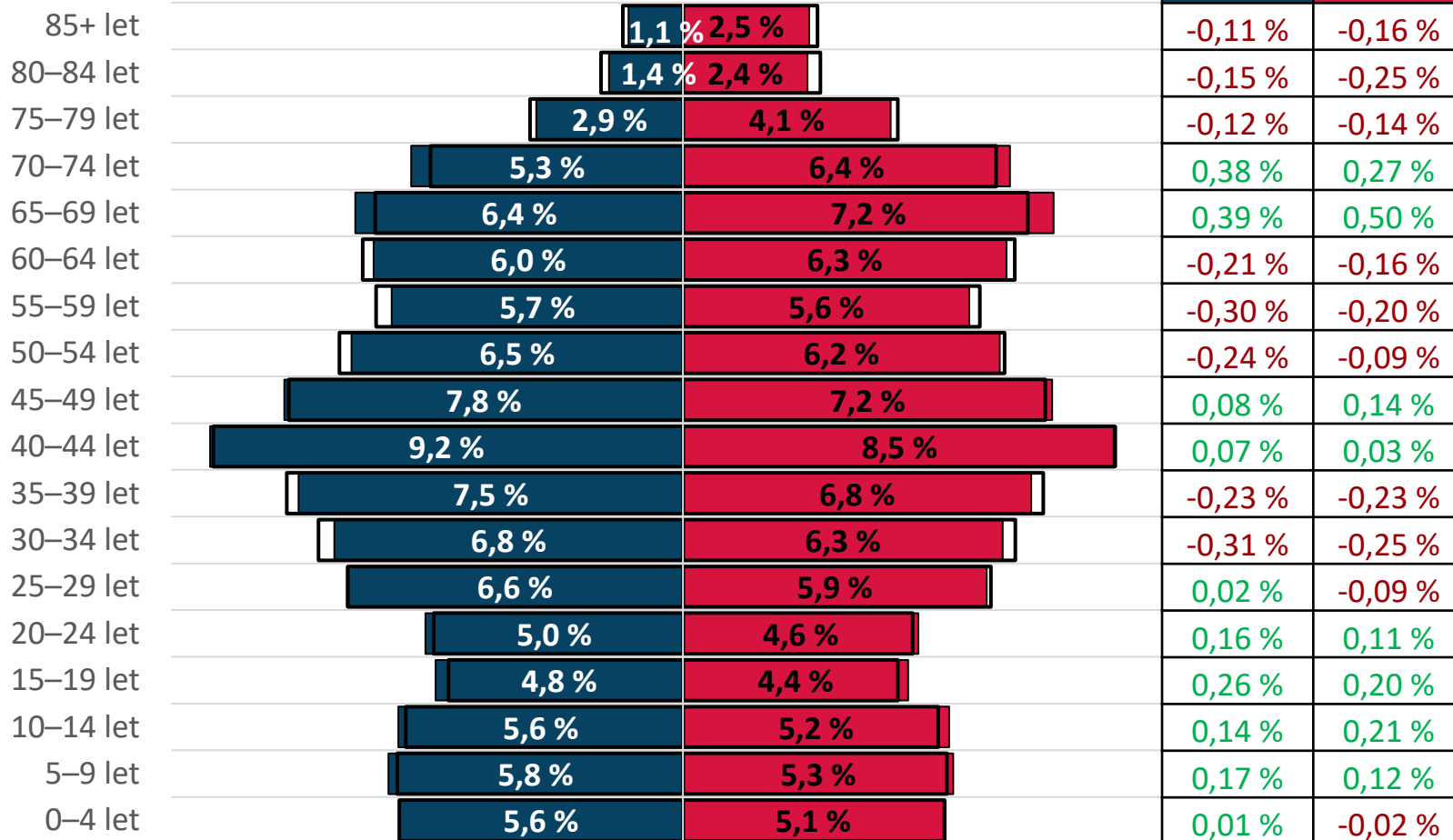


Obyvatelstvo podle pohlaví a věku

Zdroj: Český statistický úřad

Věkové rozložení obyvatelstva v LBK a v ČR v roce k 31.12.2018

Rozdíl mezi LBK a ČR



■ muži ■ ženy □ ČR

Struktura populace s vysokým podílem starších obyvatel jak u mužů, tak i u žen je významným faktorem určujícím budoucí vývoj českého zdravotnictví očekávatelné potřeby zdravotních a sociálních služeb. Průměrný věk populace ČR byl k 31.12.2018 u mužů 40,9 let a u žen 43,7 let. Podíl osob nad 60 let věku je přibližně 25 %. Demografická struktura obyvatelstva Libereckého kraje má oproti celé ČR již v současnosti vyšší podíl osob ve věku 65–75 let a menší podíl osob ve věku 50–65 a 30–39 let.

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

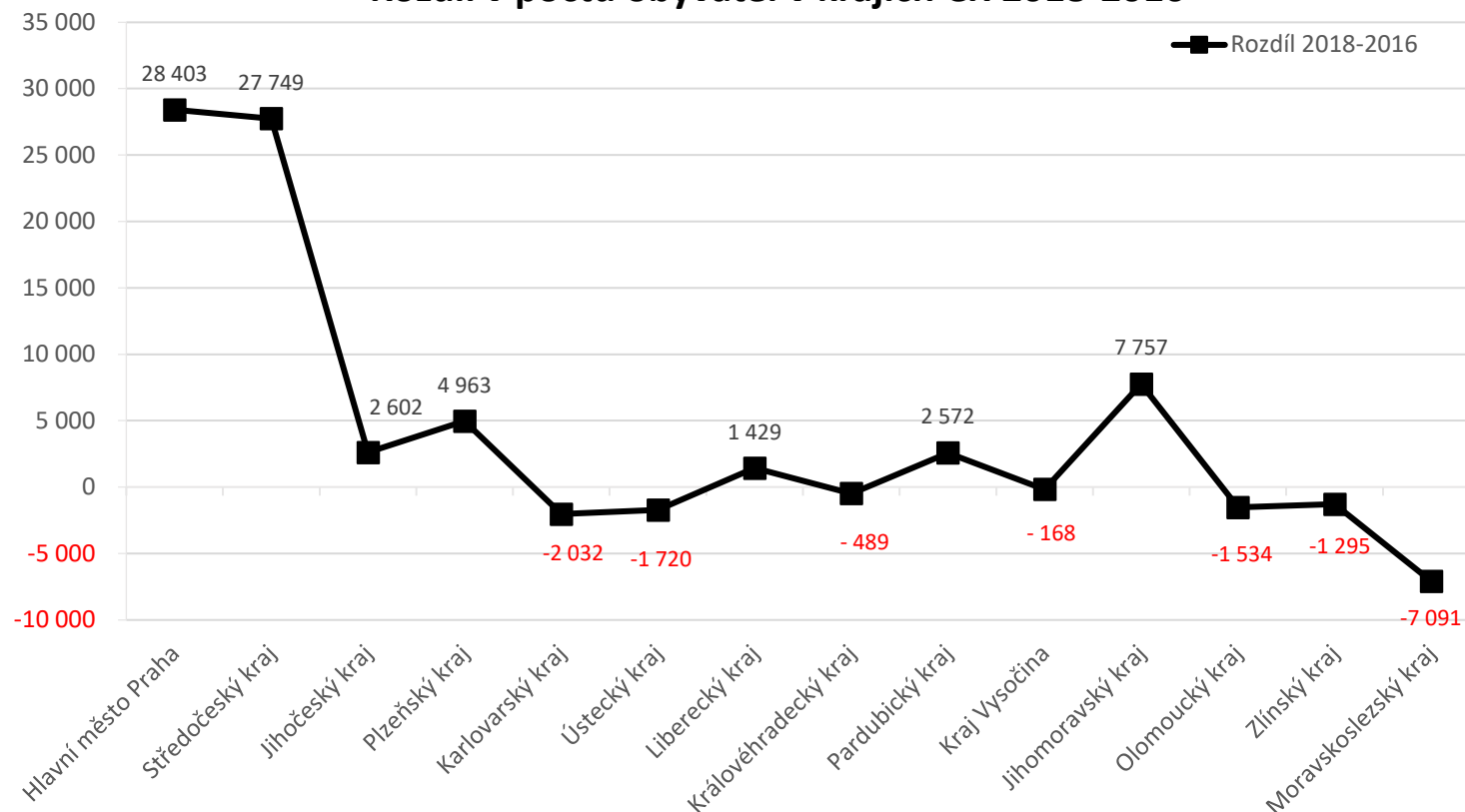
Podstatný bude rovněž růst počtu nemocných seniorů s neurodegenerativními onemocněními (demence, Alzheimerova choroba). Tato část populace bude potřebovat dlouhodobou zdravotně-sociální péči. Budoucí demografický vývoj české populace tak bude výzvou i pro segment paliativní medicíny a obecně i pro segment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

Počet obyvatel a jeho vývoj v krajích ČR

Zdroj: Český statistický úřad

Počet obyvatel v krajích ČR, 2016-2018

Rozdíl v počtu obyvatel v krajích ČR 2018-2016

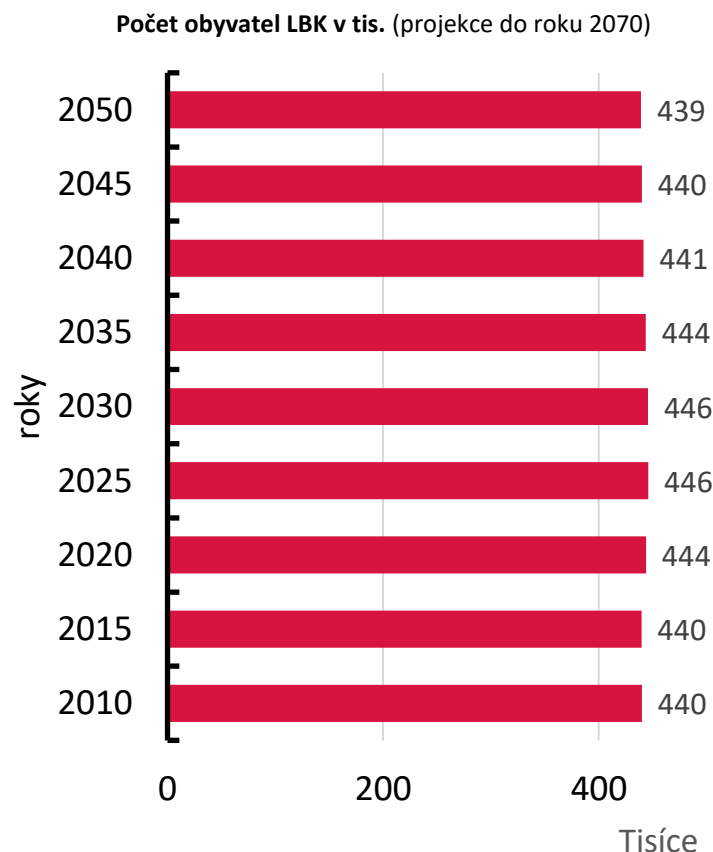
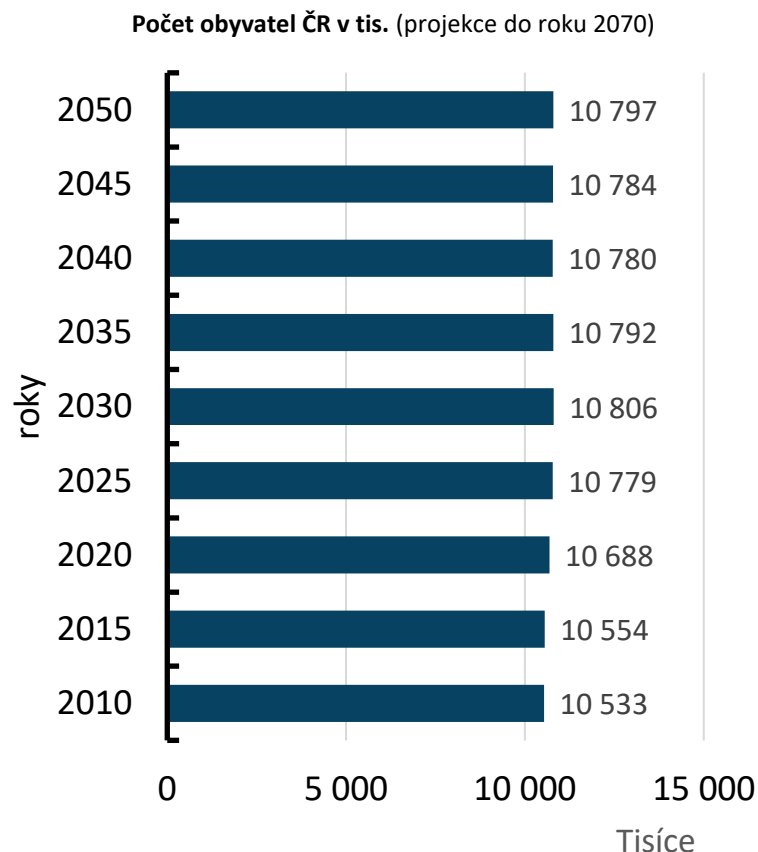


KRAJ	2016	2017	2018
PHA	1 272 732	1 286 554	1 301 135
STC	1 333 249	1 345 764	1 360 998
JHC	638 307	639 180	640 909
PLK	577 638	579 228	582 601
KVK	297 317	296 106	295 285
ULK	822 300	820 937	820 580
LBK	440 179	440 934	441 608
HKK	551 177	550 848	550 688
PAK	516 553	517 243	519 125
VYS	509 187	508 664	509 019
JMK	1 176 972	1 180 477	1 184 729
OLK	634 081	633 133	632 547
ZLK	584 155	583 039	582 860
MSK	1 211 437	1 207 419	1 204 346
CELKEM	10 565 284	10 589 526	10 626 430

Nevyrovnaná migrace obyvatel mezi kraji a zejména migrace směřující do velkých měst a aglomerací ovlivní i zdravotnický systém. Bude nutné vyvinout nové modely a nástroje optimalizující distribuci a hustotu sítě poskytovatelů s ohledem na hustotu obyvatelstva v daném regionu, prosté hodnocení na základě časové či geografické dostupnosti již nebude postačující. Nerovnoměrná migrace obyvatel bude výzvou pro optimalizaci sítě registrujících praktických lékařů i ambulantních specialistů. Role praktických lékařů v odlehlějších částech republiky a ve vesnických oblastech s malou hustotou obyvatel poroste. Liberecký kraj dlouhodobě vykazuje spíše stabilní, v čase mírně proměnlivý, počet obyvatel, mezi roky 2016 a 2018 došlo k mírnému nárůstu.

Počet obyvatel a jeho očekávaný vývoj v ČR a LBK

Zdroj: Český statistický úřad



Hustota obyvatelstva v krajích v roce 2018

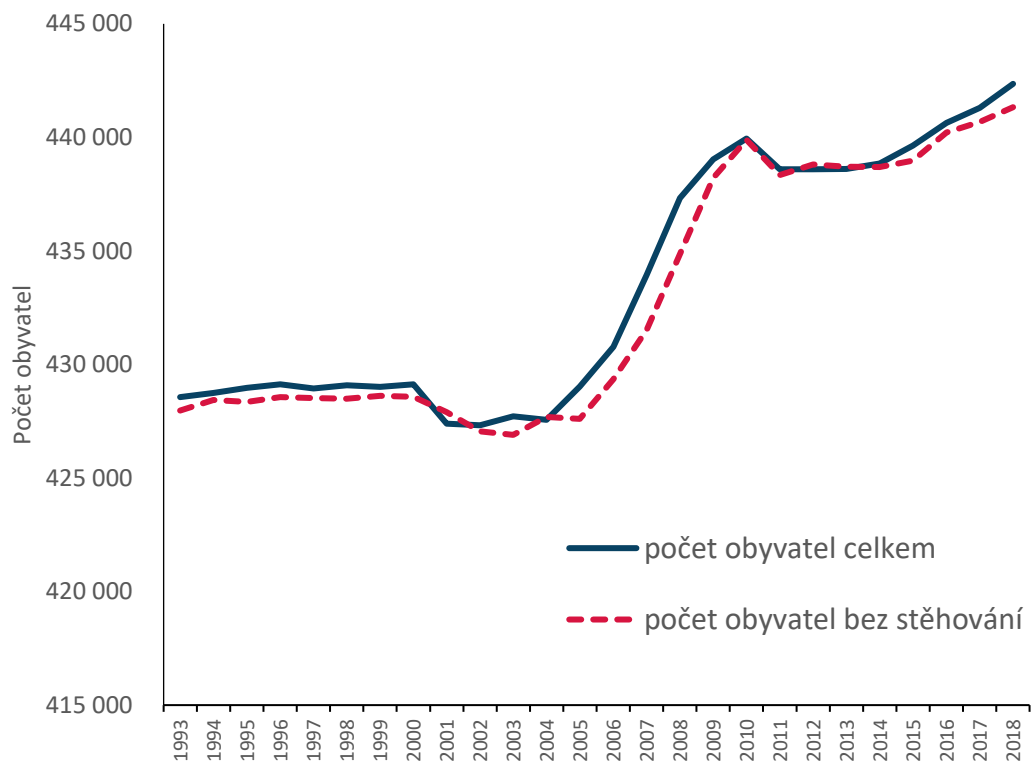
Kraj:	Hustota obyvatelstva na 1 km ²	Pořadí kraje
Hlavní město Praha	2 610	1.
Moravskoslezský kraj	222	2.
Jihomoravský kraj	164	3.
Ústecký kraj	154	4.
Zlínský kraj	147	5.
Liberecký kraj	140	6.
Česká republika	135	
Středočeský kraj	123	7.
Olomoucký kraj	120	8.
Královéhradecký kraj	116	9.
Pardubický kraj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

Český statistický úřad publikuje dlouhodobé predikce vývoje počtu obyvatel ČR, a to i s lokalizací pro pravděpodobný vývoj v jednotlivých regionech. Rovněž tyto predikce ukazují na trend k velmi nevyrovnané hustotě obyvatel mezi jednotlivými kraji a mezi-regionální migraci směřující do měst. Dosavadní vývoj počtu obyvatel v LBK je relativně stabilní, a i dlouhodobá predikce indikuje víceméně neměnný počet obyvatel. Počet obyvatel Libereckého kraje se dle projekce ČSU v letech 2019 až 2050 téměř nezmění a po počátečním nárůstu na 446 tisíc poklesne o 1 % na 439 tisíc.

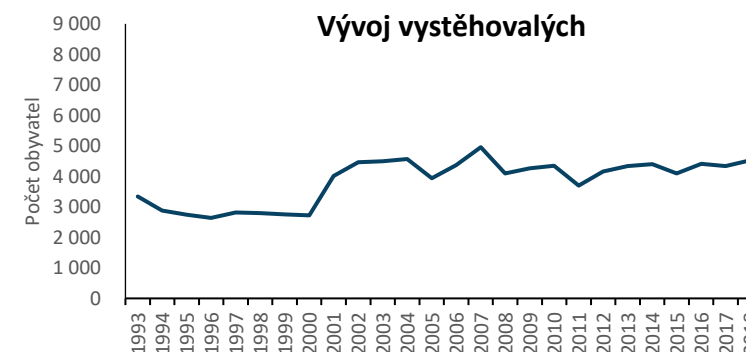
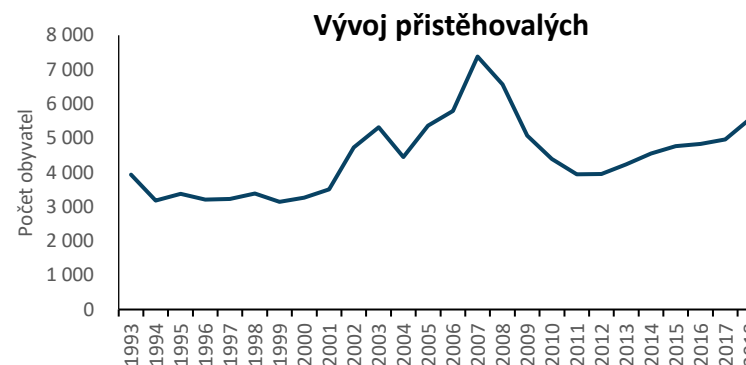
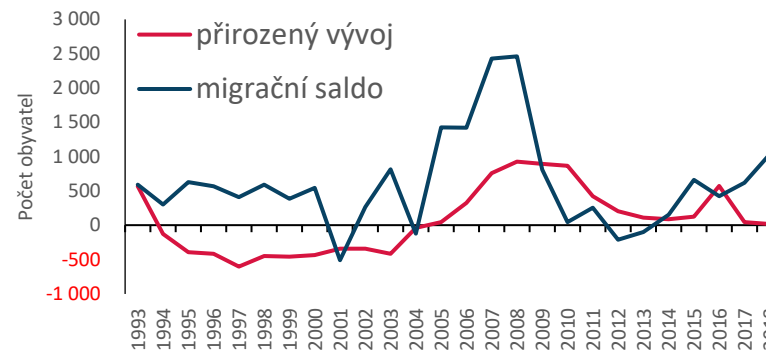
Vývoj počtu obyvatel v Libereckém kraji

Zdroj: Český statistický úřad

Vývoj počtu obyvatel v Libereckém kraji v letech 1993 až 2018



Pozn.: Údaje v roce 2011 jsou navázány na výsledky SLDB 2011 a nejsou plně srovnatelné s předchozími roky.



Počet obyvatel Libereckého kraje od vzniku České republiky v roce 1993 stagnoval na úrovni 429 tis. do roku 2000. Po korekci na 427 tis. s ohledem na výsledky sčítání lidu v roce 2001 došlo mezi roky 2004 a 2010 k výraznému nárůstu o 2,6 % až na 439 tisíc. Nárůst byl způsoben jak vlivem kladného salda migrace, které dosáhlo v roce 2008 až 2,5 tisíc osob, tak i vlivem přirozeného přírůstku, který se od roku 2004 dostal ze záporných hodnot až k přírůstku 900 osob ročně v letech 2008-2010.

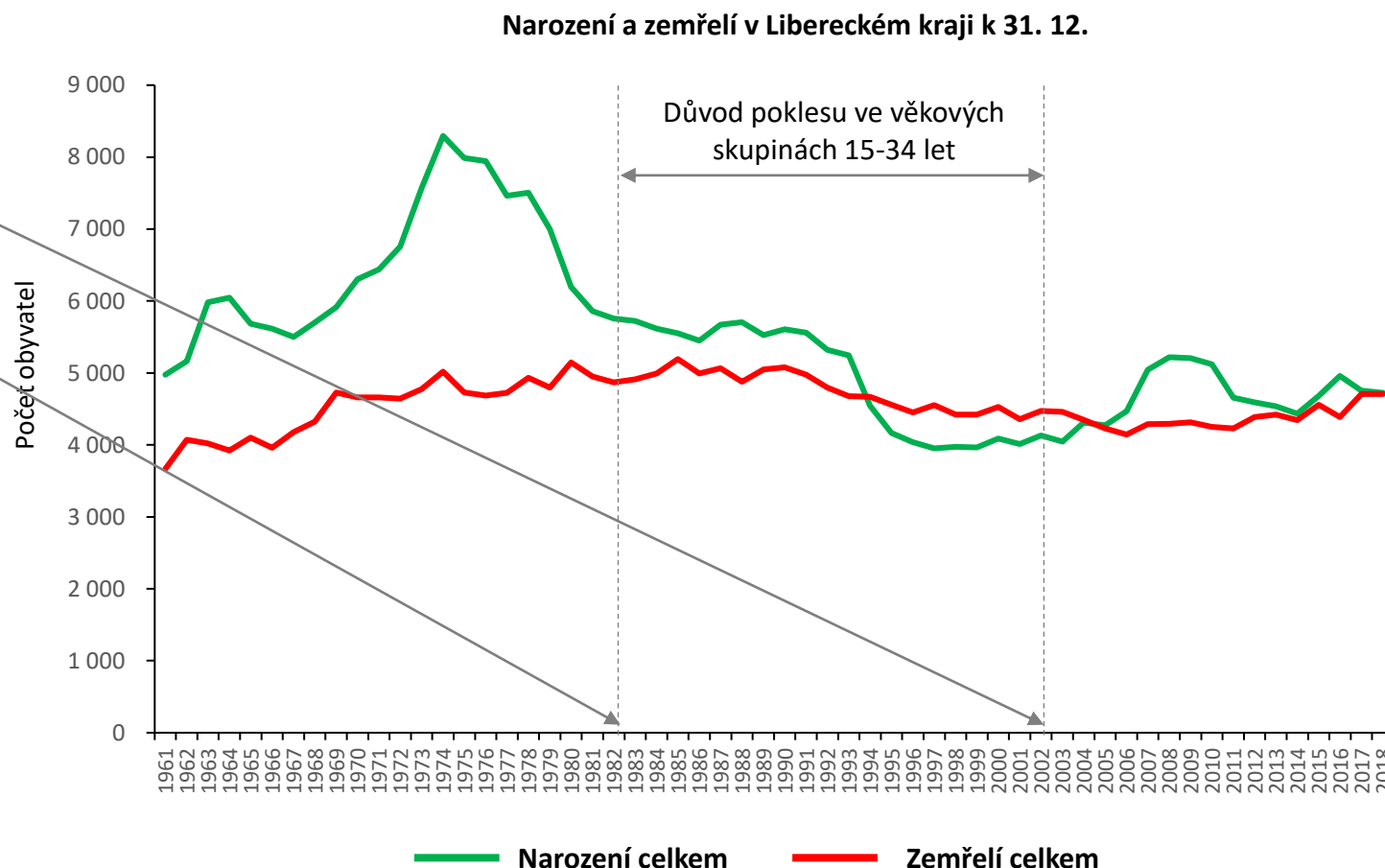
Po sčítání lidu v roce 2011 počet obyvatel Libereckého kraje opět mírně stoupá a ke konci roku 2018 bylo v Libereckém kraji již téměř 442 tisíc obyvatel.

Počet cizinců se v Libereckém kraji od roku 1996 do roku 2018 zvýšil o 1,5 násobku z 8,4 na 21,4 tisíc, tj. 4,8 % obyvatel.

Narození a zemřelí v LBK v letech 1961 - 2016

Zdroj: Český statistický úřad

Věkové skupiny	Rozdíl 2016-2010	Rozdíl 2018-2010
0–4 let	-1 654	-1 254
5–9 let	4 813	3 936
10–14 let	894	2 889
15–19 let	-5 627	-5 485
20–24 let	-5 149	-7 681
25–29 let	-2 269	-2 968
30–34 let	-8 171	-8 639
35–39 let	-1 559	-4 604
40–44 let	9 087	10 287
45–49 let	1 410	4 390
50–54 let	404	721
55–59 let	-7 017	-7 848
60–64 let	-2 768	-4 998
65–69 let	9 540	8 589
70–74 let	6 646	10 747
75–79 let	878	2 703
80–84 let	-226	-399
85+ let	1 464	1 739
Celkem	696	2 125

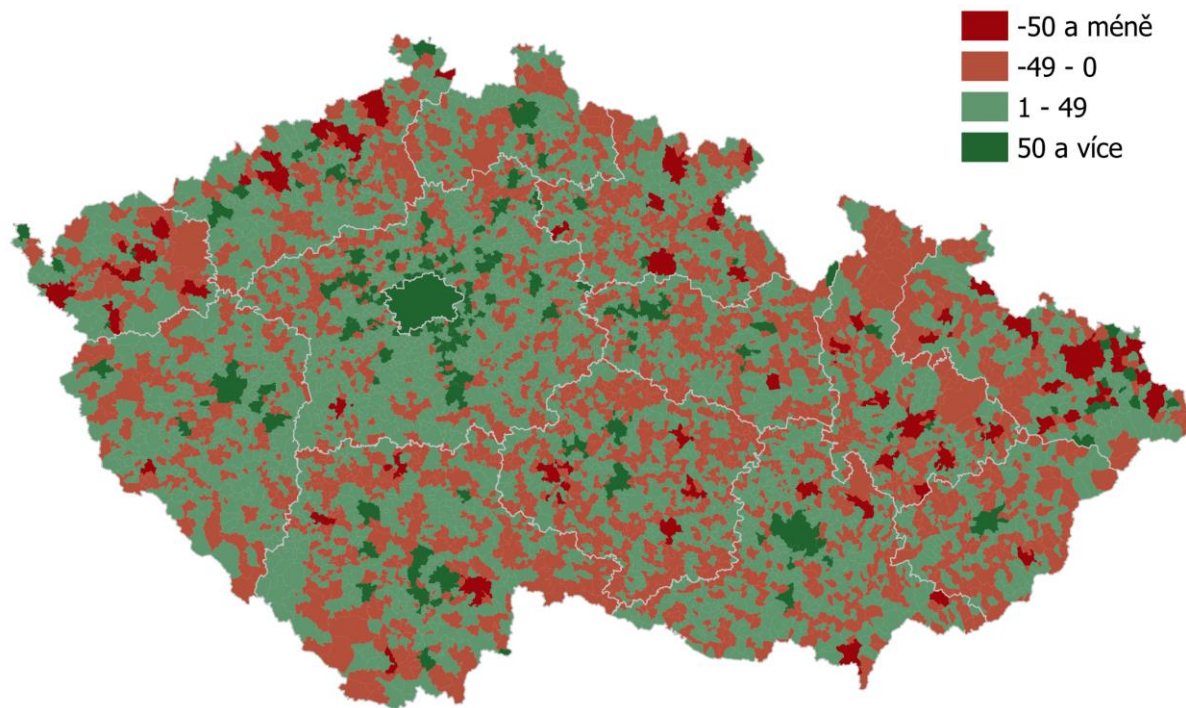


Pokles počtu obyvatel ve věkové kategorii 15-34 let byl v LBK způsoben nižší porodností, která dosáhla svého minima v roce 1997 a mezi roky 1994-2006 byla pod úrovní 5 tis. porodů za rok. Nejen v důsledku toho bylo v LBK od roku 1994-2004 více zemřelých než narozených obyvatel, což se negativně projevilo na celkové bilanci populace. Negativní vývoj v počtu narozených má dopad i do současnosti a to nižším počtem obyvatel v produktivním věku ve věkových skupinách 15-34 let.

Migrace obyvatel ČR dle území Čechy, Morava a Slezsko

Zdroj: Český statistický úřad

Saldo migrace v roce 2018



Z analýzy trendových změn 2010 – 2016 je zřejmý odlišný vývoj v počtu obyvatel v jednotlivých částech ČR. Oblast Slezska klesá v počtu obyvatel v důsledku negativního salda migrace (v roce 2016 je velikost populace nižší než v roce 2010), stejný vývoj je zaznamenán i v řadě krajů Čech. Je avšak nutno zdůraznit, že uvnitř regionů se mohou vyskytovat velké rozdíly.

Počet obyvatel díky migraci naopak roste ve Středočeském kraji, Hlavním městě Praze a v Jihomoravském kraji.

Růst počtu obyvatel klade velké nároky na zajištění základní a urgentní nemocniční péče. V Hlavním městě se významně na migraci oproti ostatním krajům podílejí cizinci, to zde také klade nároky na jazykovou vybavenost lékařů.

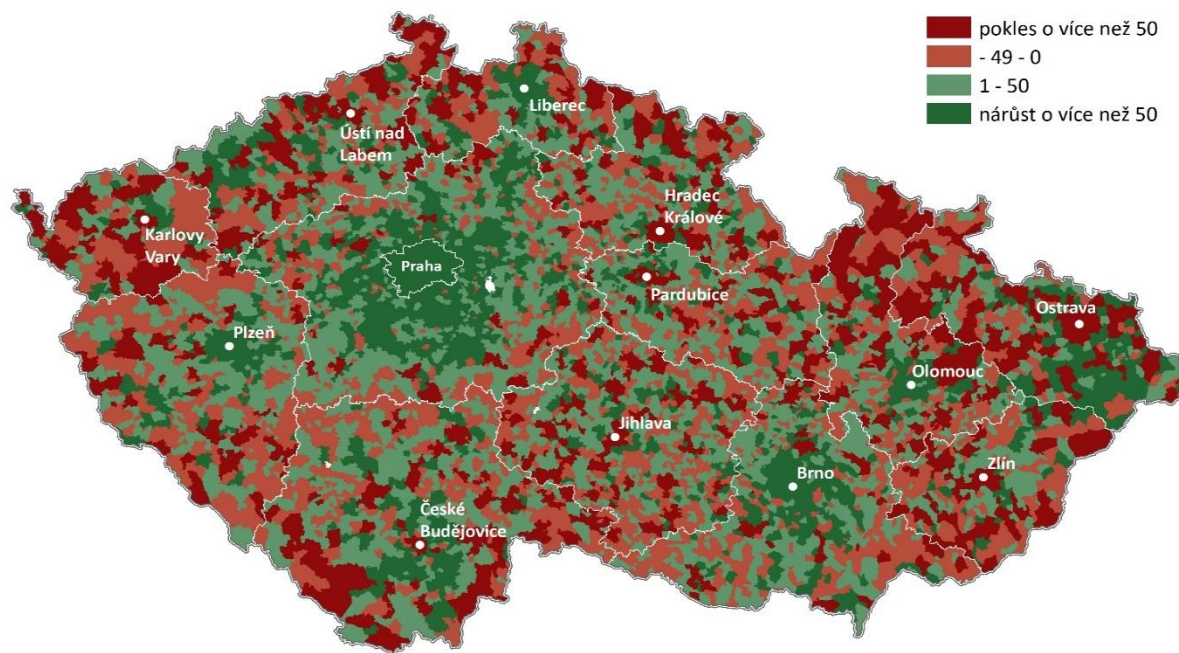
Migrace obyvatel ČR dle jednotlivých obcí

Zdroj: Český statistický úřad

Rozdíl v počtu obyvatel v krajských městech ČR mezi roky 2018 a 2010

-15 500 -500 14 500 29 500 44 500

Migrace obyvatel
mezi lety 2010 - 2016



Praha		49 409
Brno	8 575	
Ostrava	-15 259	
Plzeň	2 156	
Liberec	2 583	
Olomouc	206	
České Budějovice	-766	
Ústí nad Labem	-2 419	
Hradec Králové	-1 610	
Pardubice	260	
Zlín	-703	
Karlovy Vary	-2 580	
Jihlava	-312	

Migrace obyvatel v ČR mezi rokem 2016 a 2010 má **kladné saldo především v okolí velkých měst**, i když vývoj není ve všech krajích stejný. Při porovnání krajských měst je zaznamenán především nárůst v počtu obyvatel v Praze a jejím okolí, Brně, Liberci, Plzni a Olomouci. Záporné saldo v počtu obyvatel mají například města Zlín, Pardubice, Jihlava, České Budějovice, Hradec Králové, Karlovy Vary, Ústí nad Labem a Ostrava. Lze očekávat, že v některých krajských městech s pozitivním saldem obyvatel bude docházet k rostoucím požadavkům na zdravotní služby. To se týká především Prahy, kde jsou z velké části využívány zdravotní služby i obyvateli Středočeského kraje, a dále též Brna, kde dochází k migraci za péčí (nejen) z okresů JMK. Ve velkých aglomeracích je nutné zajistit dostatečnou zdravotní péči v rozvíjejících se příměstských oblastech, kde se usazují rodiny s dětmi. Tento trend povede v těchto oblastech vést k vyšším nárokům na pediatrickou péči.

Přistěhovalí a vystěhovalí v Libereckém kraji

Zdroj: Český statistický úřad

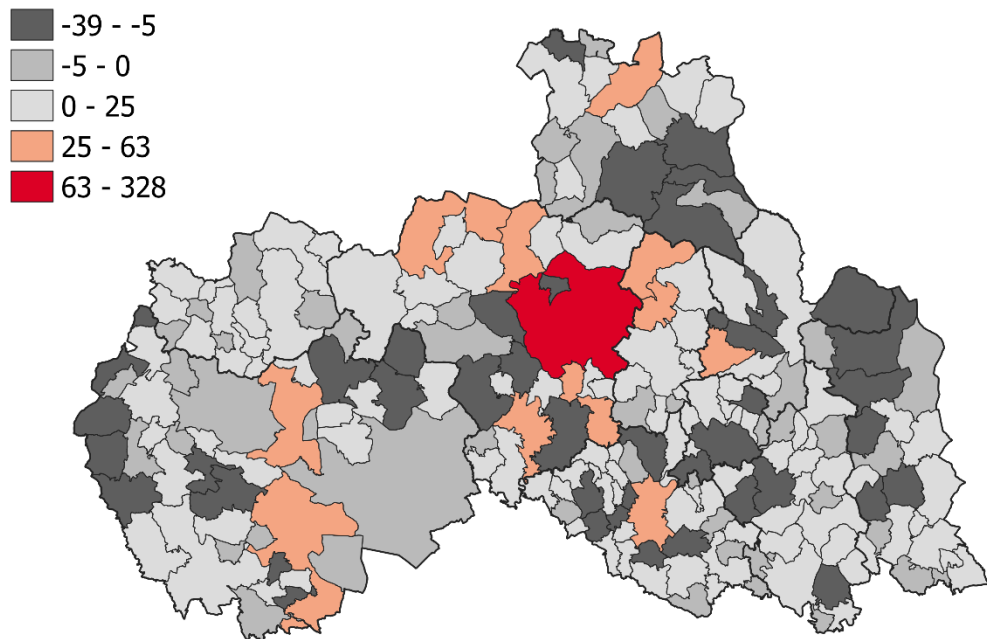
Přírůstek (úbytek) obyvatel stěhováním podle obce v Libereckém kraji v letech 2013-2017

Přírůstek (úbytek) obyvatel stěhováním
na 1 000 obyvatel podle okresu
v Libereckém kraji v letech 2016-2018

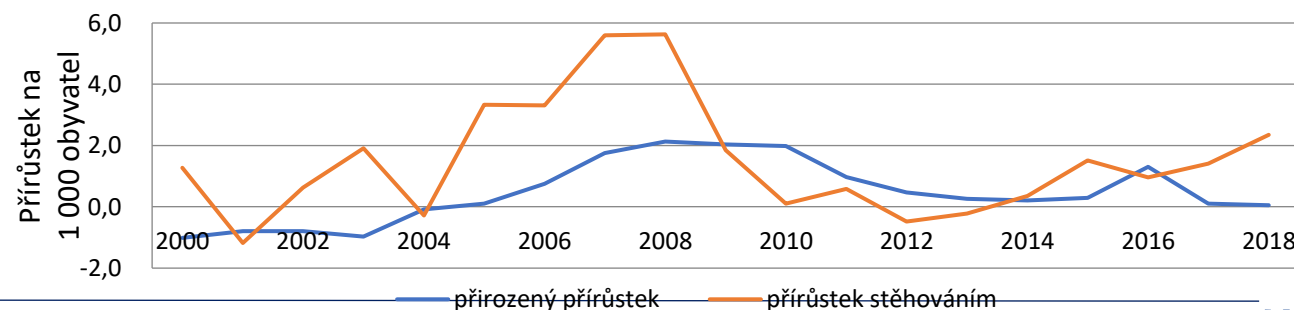
	2016	2017	2018
Liberecký kraj	1,3	0,1	0,0
Česká Lípa	0,8	-0,1	-0,6
Jablonec nad Nisou	2,2	0,3	0,2
Liberec	1,5	1,1	1,1
Semily	0,4	-2,1	-1,6

Z analýzy trendových změn je zřejmý odlišný trend vývoje populace uvnitř LBK. V Liberci je nejvyšší přírůstek obyvatel stěhováním v kraji. O něco nižší přírůstek vykazuje v roce 2018 Jablonec n. N. V Libereckém kraji dochází v poslední době ke stagnaci, kdy je celkový přírůstek obyvatel stěhováním na 1000 obyvatel na hodnotě 0.

Naopak v periferních a příhraničních oblastech s dojížděnou za službami do větších měst dochází k úbytku obyvatel v důsledku stěhování. Okresem, který dlouhodobě vykazuje více odstěhovaných než přistěhovalých, jsou Semily.



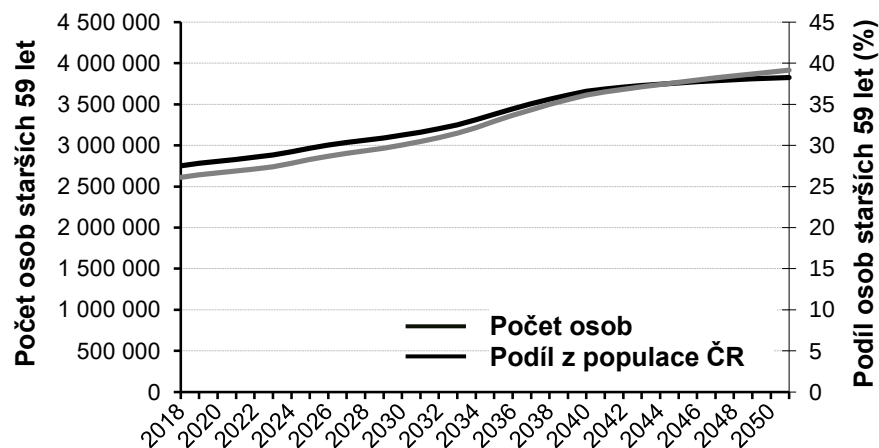
Přírůstek obyvatel celkový a stěhováním v Libereckém kraji v letech 2000-2018



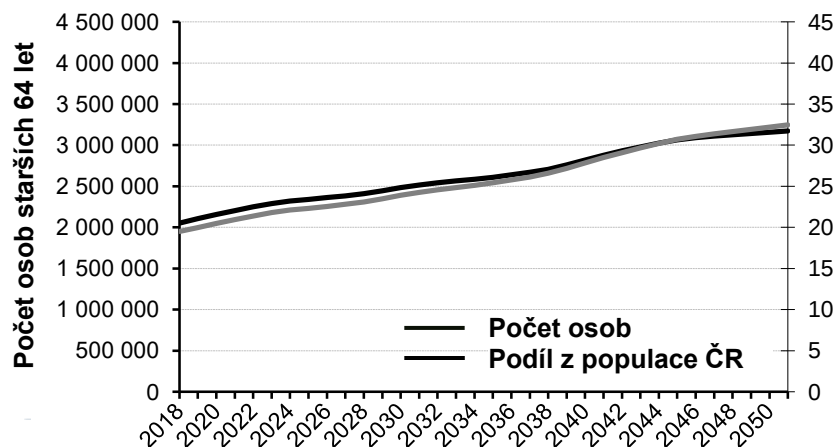
Trendy stárnutí české populace v projekci do roku 2050

Zdroj: Český statistický úřad

Počet a podíl osob věku 60+



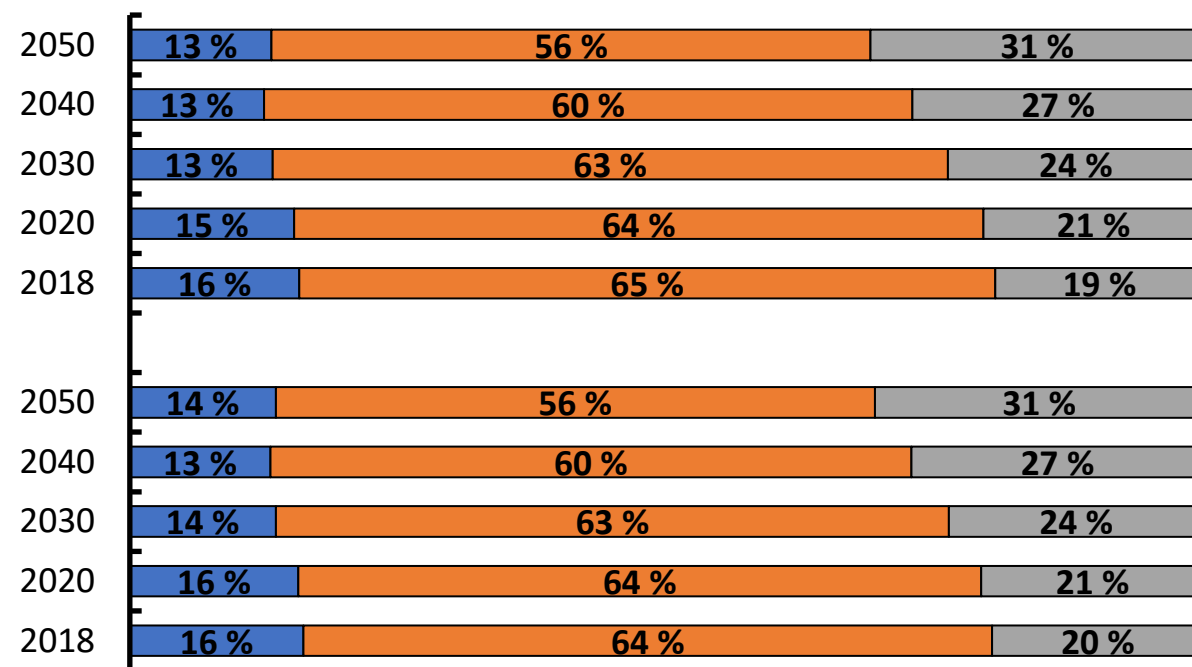
Počet a podíl osob věku 65+



Podíl věkových skupin (predikce do roku 2050)

ČR

0–14 let 15–64 let 65+ let

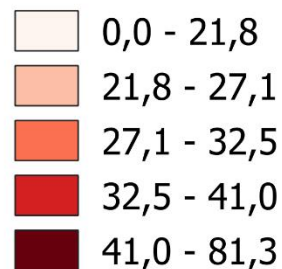
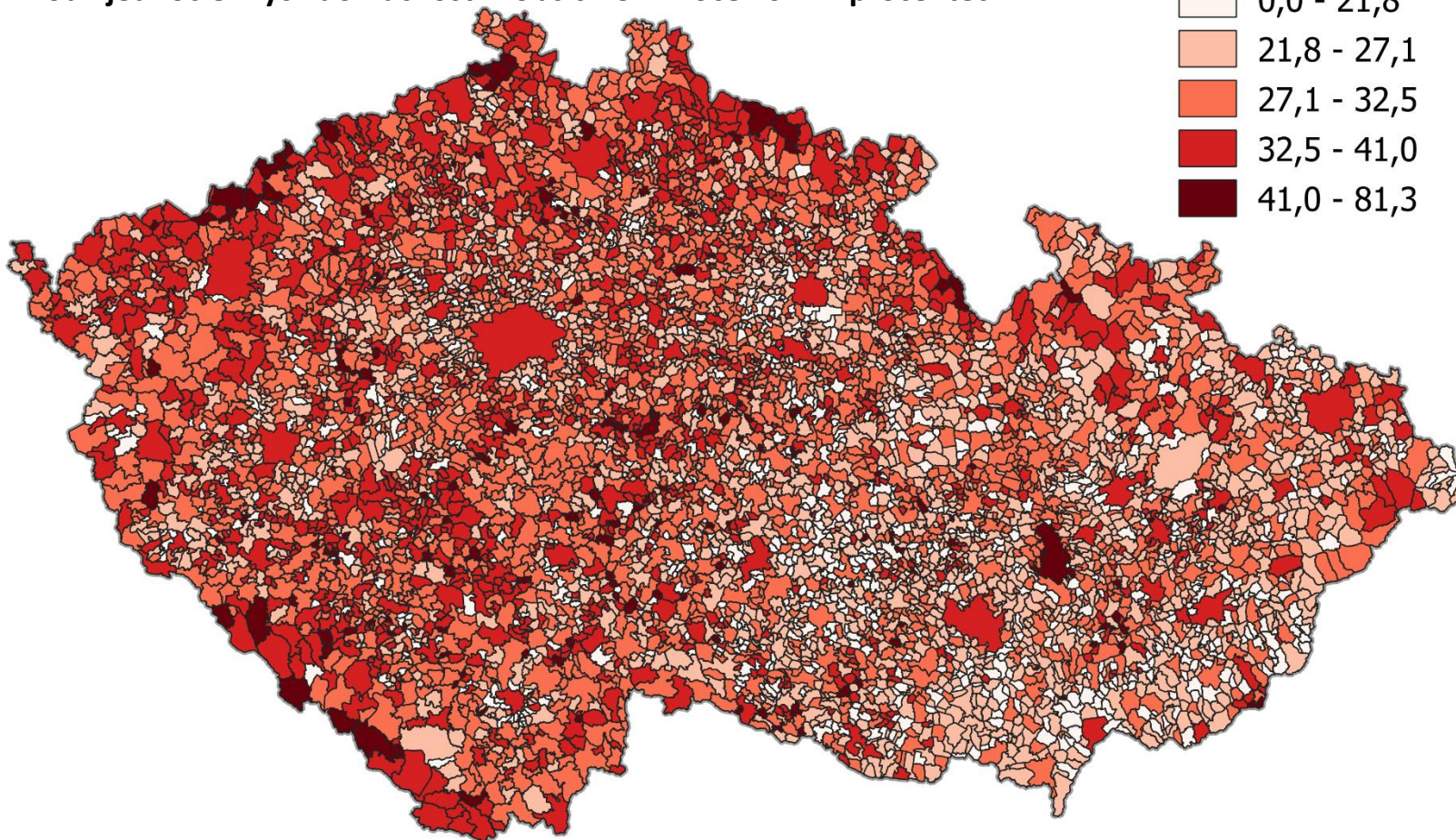


Populace ČR významně demograficky stárne, do roku 2050 se zvýší podíl osob starších než 65 let na 31 %. Populace LBK přibližně odpovídá věkovou sktrukturou celkové populaci ČR a vykazuje také stejné trendy ve stárnutí.

Domácnosti jednotlivců v obcích ČR

Zdroj: ČSÚ – SLDB 2011

Podíl jednočlenných domácností v obcích ČR v roce 2011 v procentech



Domácnosti jednotlivců v roce 2011

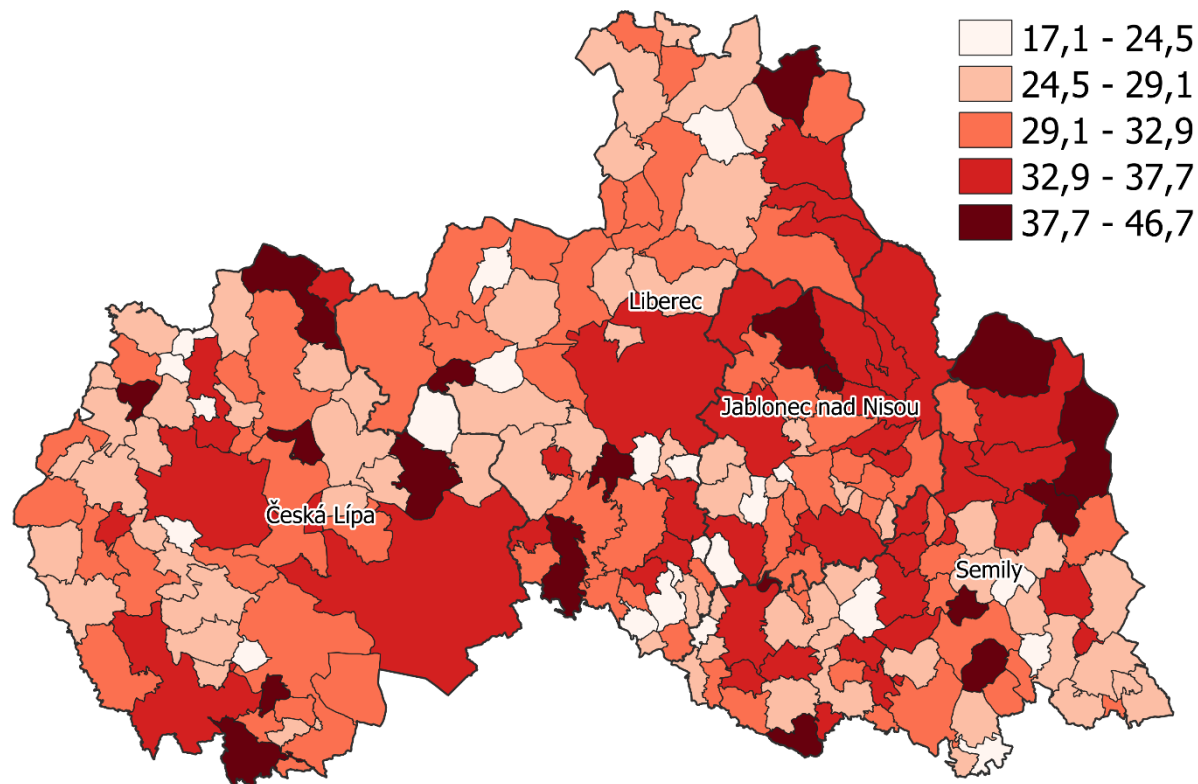
Území	Hospodařící domácnosti celkem	Domácnosti jednotlivců
ČR celkem	4 375 122	32,5%
Hlavní město Praha	579 509	39,0%
Středočeský kraj	523 045	30,4%
Jihočeský kraj	262 692	32,1%
Plzeňský kraj	242 397	32,7%
Karlovarský kraj	128 904	35,2%
Ústecký kraj	352 346	34,8%
Liberecký kraj	183 299	33,2%
Královéhradecký kraj	228 256	31,6%
Pardubický kraj	207 396	30,3%
Kraj Vysočina	198 504	28,6%
Jihomoravský kraj	473 520	30,6%
Olomoucký kraj	257 964	30,5%
Zlínský kraj	229 682	28,9%
Moravskoslezský kraj	507 608	32,1%

Počet hospodařících domácností v ČR dlouhodobě roste. K 26.3. 2011 bylo v České republice sečteno 4 375 122 hospodařících domácností. Nejvýraznější nárůst avšak zaznamenávají domácnosti jednotlivců a neúplné rodiny. Jejich počet se v letech 2008-2011 více než zdvojnásobil. Lze očekávat, že tento trend pokračuje v řadě regionů i v současnosti. Domácnosti jednotlivců a neúplných rodin společně s poklesem porodnosti a vysokou rozvodovostí zapříčiňovaly snižující se průměrnou velikost domácnosti. Liberecký kraj patří mezi regiony s nadprůměrným podílem domácností jednotlivců.

Typy domácností a domácnosti jednotlivců

Zdroj: ČSÚ – SLDB 2011

Podíl jednočlenných domácností v Libereckém kraji v roce 2011 v procentech



Domácnosti podle typu v roce 2011 – v procentech

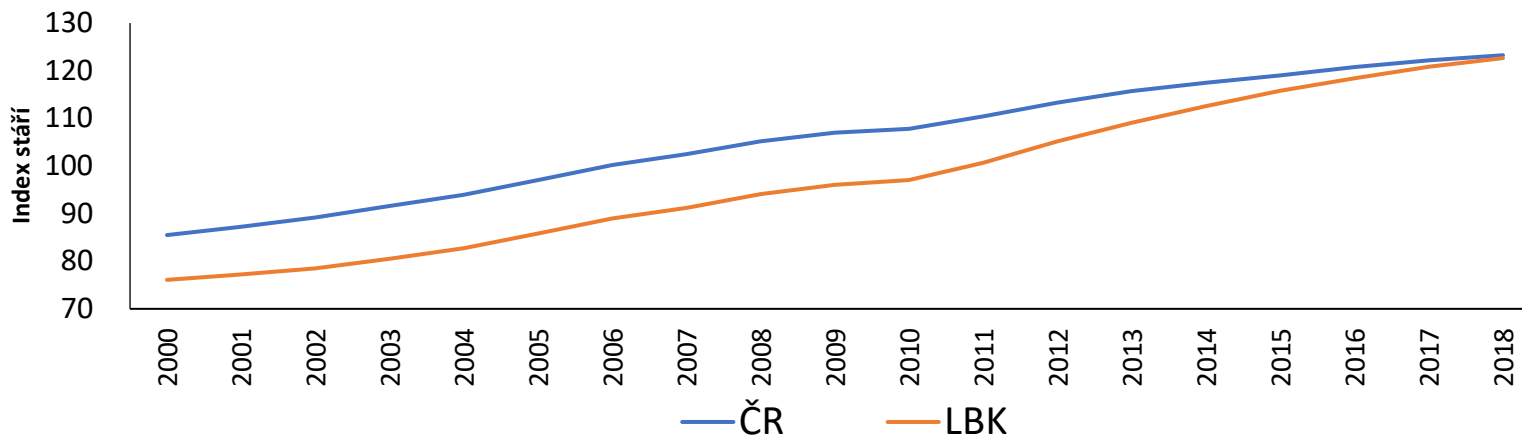
Území	domácnosti celkem	tvořené 1 rodinou	tvořené 2 a více rodinami	domácnosti jednotlivců	vícečlenné domácnosti
Hlavní město Praha	579 509	51,8%	0,9%	39,0%	8,4%
Středočeský kraj	523 045	63,1%	2,0%	30,4%	4,6%
Jihočeský kraj	262 692	62,4%	1,6%	32,1%	3,9%
Plzeňský kraj	242 397	60,9%	1,5%	32,7%	4,9%
Karlovarský kraj	128 904	57,3%	1,2%	35,2%	6,2%
Ústecký kraj	352 346	58,6%	1,1%	34,8%	5,5%
Liberecký kraj	183 299	60,4%	1,4%	33,2%	4,9%
Královéhradecký kraj	228 256	62,9%	1,5%	31,6%	3,9%
Pardubický kraj	207 396	64,4%	1,7%	30,3%	3,7%
Kraj Vysočina	198 504	66,0%	2,2%	28,6%	3,2%
Jihomoravský kraj	473 520	62,4%	2,2%	30,6%	4,7%
Olomoucký kraj	257 964	63,8%	1,7%	30,5%	4,0%
Zlínský kraj	229 682	65,7%	2,1%	28,9%	3,3%
Moravskoslezský kraj	507 608	62,2%	1,4%	32,1%	4,2%
Česko	4 375 122	61,0%	1,6%	32,5%	4,9%

Počet hospodařících domácností dlouhodobě roste. K 26.3. 2011 bylo v České republice sečteno 4 375 122 hospodařících domácností. Nejvýraznější nárůst zaznamenávají domácnosti jednotlivců a neúplné rodiny. Jejich počet se v letech 2008-2011 více než zdvojnásobil. Domácnosti jednotlivců a neúplných rodin společně s poklesem porodnosti a vysokou rozvodovostí zapříčiňovaly snižující se průměrnou velikost domácnosti. **Liberecký kraj patří mezi regiony s nadprůměrným podílem domácností jednotlivců. Největší podíl jednočlenných domácností v Libereckém kraji má Jablonec n. N. a Liberec.**

Vývoj počtu dětí ve věku 0 – 14 let a seniorů ve věku 65+

Zdroj: Český statistický úřad

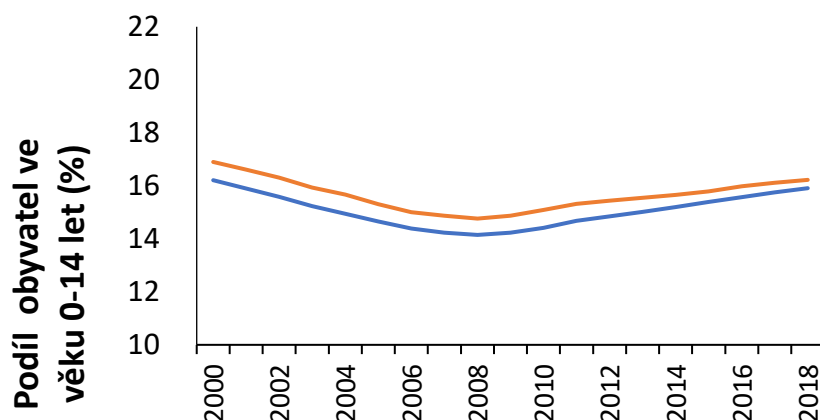
Index stáří v letech 2000-2018



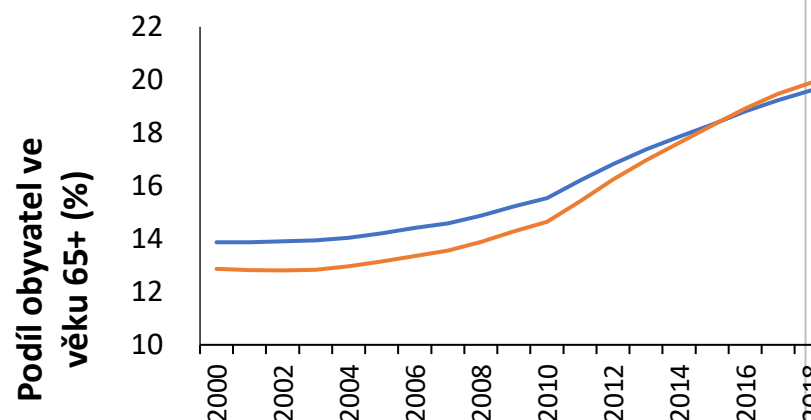
Stárnutí obyvatel se měří pomocí indexu stáří, což je podíl velikosti postreprodukční a dětské (mladistvé) kohorty obyvatel. V České republice můžeme pozorovat **zvyšování tohoto indexu** a tedy i **zvyšování počtu osob starších 65 let oproti počtu osob mladších než 15 let**, což bude mít sociální i ekonomické důsledky.

Vývoj indexu stáří Libereckého kraje je ve znamení postupného sblížování s vývojem tohoto indexu ČR, aktuálně stoupá rychleji než populační celkový průměr. Podíl seniorů je v Libereckém kraji mírně vyšší než republikový průměr, stejně jako podíl dětí do 14 let.

Vývoj počtu dětí ve věku 0-14 let



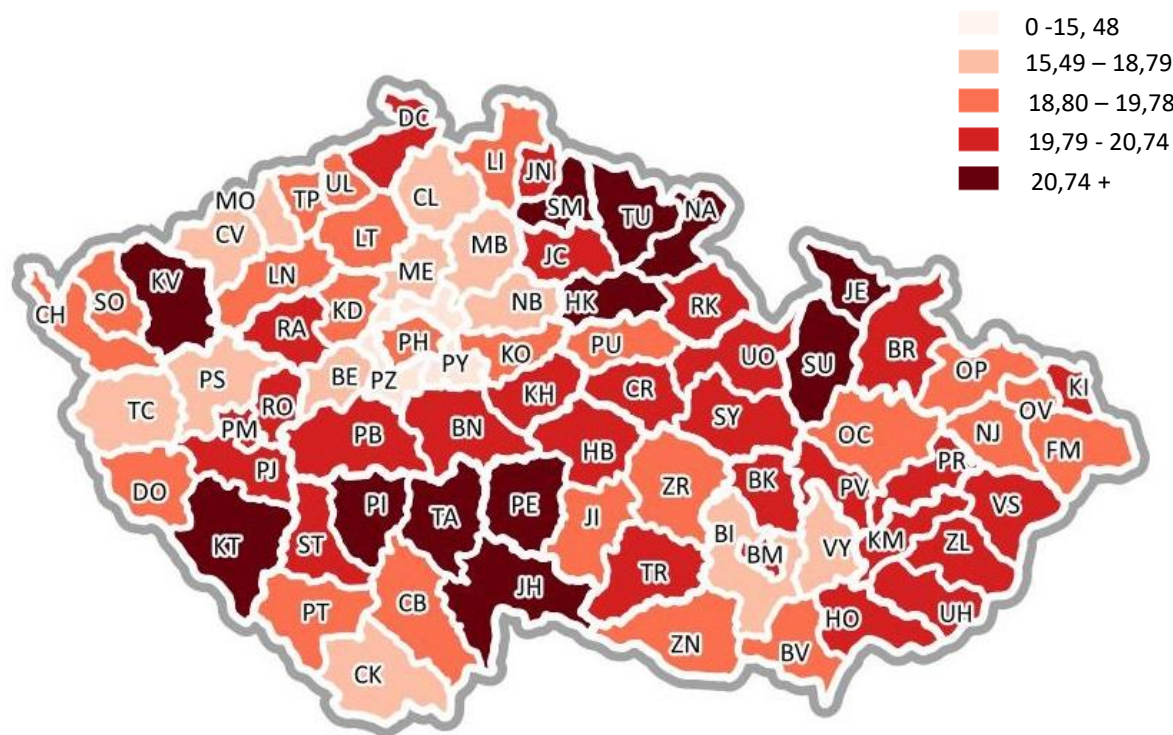
Vývoj počtu seniorů ve věku 65+



Obyvatelstvo nad 65 let věku: regionální srovnání

Zdroj: Český statistický úřad

Podíl obyvatel ve věku 65+ v České republice k 31.12.2018



Podíl obyvatel ve věku 65+ k 31.12.2018

Území	Podíl obyvatel (%)
Hlavní město Praha	18,9
Středočeský kraj	18,2
Jihočeský kraj	20,0
Plzeňský kraj	20,0
Karlovarský kraj	20,0
Ústecký kraj	19,3
Liberecký kraj	19,9
Královéhradecký kraj	21,2
Pardubický kraj	19,9
Vysočina	20,1
Jihomoravský kraj	19,7
Olomoucký kraj	20,2
Zlínský kraj	20,3
Moravskoslezský kraj	19,6
Česká republika	19,6

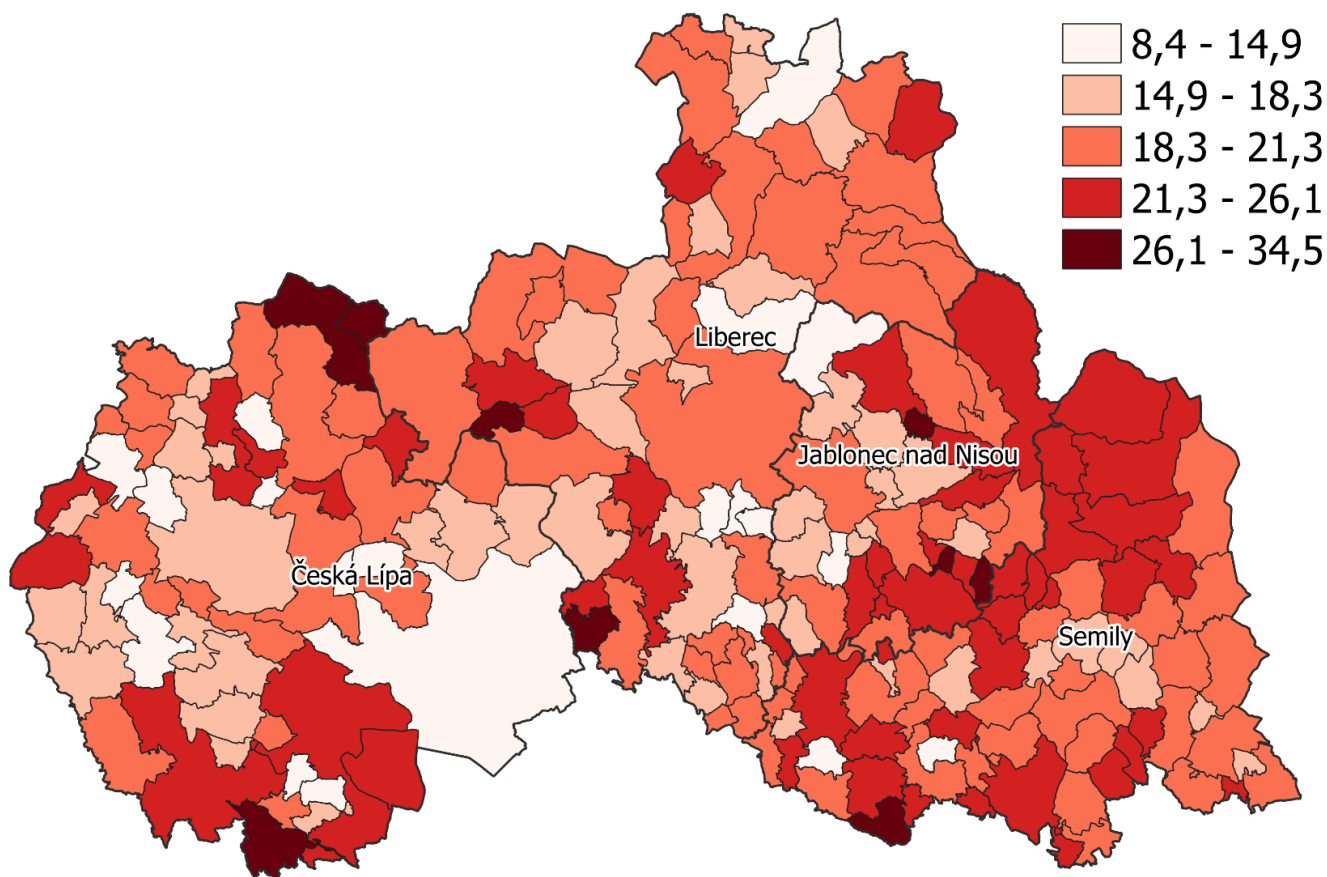
V České republice můžeme pozorovat **zvyšování počtu osob starších 65 let.**

Nejnižší podíl seniorů dlouhodobě vykazují Středočeský kraj a Hlavní město Praha (data k 31. 12. 2018).

Obyvatelstvo nad 65 let věku: Liberecký kraj

Zdroj: Český statistický úřad

Podíl obyvatel ve věku 65+ v obcích v Libereckém kraji k 31.12.2018



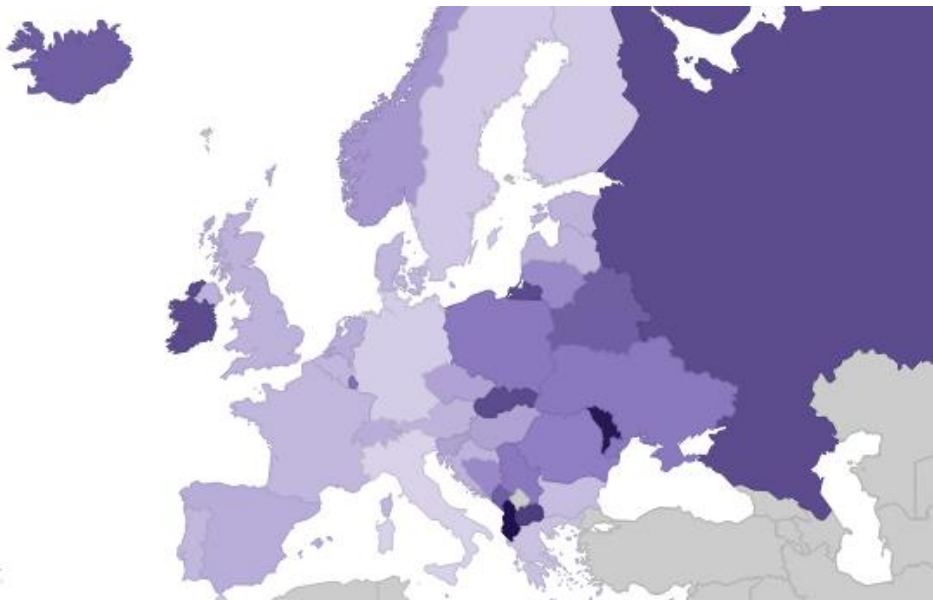
Podíl seniorů se v Libereckém kraji neustále zvyšuje, avšak zvyšuje se také naděje dožití těchto věkových kategorií. V roce 2018 byla naděje dožití muže ve věku 65 let 15,8 roku, pro ženy ve stejném věku činila 19,4 roku.

Obce s nejvyšším podílem obyvatel v důchodovém věku (65+) se v Libereckém kraji nacházejí ve východní části kraje. Z toho plyne důležitost zajištění zdravotnické a sociální infrastruktury v těchto oblastech.

Stárnutí české populace dle indexu závislosti

Zdroj: Český statistický úřad, The World Factbook CIA

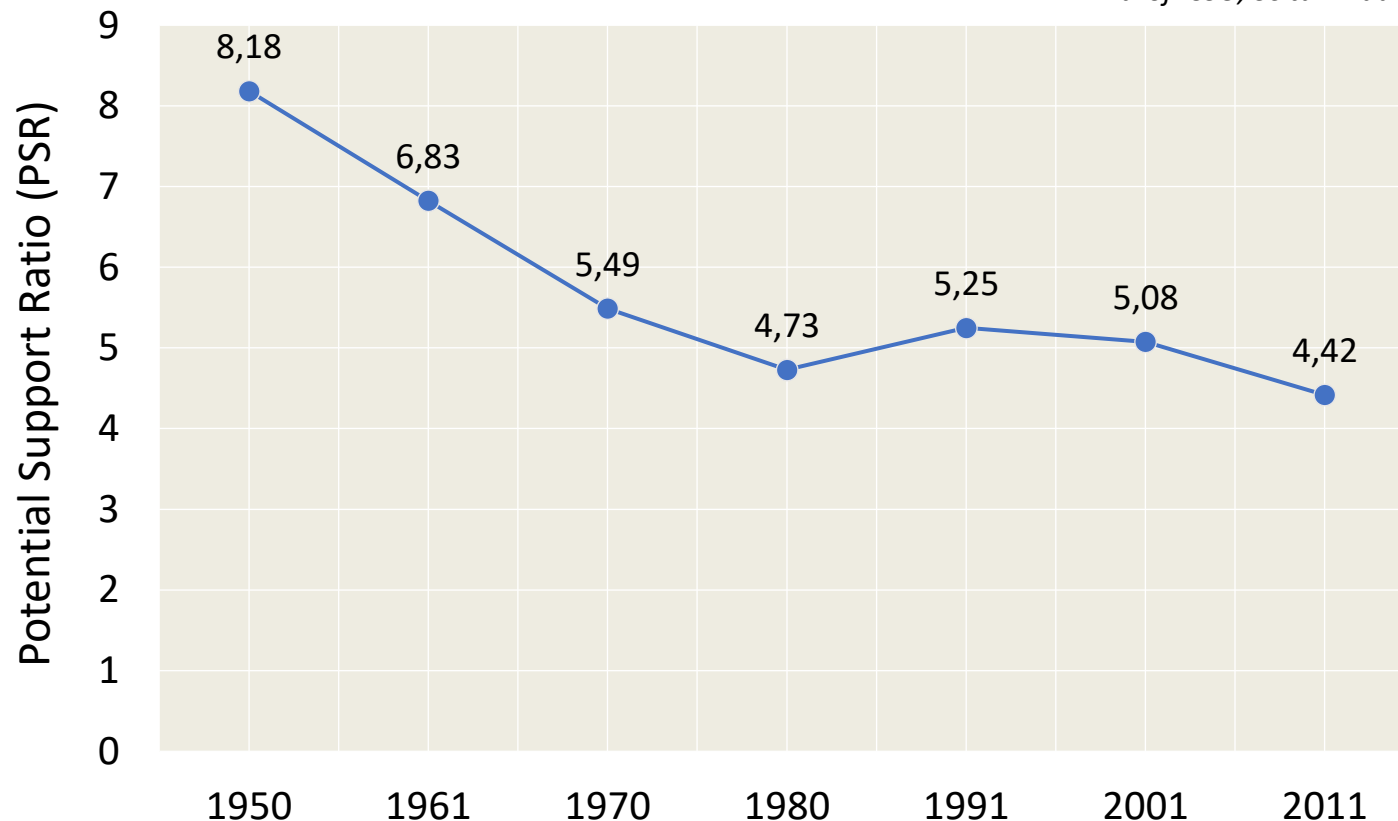
Mezinárodní srovnání



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

Vývoj hodnot PSR pro českou populaci

Zdroj: ČSÚ, Sčítání lidu



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

Index závislosti - projekce

Zdroj: ČSÚ

Počet obyvatel ve věku:	k 1. 1. 2017		k 1. 1. 2020		k 1. 1. 2030		k 1. 1. 2040		k 1. 1. 2050	
	LBK	ČR	LBK	ČR	LBK	ČR	LBK	ČR	LBK	ČR
0-14 let	69 060	1 615 844	68 932	1 622 053	59 473	1 355 818	56 294	1 229 454	57 106	1 264 703
15 až 65 let	286 345	6 922 570	279 073	6 754 217	273 190	6 557 007	255 786	6 077 801	234 378	5 389 512
65 let a více	83 508	1 997 368	90 898	2 156 103	103 265	2 483 876	116 622	2 819 163	128 614	3 158 657
Podíl obyvatel ve věku:	k 1. 1. 2017		k 1. 1. 2020		k 1. 1. 2030		k 1. 1. 2040		k 1. 1. 2050	
	LBK	ČR	LBK	ČR	LBK	ČR	LBK	ČR	LBK	ČR
0-14 let	15,7%	15,3 %	15,7%	15,4 %	13,6%	13,0 %	13,1%	12,1 %	13,6%	12,9 %
15 až 64 let	65,2%	65,7 %	63,6%	64,1 %	62,7%	63,1 %	59,7%	60,0 %	55,8%	54,9 %
65 let a více	19,0%	19,0 %	20,7%	20,5 %	23,7%	23,9 %	27,2%	27,8 %	30,6%	32,2 %
Index závislosti	3,4	3,5	3,1	3,1	2,6	2,6	2,2	2,2	1,8	1,7

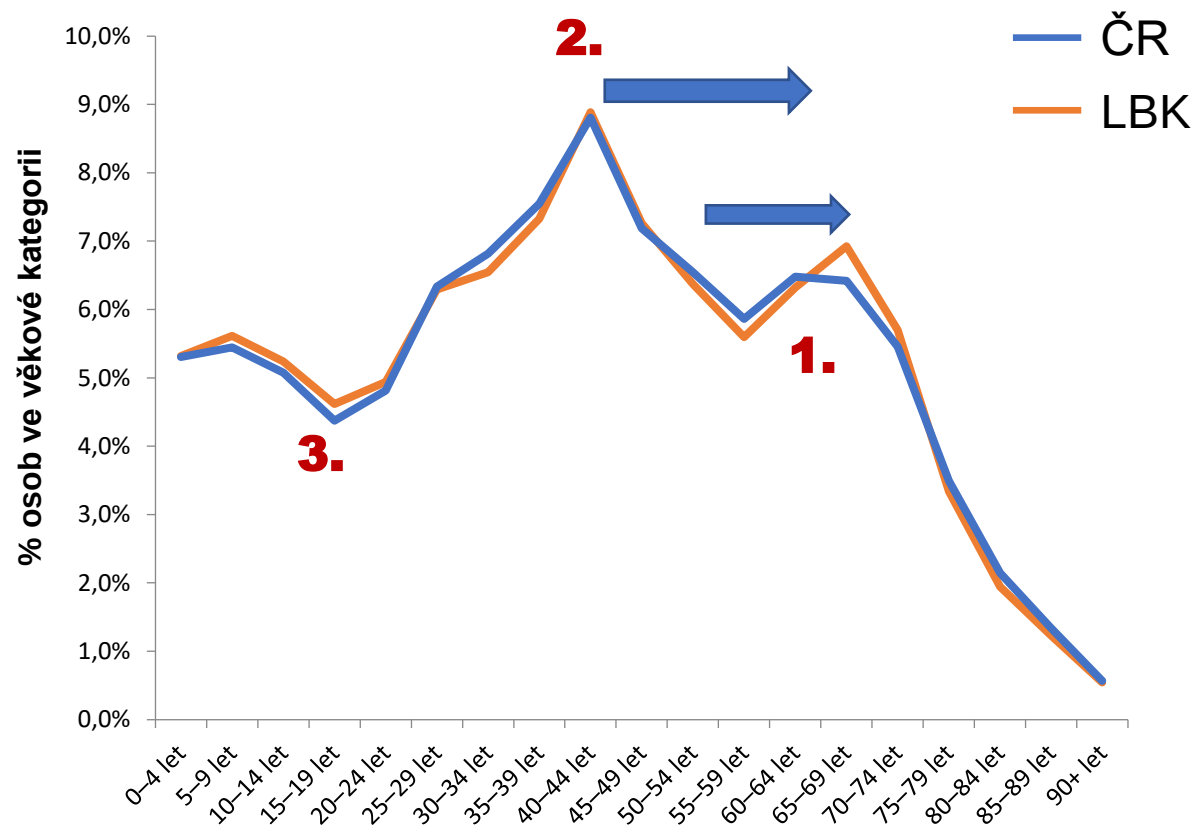
Index závislosti (Potential Support Ratio) je počítán jako počet osob produktivního věku (15-64 let) připadajících na jednu osobu v postproduktivním věku (65 let a více). Index indikuje demografický vývoj a také pracovní-personální potenciál populace pro zajištění zdravotních a sociálních služeb, včetně potřebné budoucí péči o seniory. V roce 1950 měl index závislosti v České republice hodnotu 8,2, ještě v roce 1991 byla hodnota tohoto indexu 5,3.

Aktuální hodnoty indexu závislosti (3,1 pro ČR i pro LBK) a zejména projekce do dalších let jasně ukazují, že je třeba očekávat výrazné zatížení ekonomicky aktivní populace péčí o stárnoucí rodinné příslušníky. Úměrně tomu poroste potřeba zajištění služeb v sociálně-zdravotnickém segmentu. Predikce vývoje v dalších letech jednoznačně ukazuje na další významný pokles hodnoty PSR.

Věková struktura obyvatelstva ČR a LBK v roce 2018

Zdroj: Český statistický úřad

Relativní zastoupení jednotlivých věkových tříd



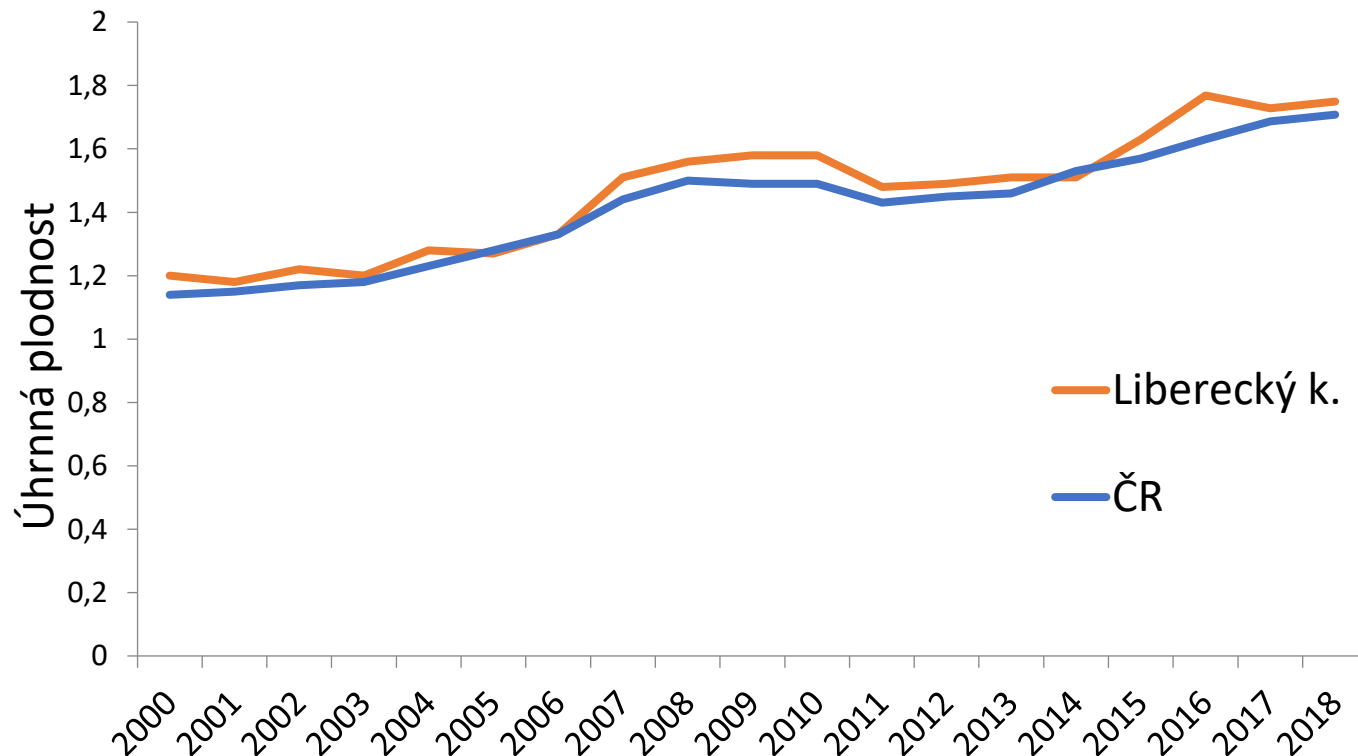
Relativní struktura obyvatelstva ČR i LBK viditelně ukazuje tři zásadní věkové třídy, jejichž další posun v čase bude mít významný dopad na zdravotnický systém. Jde o velmi četnou třídu obyvatel ve věku 40 – 50 let a zejména ve věku 30 – 40 let. Tyto populační kategorie zestárnou do věku 60 let a více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

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

Porodnost: vývoj úhrnné plodnosti

Zdroj: Český statistický úřad

Vývoj úhrnné plodnosti v letech 2000-2018



Vhodným ukazatelem pro srovnání porodnosti je úhrnná plodnost, která představuje průměrný počet dětí, které by se narodily jedné ženě za předpokladu zachování konstantních ukazatelů plodnosti populace v sledovaném období.

Pozitivním faktem je, že úhrnná plodnost populace ČR i LBK recentně významně narůstá. V roce 2018 dosahovala pro ČR hodnoty 1,71 narozených dětí 1 ženě, avšak přesto stále leží hluboko pod hranicí prosté reprodukce (která je dána hodnotou cca 2,1 narozených dětí 1 ženě).

Hodnoty úhrnné plodnosti pro Liberecký kraj kopírují trend ČR a číselně se dlouhodobě pohybují lehce nad republikovým průměrem. Hodnota pro rok 2018 je 1,71.

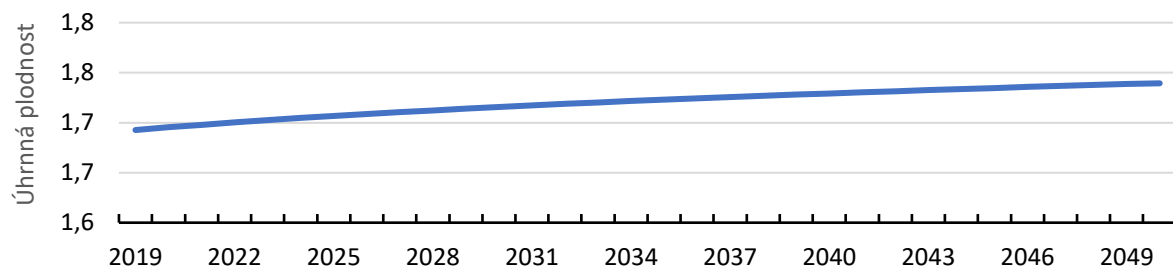
Zvýšený věk rodiček a nedostatečná úhrnná plodnost v minulosti (zejména v 90. letech minulého století) je jedním ze závažných trendů, který bude v budoucnosti ovlivňovat potřeby čerpání zdravotní péče a strukturu systému zdravotních a sociálních služeb.

Očekávané demografické trendy: plodnost



Zdroj: Český statistický úřad

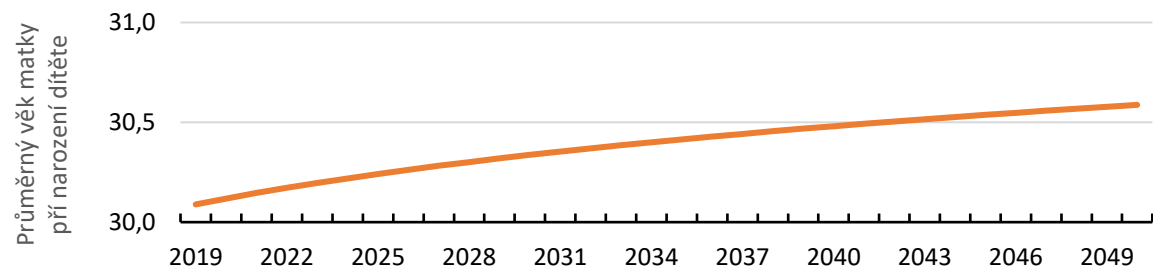
Předpokládaný vývoj úhrnné plodnosti v ČR v letech 2019-2050



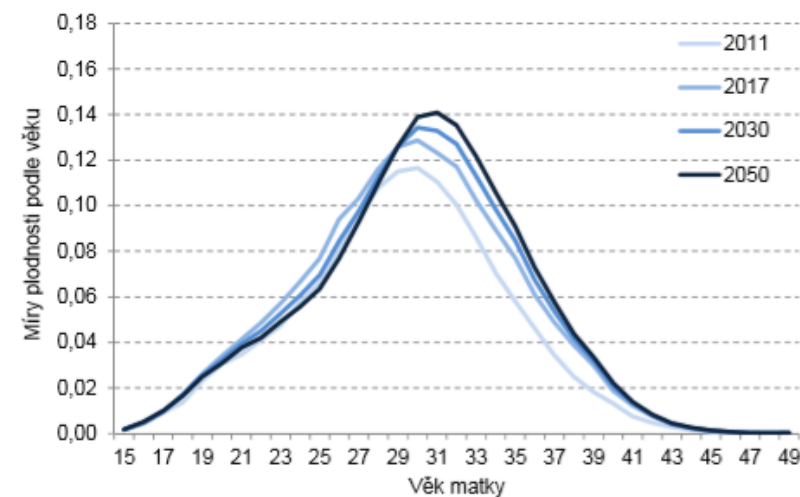
Odhad plodnosti publikovaný Českým statistickým úřadem vychází ze střední varianty populační predikce, která nastiňuje nejpravděpodobnější vývoj populace. Projekce byla zhotovena bez uvažování vlivu migrace.

Podle scénáře dojde v ČR docházet k dalšímu růstu úhrnné plodnosti, což je velmi pozitivní jev. Tento růst bude odrazem zvýšení měř plodnosti u populace žen starších 30 let. Nejzřetelnější bude růst ve skupině 30-34 let, očekává se růst plodnosti i u žen ve věku 40 a více let. U mladších věkových skupin do 30 let se naopak očekává pokles porodnosti. Průměrný věk matek by měl pozvolna růst na 30,6 let v roce 2050.

Předpokládaný vývoj průměrného věku rodiček v ČR v letech 2019-2050



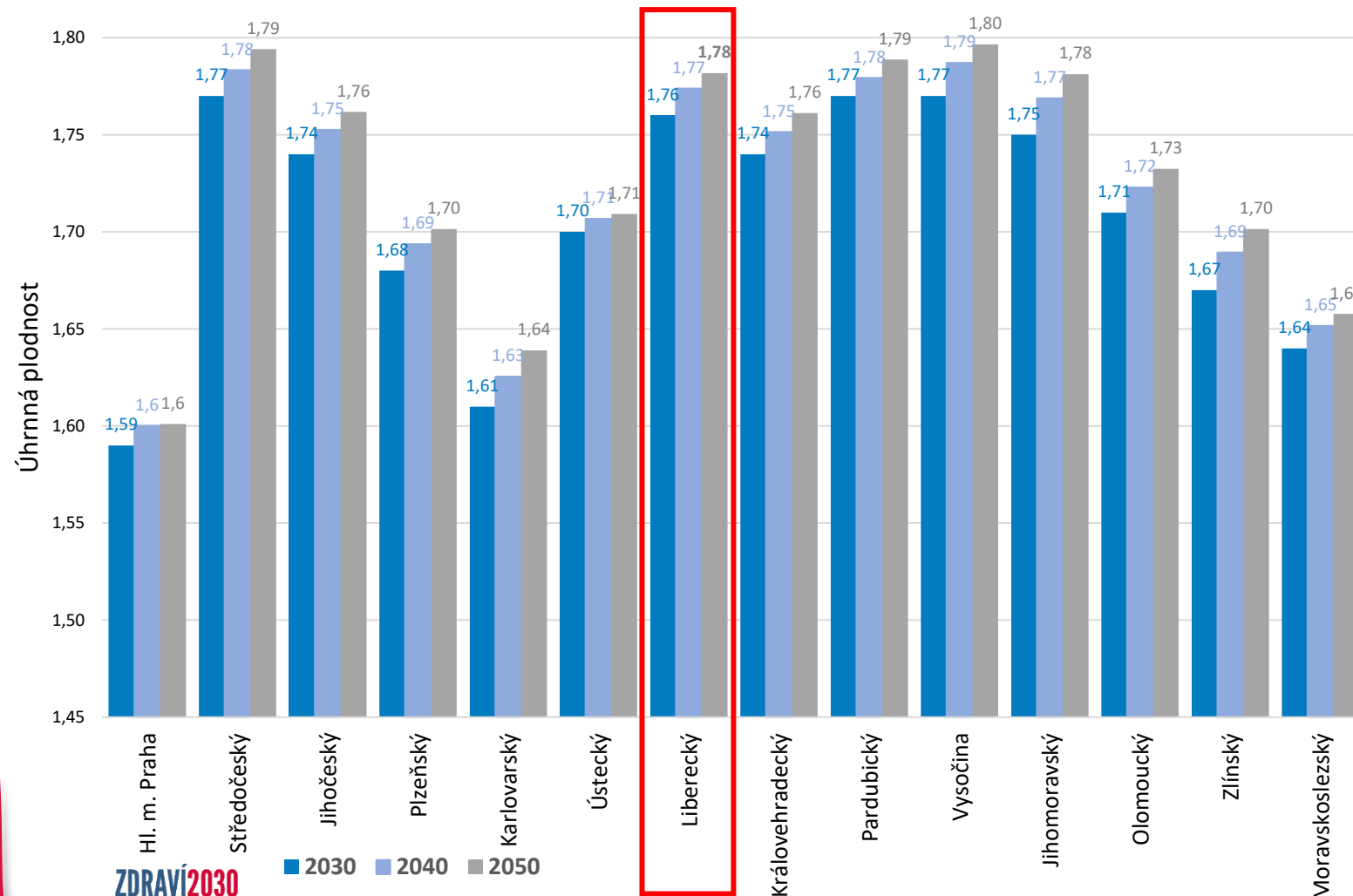
Reálné a očekávané míry plodnosti podle věku ženy v letech 2011-2050



Očekávané demografické trendy: plodnost

Zdroj: Český statistický úřad

Předpokládaný vývoj úhrnné plodnosti v krajích v letech 2030-2050



Předpokládaný vývoj průměrného věku matky při narození dítěte v krajích v letech 2030-2050

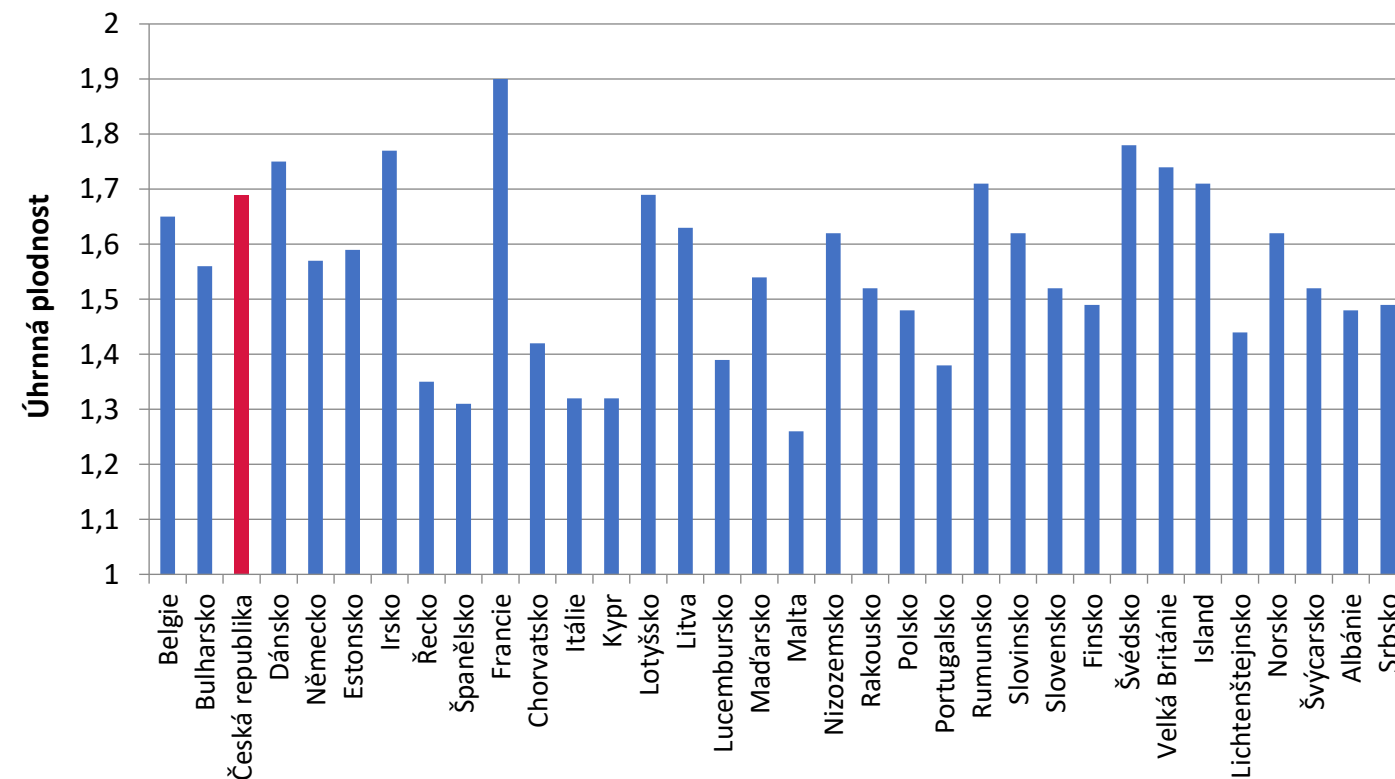
kraj	2030	2040	2050
Hl. m. Praha	31,9	32,0	32,1
Středočeský	30,4	30,6	30,7
Jihočeský	30,2	30,3	30,4
Plzeňský	30,0	30,2	30,3
Karlovarský	29,2	29,4	29,5
Ústecký	29,1	29,2	29,3
Liberecký	30,0	30,1	30,2
Královehradecký	30,3	30,4	30,5
Pardubický	30,3	30,4	30,5
Vysočina	30,3	30,5	30,6
Jihomoravský	30,6	30,8	30,9
Olomoucký	30,2	30,4	30,5
Zlínský	30,7	30,9	31,0
Moravskoslezský	29,8	29,9	30,0

Liberecký kraj se bude dle projekce řadit ke krajům s nadprůměrnou hodnotou úhrnné plodnosti. Průměrný věk rodiček v tomto kraji bude také pozvolna růst.

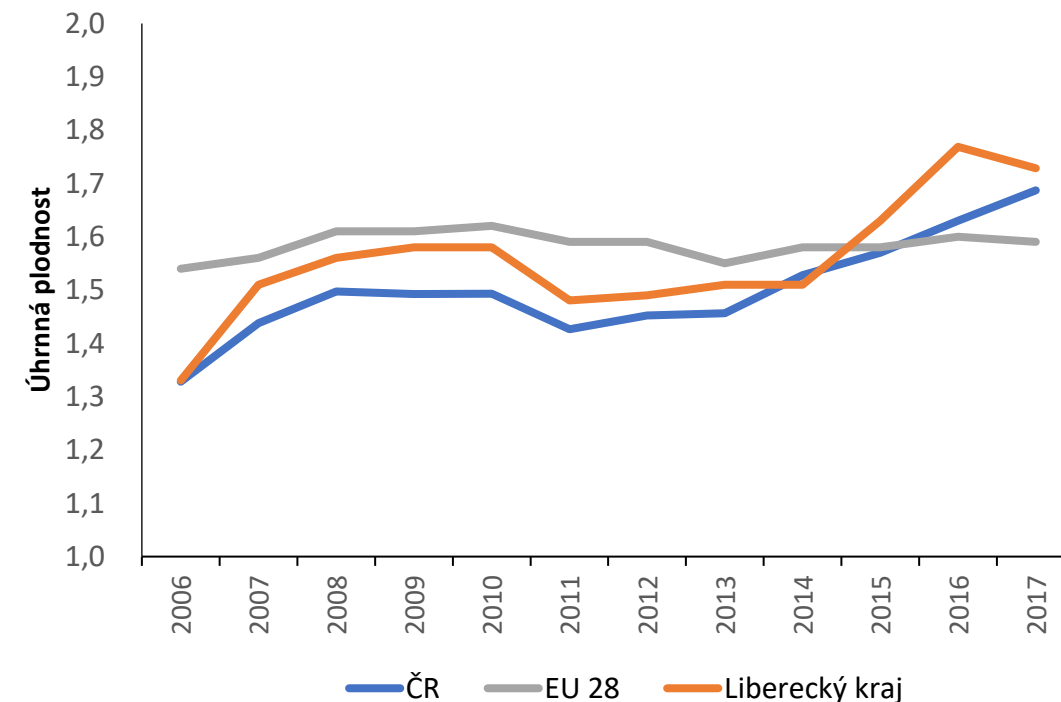
Úhrnná plodnost: mezinárodní srovnání

Zdroj: EUROSTAT Database

Úhrnná plodnost v roce 2017



Vývoj úhrnné plodnosti v letech 2006-2017

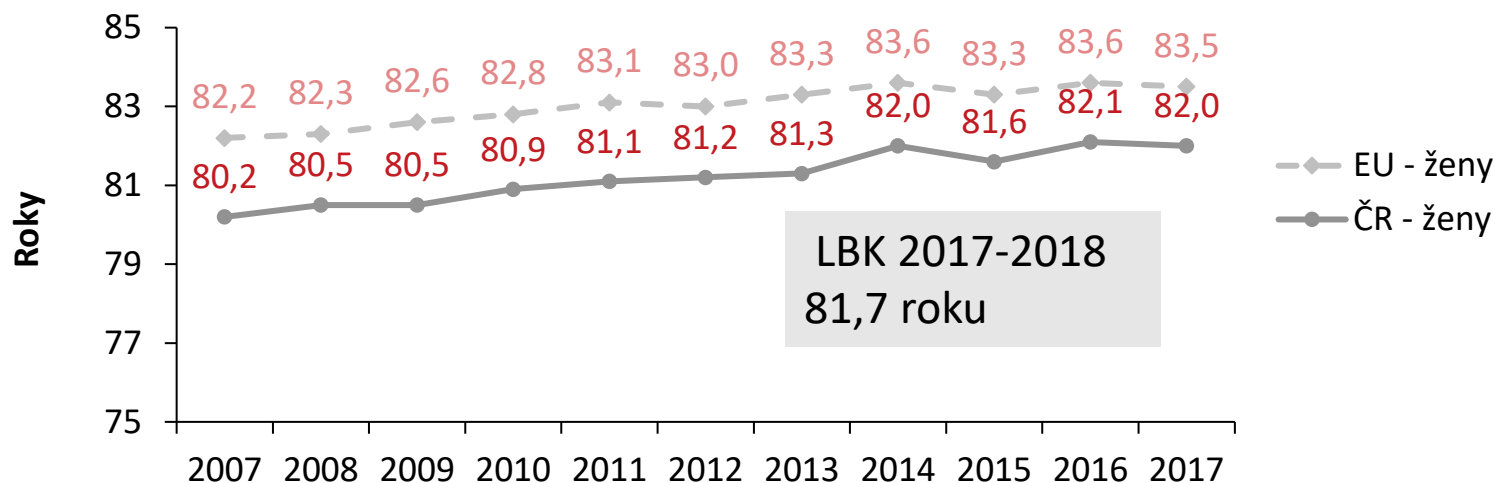


Nejnižší hodnoty úhrnné plodnosti dosahují země Jihovýchodní a Jižní Evropy. Nejvyšších hodnot naopak dosahují země Západní Evropy. Česká republika se díky postupnému růstu toho ukazatele v současnosti dostává mezi země s vyššími hodnotami úhrnné plodnosti pohybujícími se nad průměrem EU 28. Přesto je tento růst stále nedostačující k prosté reprodukci populace.

Střední délka života při narození – srovnání ČR a EU

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

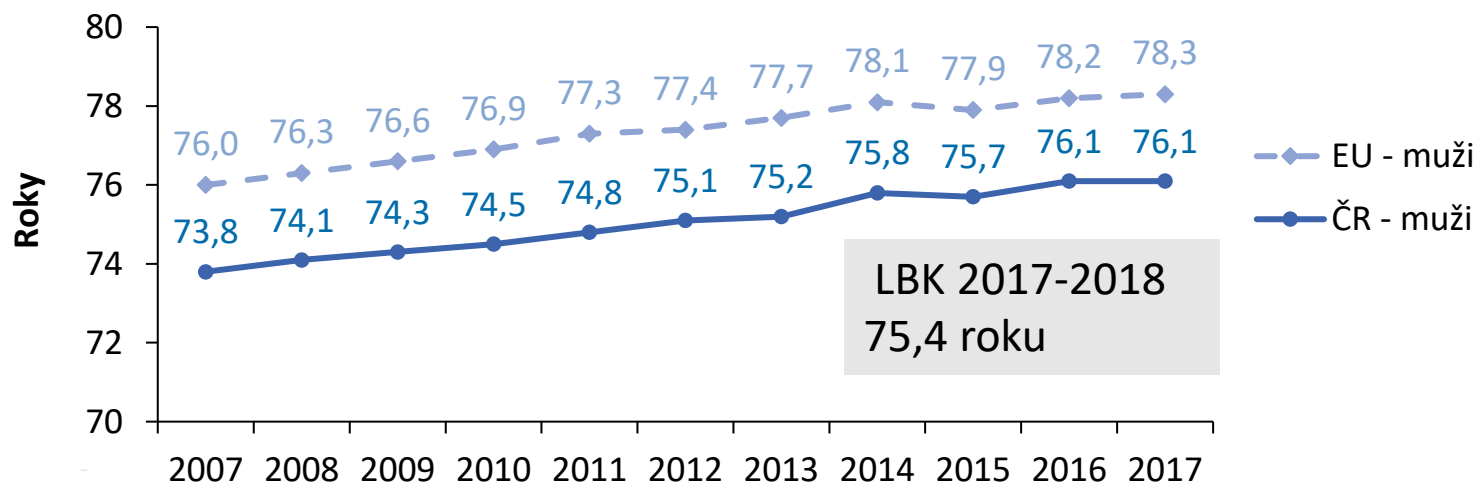
Střední délka života při narození - ženy



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

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

Střední délka života při narození - muži



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

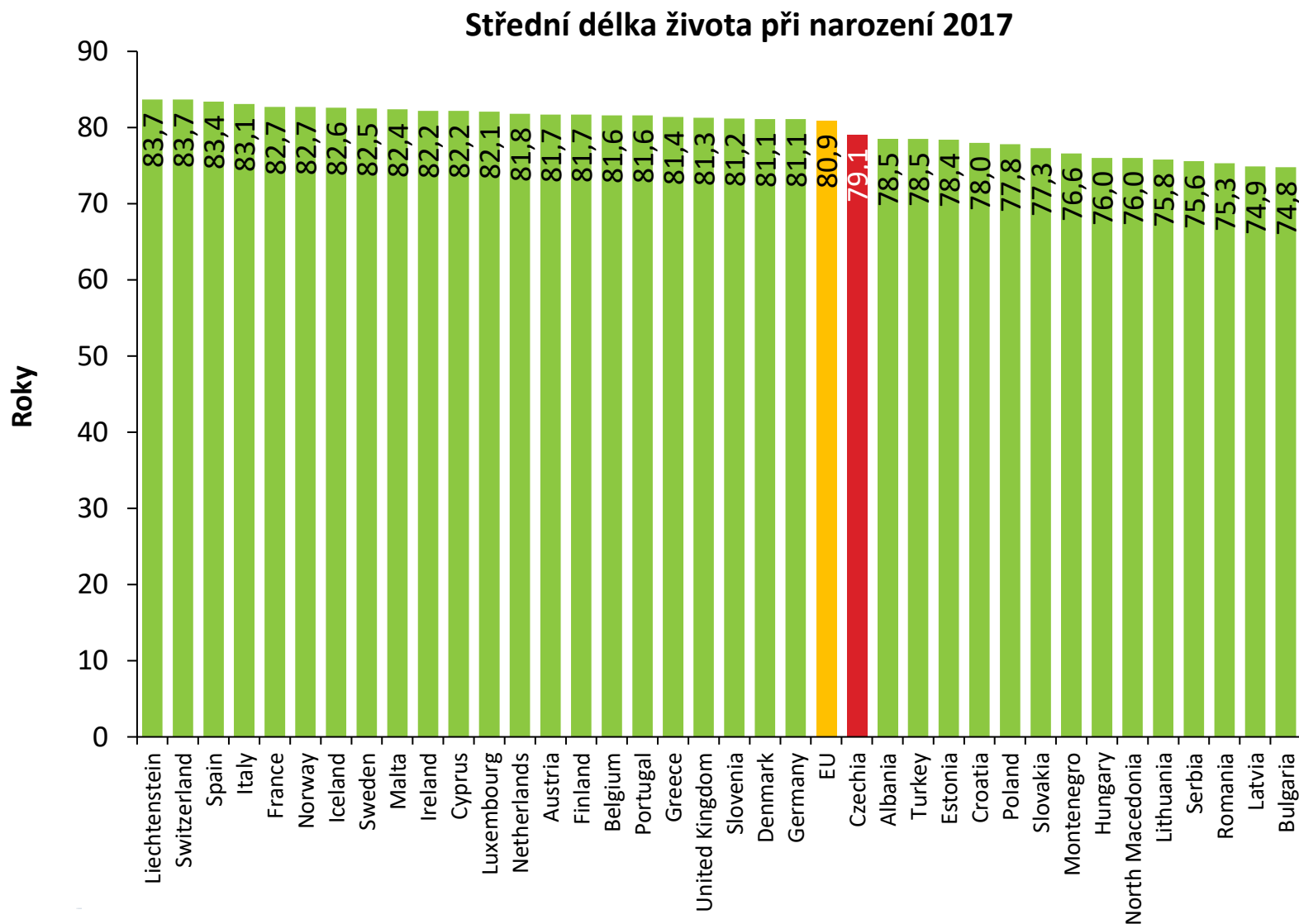
Populace LBK dosahuje mírně podprůměrné střední délky života ve srovnání s celou populací ČR, a to u mužů i u žen.

Střední délka života při narození – mezinárodní srovnání 2017

data a statistiky
nedostupné pro regiony ČR



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



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

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

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

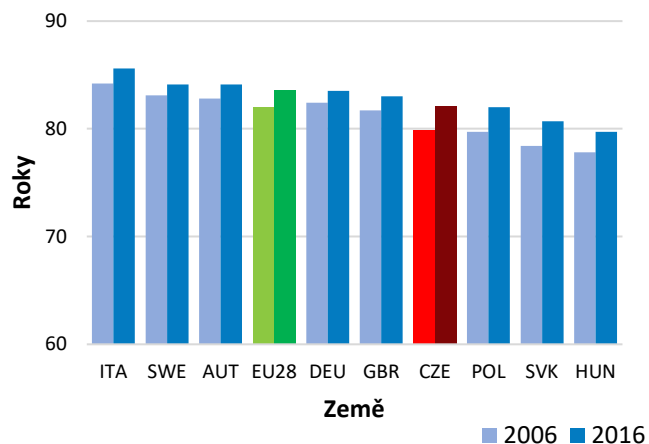
data a statistiky



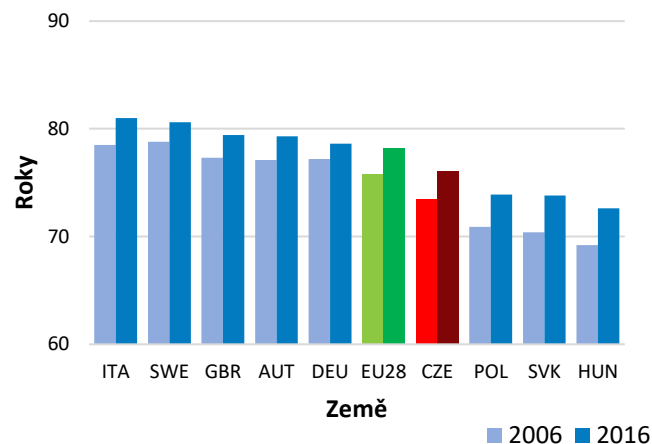
nedostupné pro regiony ČR

Zdroj: Eurostat Health Database (2019)

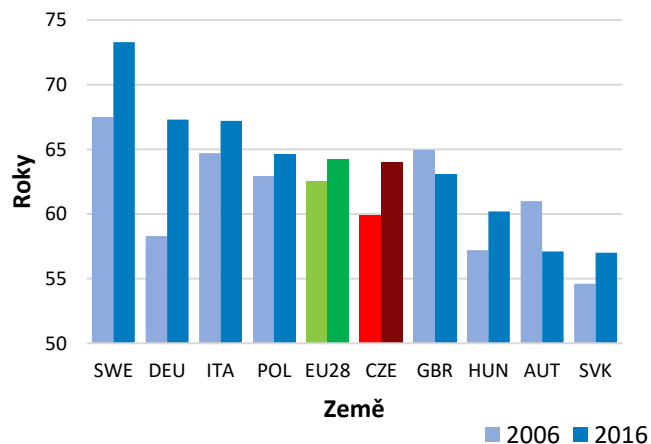
Naděje dožití při narození – ženy



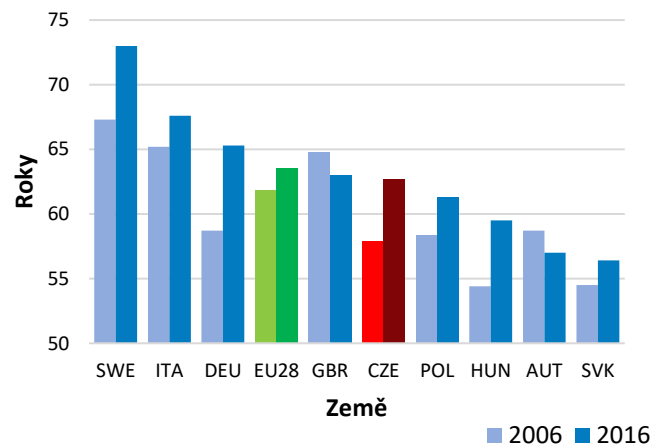
Naděje dožití při narození – muži



Délka života ve zdraví – ženy



Délka života ve zdraví – muži



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

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

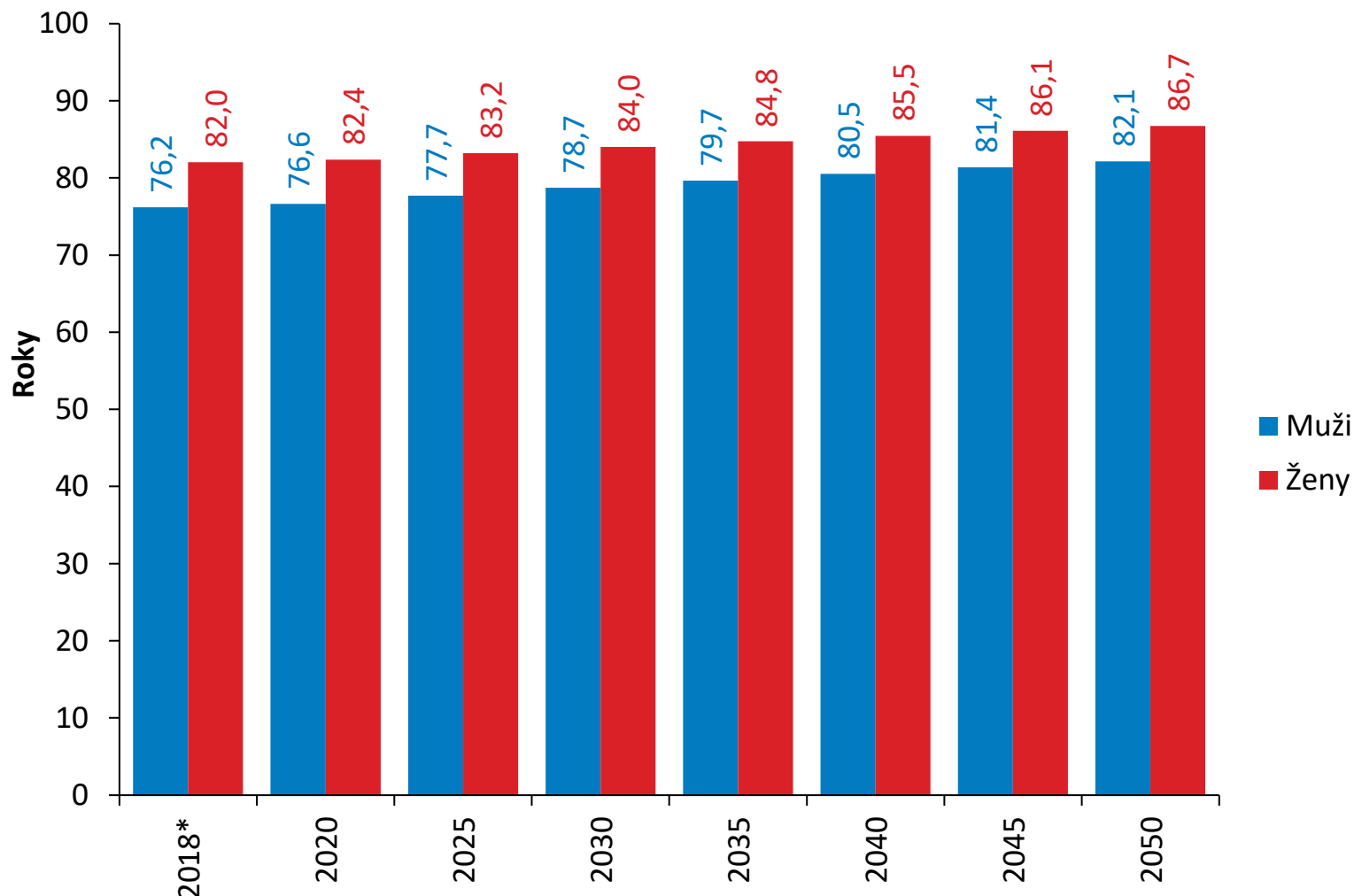
Střední délka života při narození v ČR – projekce do roku 2050

data a statistiky
nedostupné pro regiony ČR



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

Střední délka života při narození - projekce do roku 2050



Dle střední varianty demografické projekce ČSÚ se střední délka života při narození bude zvyšovat a v roce 2050 by měla dosahovat hodnoty 82,1 pro muže a 86,7 pro ženy.

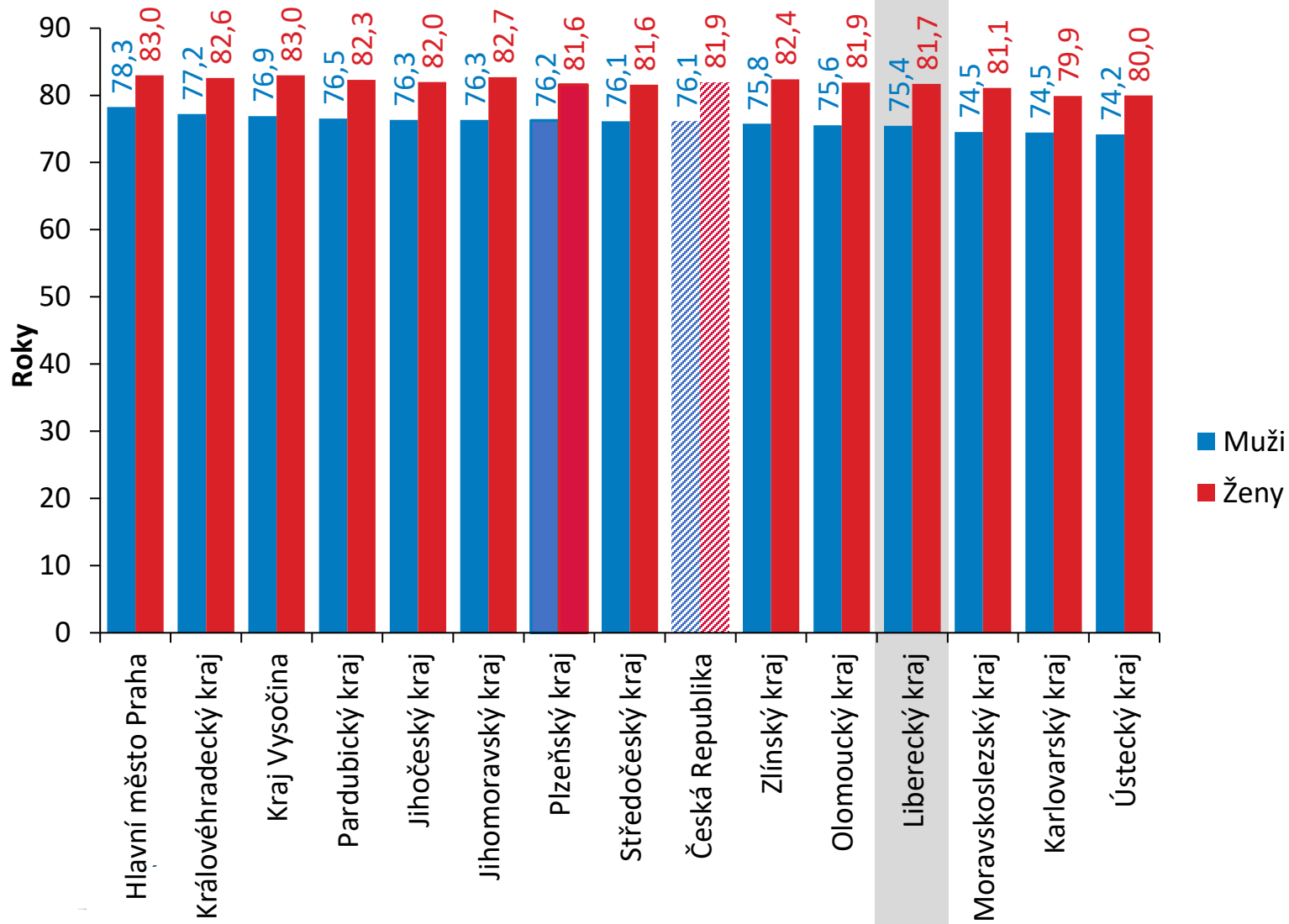
Tento pozitivní vývoj musí být podpořen zvyšováním zdravotní gramotnosti a odpovědnosti občanů za své zdraví. Je nezbytné se střední délkou života prodlužovat i dobu života ve zdraví.

Střední délka života při narození – srovnání krajů ČR (2017-2018)

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

*Rok 2018t

Střední délka života při narození 2017 – 2018



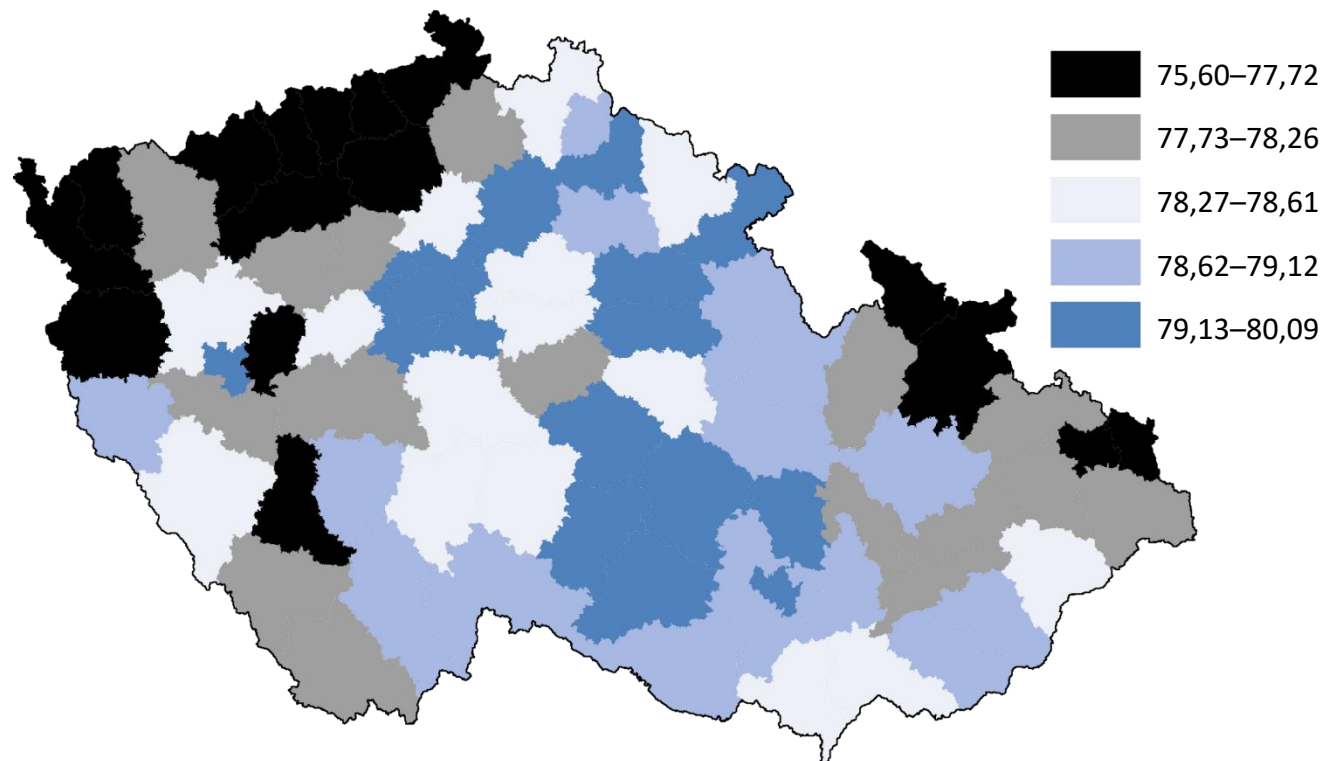
Muži v ČR měli v roce 2018 střední délku života při narození 76,1 let a ženy o téměř 6 let více, tj. 81,9 let. Nejvyšší střední délka života při narození u mužů i žen byla za roky 2017 – 2018 zjištěna v Hlavním městě Praha (muži 78,3 let, ženy 83,0 let). Naopak nejnižší střední délkou života při narození se vyznačoval v případě mužů i žen Ústecký kraj (muži 74,2 let, ženy 80,0 let). Rozdíl mezi krajem s nejvyšší a nejnižší střední délkou života tak činí 4 roky v případě mužů a téměř 3 roky v případě žen; obojí je statisticky velmi významným rozdílem.

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

Liberecký kraj patří mezi regiony ČR s mírně podprůměrnou střední délkou života, zejména u mužů.

Délka života při narození – okresy ČR dle dat OECD

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



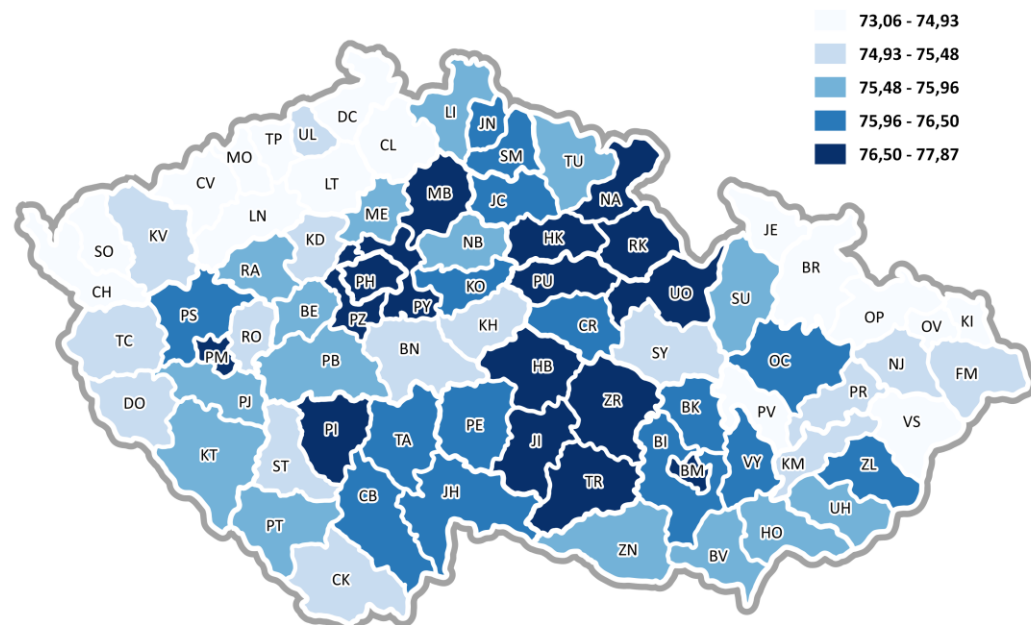
Mezi okresy České republiky se střední délka života významně liší. Rozdíly pravděpodobně odrážejí odlišnou kvalitu služeb, zdravotní stav obyvatelstva, úroveň zdravotní gramotnosti nebo prevalenci rizikových faktorů a chování.

	Muži 2017–2018	Ženy 2017–2018
LBK	75,4	81,7

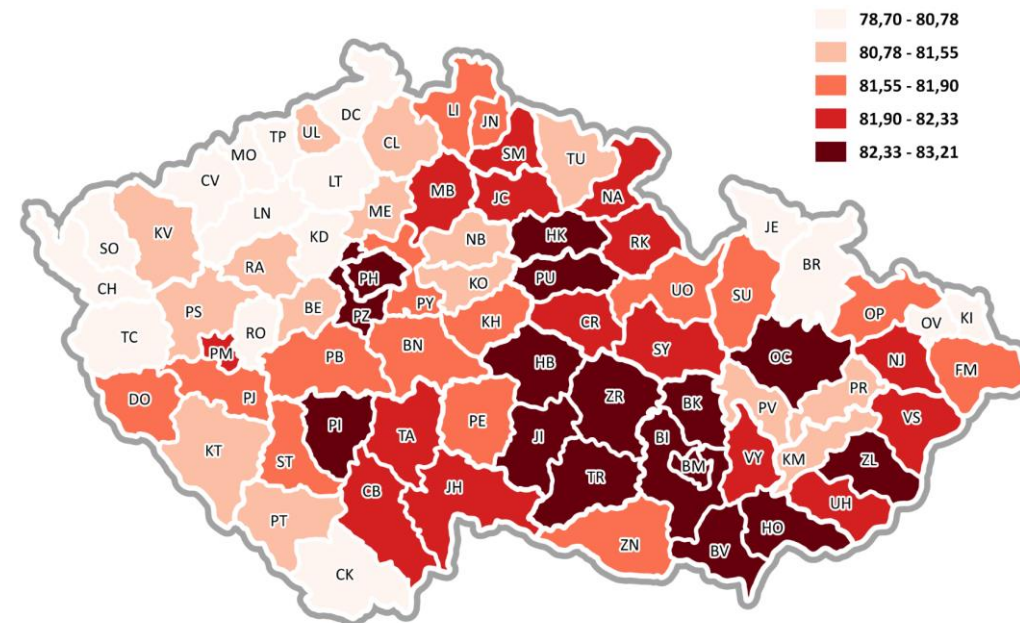
Střední délka života při narození: okresy ČR 2014 – 2018

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

Muži



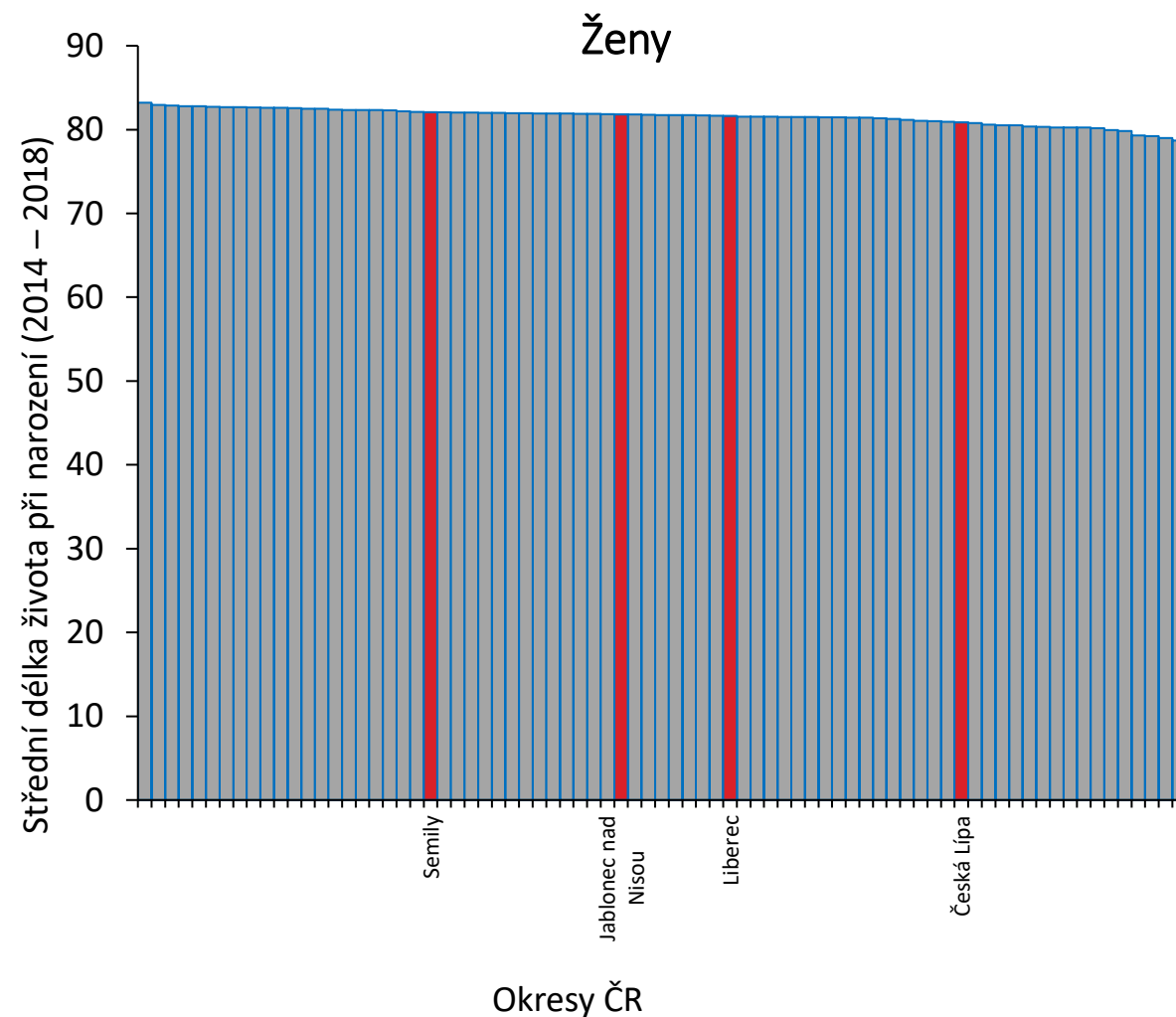
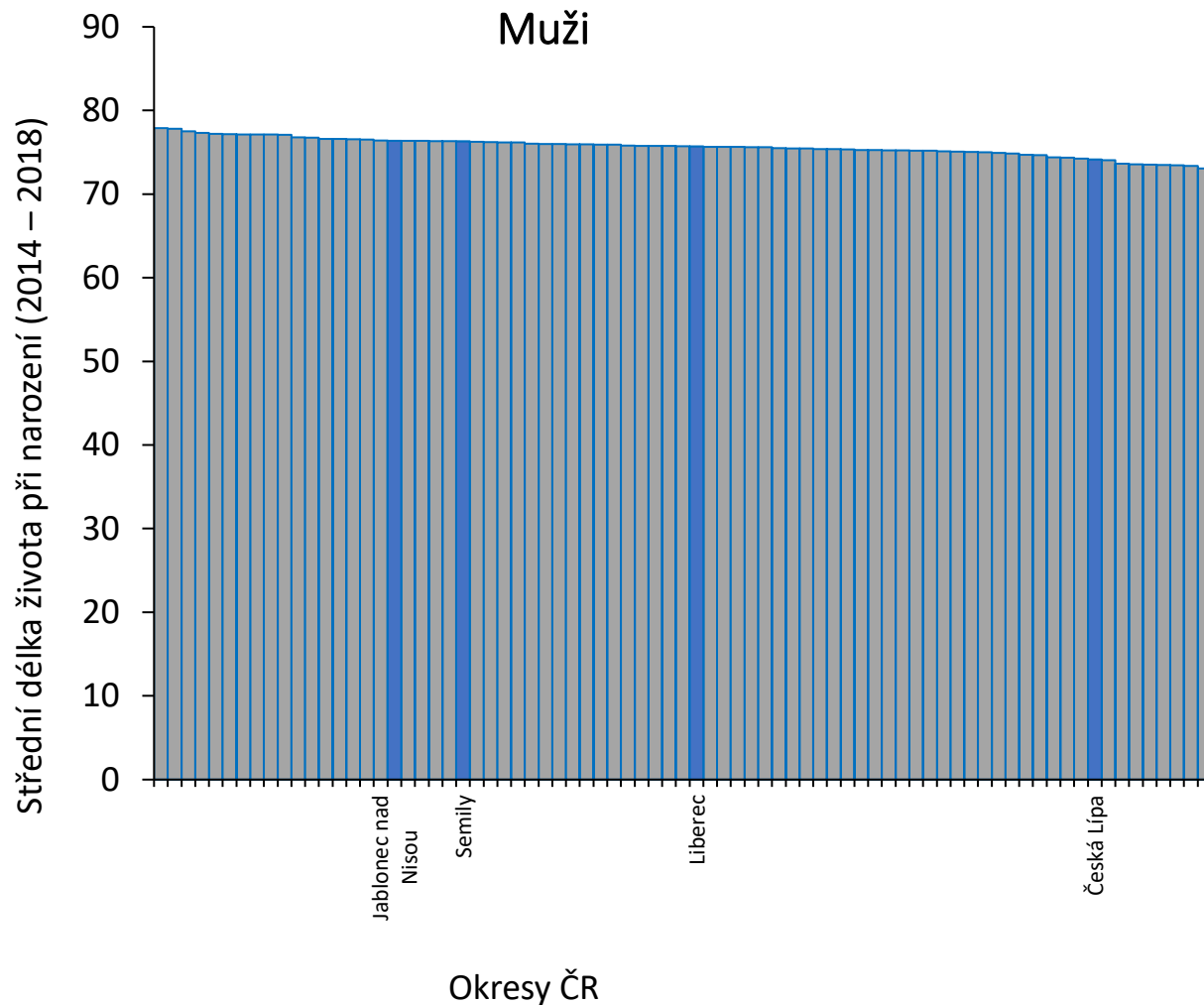
Ženy



	Muži 2014–2018	Ženy 2014–2018
Česká Lípa	74,1	80,9
Jablonec nad Nisou	76,4	81,8
Liberec	75,7	81,6
Semily	76,3	82,1

Střední délka života při narození: okresy ČR 2014 – 2018

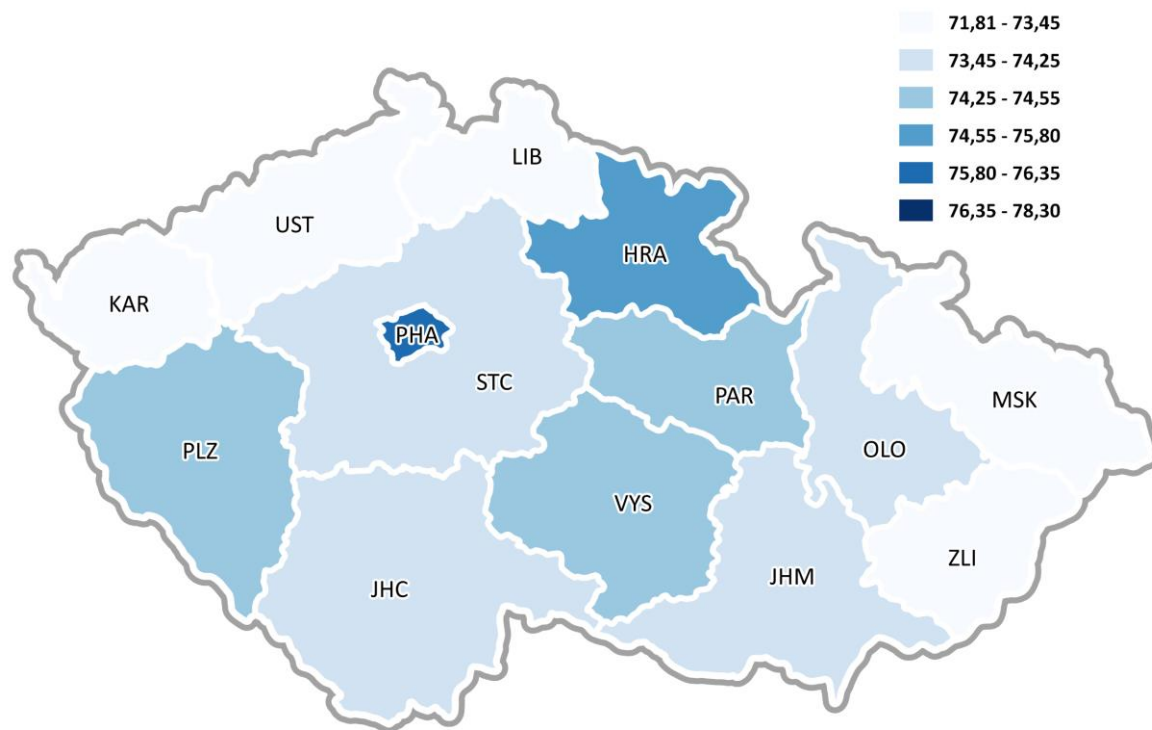
Zdroj dat: ČSÚ (https://www.czso.cz/csu/czso/umrtnostni_tabulky)



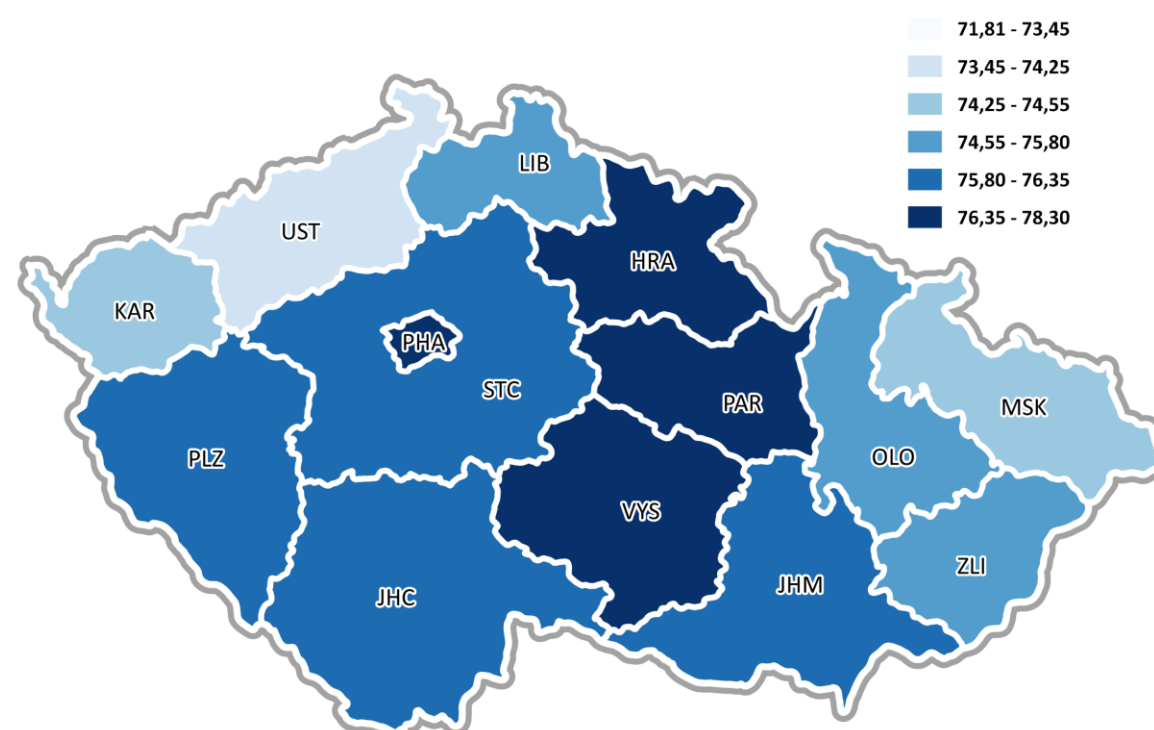
Střední délka života při narození u mužů: trend vývoje v krajích ČR

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

Období 2007 - 2008



Období 2017 - 2018

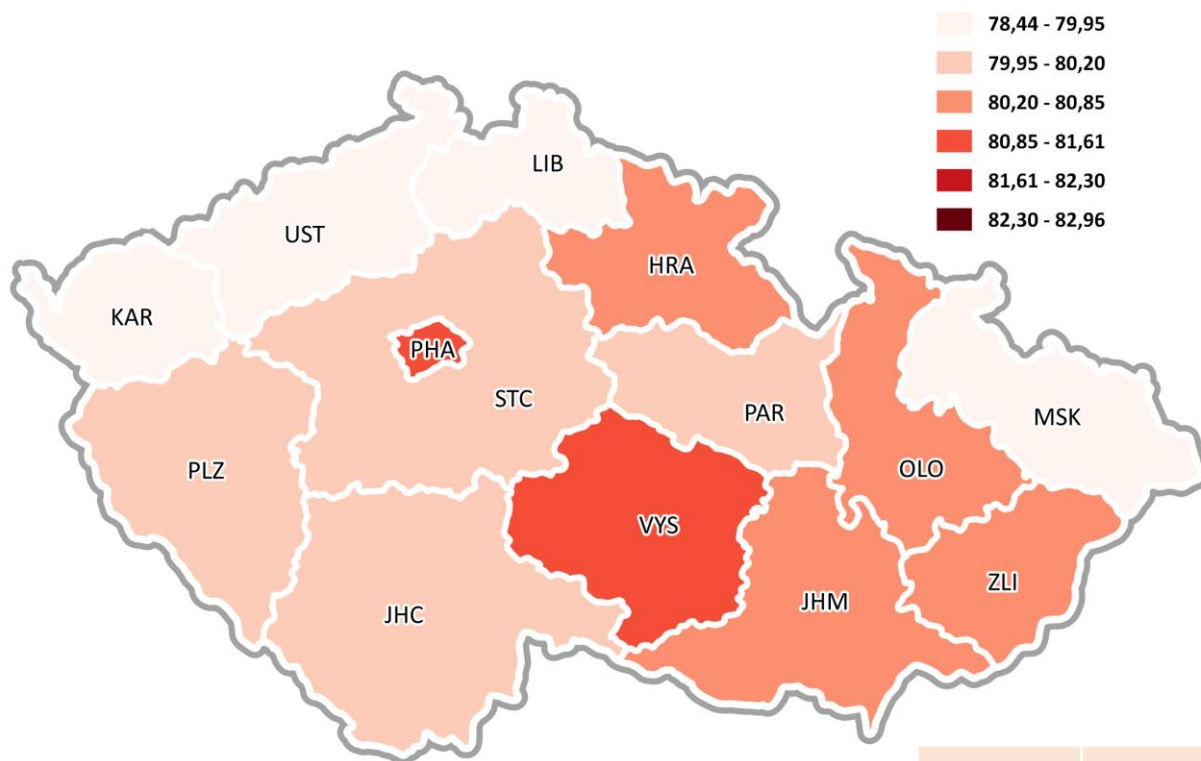


	Česká Lípa	Jablonec nad Nisou	Liberec	Semily
2004–2008	71,8	73,1	73,2	74,0
2014–2018	74,1	76,4	75,7	76,3

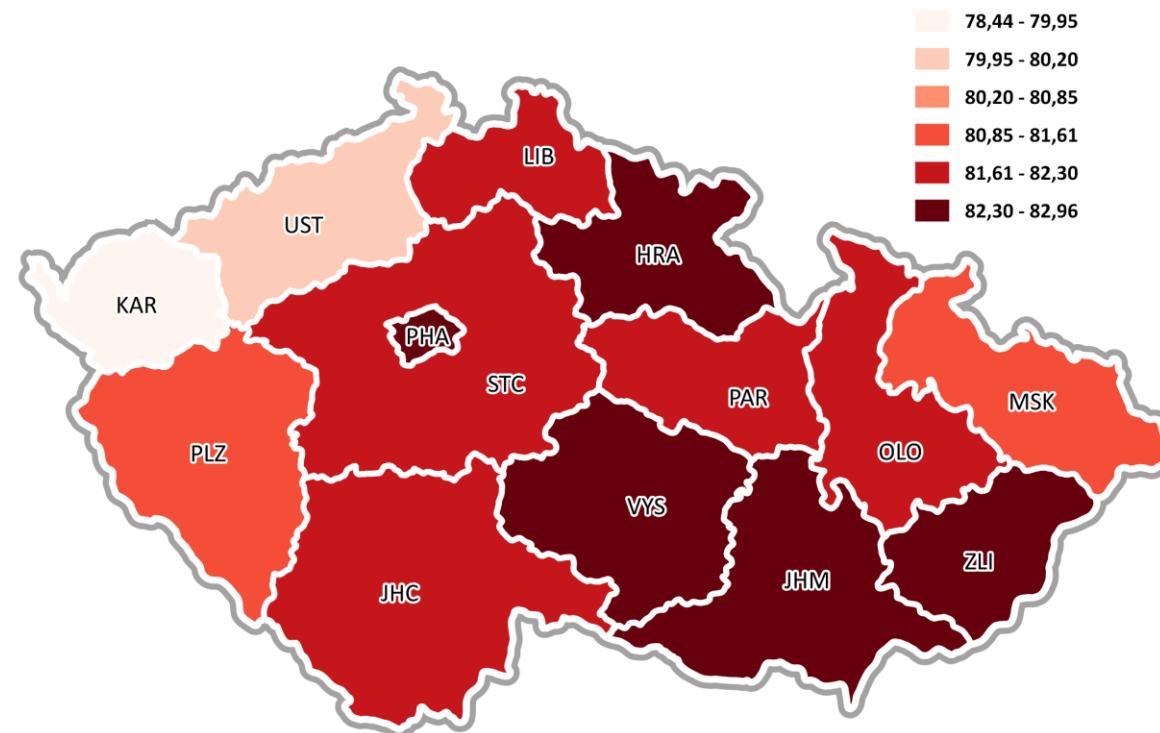
Střední délka života při narození u žen: trend vývoje v krajích ČR

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

Období 2007 - 2008



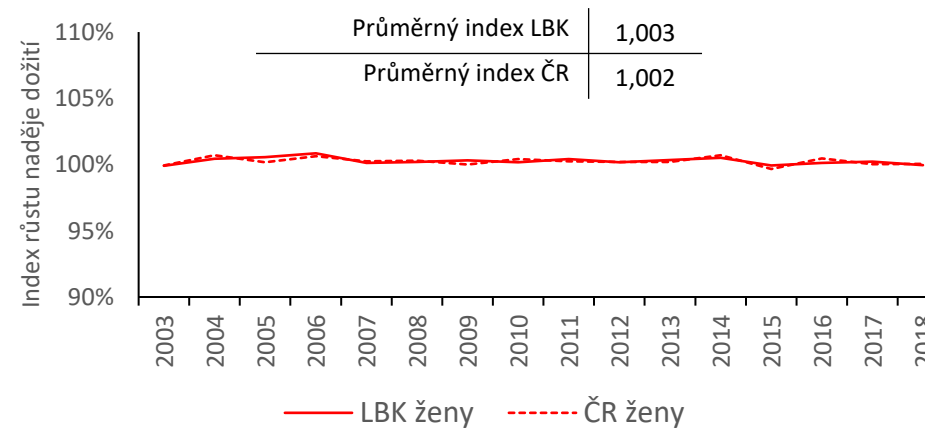
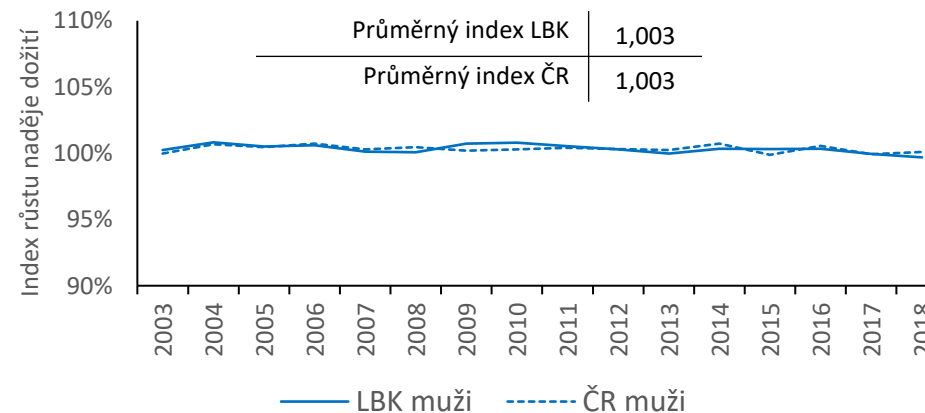
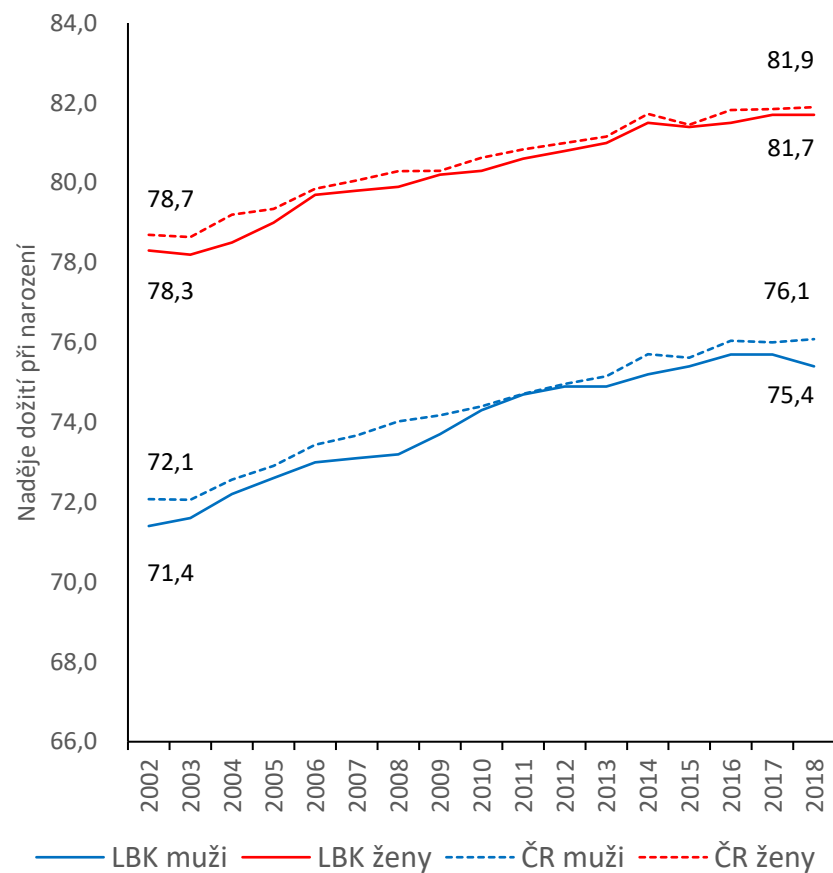
Období 2017 - 2018



	Česká Lípa	Jablonec nad Nisou	Liberec	Semily
2004–2008	78,7	79,4	79,8	80,3
2014–2018	80,9	81,8	81,6	82,1

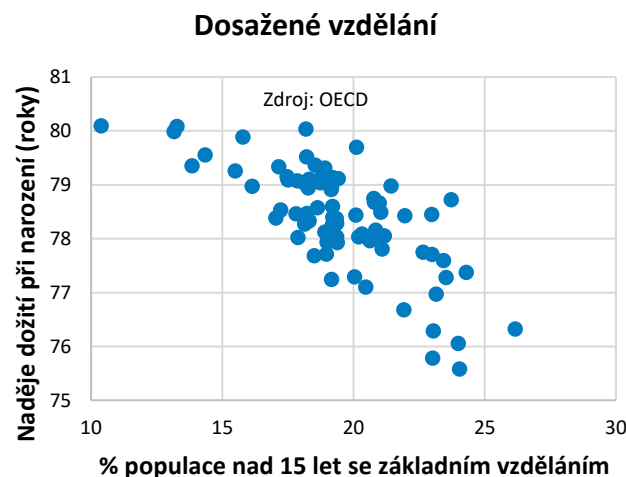
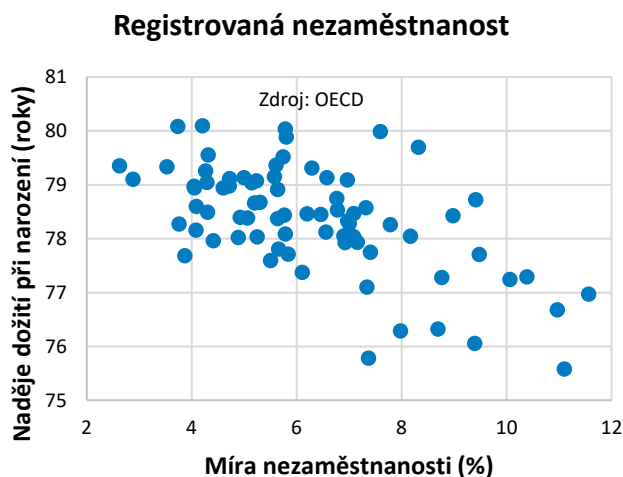
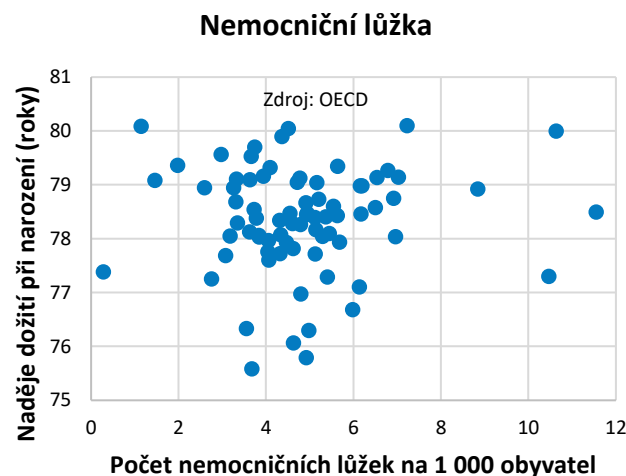
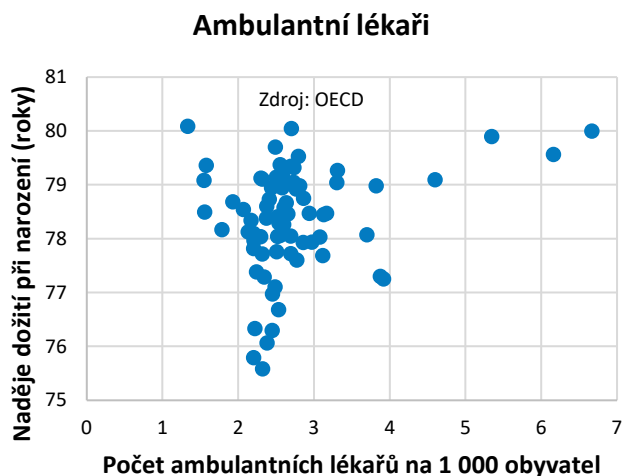
Naděje dožití při narození: vývoj v ČR a Libereckém kraji

Zdroj dat: ČSÚ



Determinanty délky života v krajích ČR – report OECD 2018

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

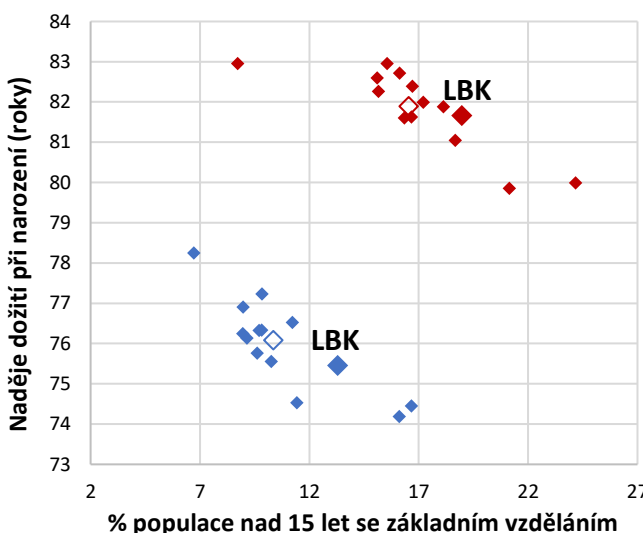
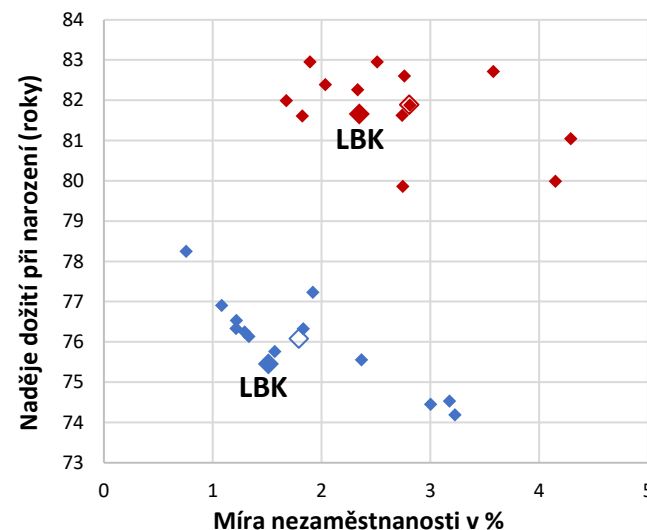
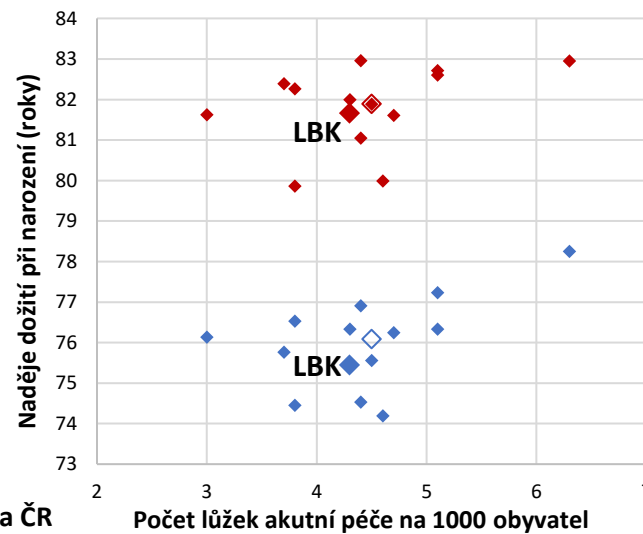
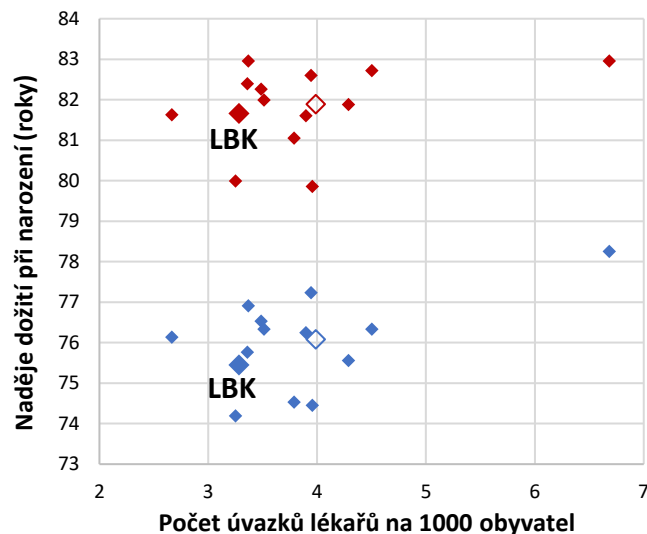


Při bližším pohledu na jednotlivé regiony ČR lze výrazné odlišnosti v dosahované délce života obyvatel korelovat s hustotou sítě poskytovatelů zdravotních služeb, či s vybranými socioekonomickými parametry. Tyto analýzy mohou přispět k vysvětlení zjištěných rozdílů, které jsou velmi významné. Střední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

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

Délka života v krajích ČR a vybrané determinanty

Zdroj: ČSÚ (naděje dožití, nezaměstnanost, vzdělání), ÚZIS ČR (lékaři, lůžka)



Detailní analýza vybraných determinantů dosahované délky života v regionech ČR rozlišuje obě pohlaví. Význam tohoto dělení je patrný z grafických výstupů – dosahovaná délka života u žen je významně vyšší než u mužů ve všech regionech ČR.

Při dělení dle pohlaví se jako významný determinant dosahované délky dožití jeví podíl dospělé populace pouze se základním vzděláním. S rostoucí hodnotou tohoto indexu významně klesá délka života v krajích, a to jak u mužů, tak i u žen. Obdobně se projevuje silný vliv míry nezaměstnanosti, která se jako významný determinant jeví zejména v populaci mužů. Počet lékařů či počet akutních lůžek významně odlišuje některé regiony od průměru ČR, avšak s celkovou délkou života v krajích tyto determinanty nekorelují. Tato slabá korelace se střední délkou života odráží celkově vysokou dostupnost lékařské péče napříč regiony.

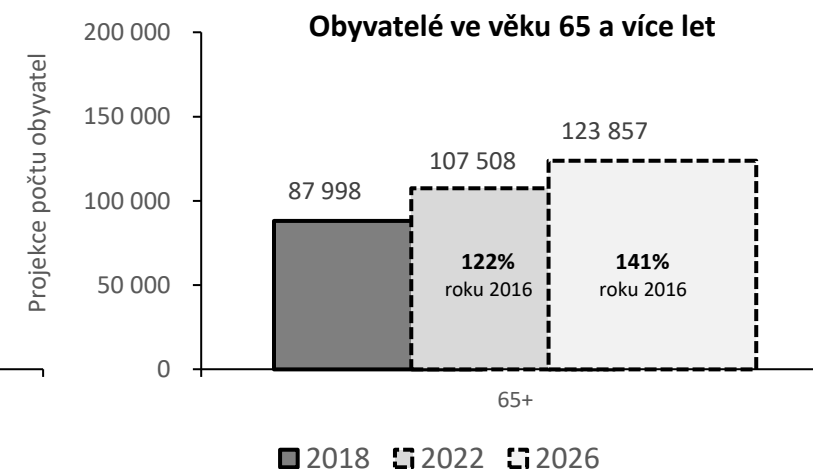
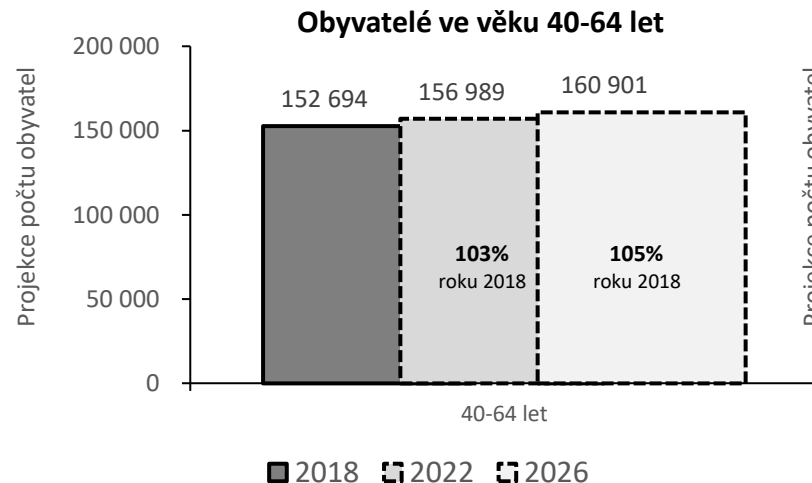
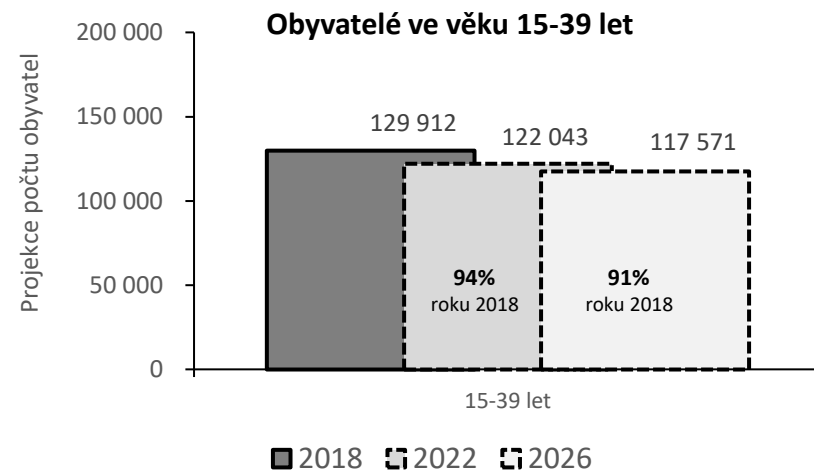
Liberecký kraj patří mezi regiony s mírně podprůměrnou střední délkou života u mužů (ve srovnání s průměrem ČR). Je zde podprůměrná hustota poskytovatelů zdravotních služeb, zejména v počtu úvazků lékařů. Socio-ekonomické ukazatele se vyznačují podprůměrnou mírou nezaměstnanosti ale nadprůměrným podílem obyvatel se základním vzděláním.

Modelová projekce vývoje věkové struktury obyvatelstva

Zdroj dat: ČSÚ

Model posunu věkových skupin v čase bez simulace přirozeného přírůstku a migrace obyvatelstva

Základna: rok 2018



Modelová projekce představuje posun vybraných věkových skupin v čase. Věková skupina obyvatel ve věku 15-39 let tvoří v roce 2018 cca 29% celkové populace v LBK. Posunem v čase bez přirozeného přírůstku a migrace stěhováním dojde k poklesu obyvatel v této věkové skupině o 6%, resp. 9% v roce 2026. Při shodném počtu obyvatel v LBK jako v roce 2018 by tato skupina v roce 2026 tvořila 27%.

Opačná situace je ve věkových skupinách 40-64 let a 65 a více let. Pokud nedojde ke změně struktury obyvatelstva především migrací bude tvořit věková skupina obyvatel ve věku 40-64 let v roce 2022 cca 35% a v roce 2026 cca 36% celkové populace. A obyvatelé ve věku 65 a více let budou tvořit v roce 2022 cca 24% a v roce 2026 cca 28% celkové populace.

Tento demografický vývoj má minimálně 2 negativní důsledky, a to:

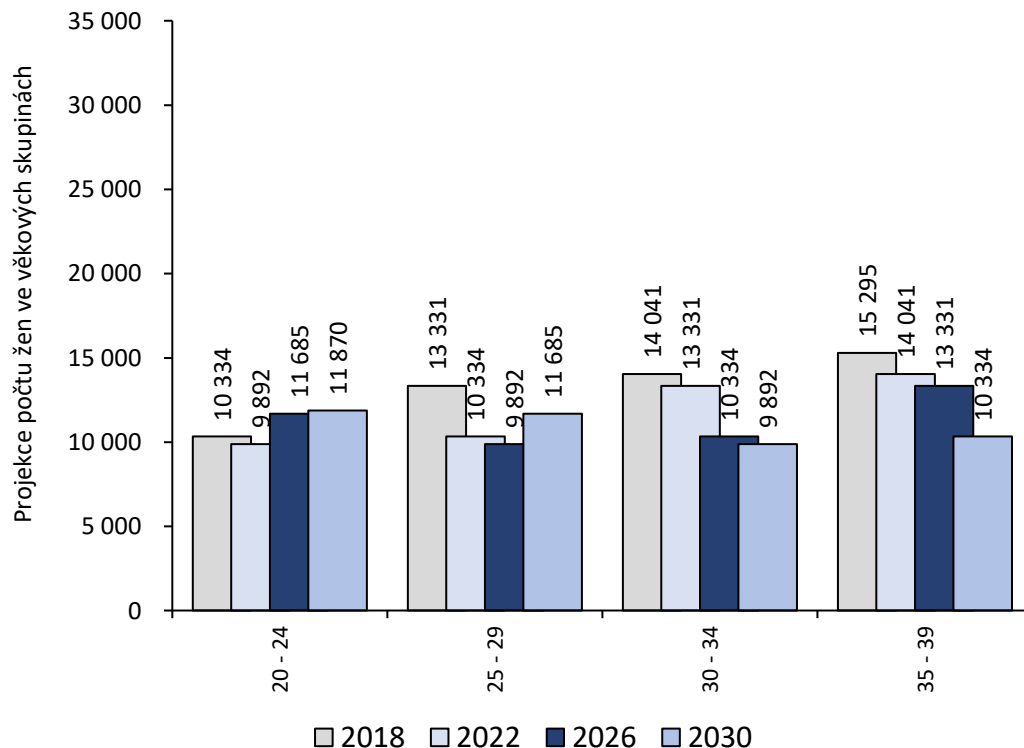
- sníží se počet potencionálních rodiček
- zvýší se počet obyvatel vyžadující zdravotní služby

Simulace vývoje počtu narození do roku 2030

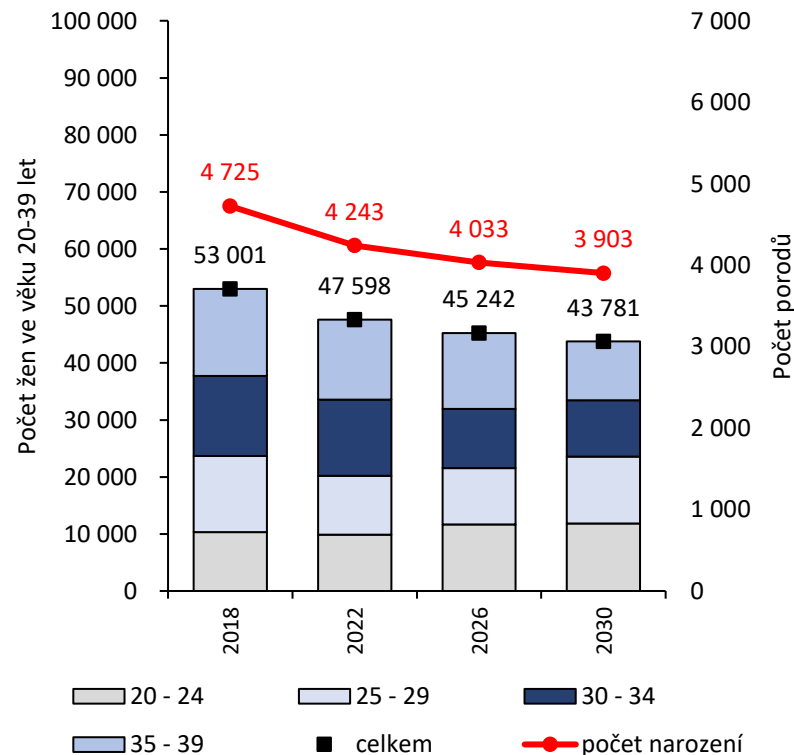
Zdroj dat: ČSÚ

Základna rok 2018

Projekce počtu žen ve věkových skupinách 20-39 let v čase



Projekce počtu žen a vývoj počtu narození

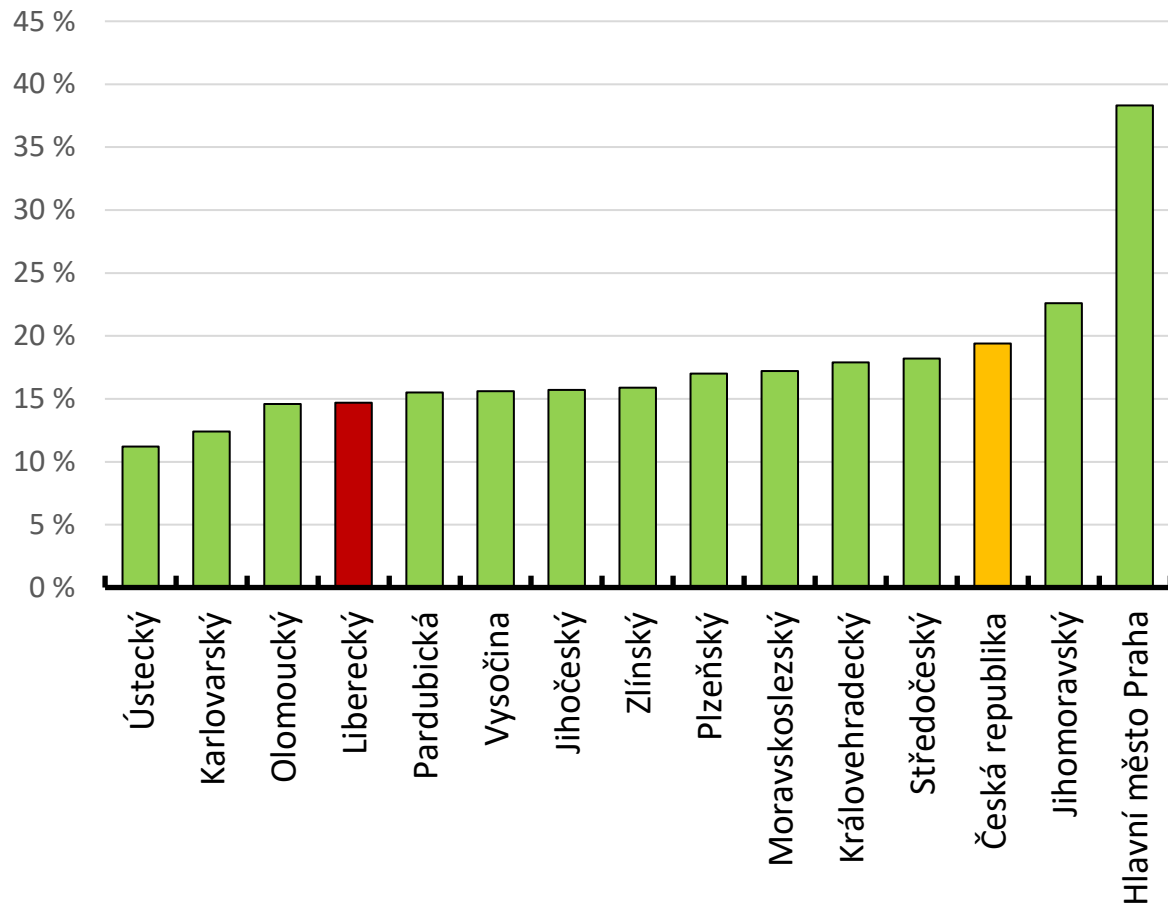


Ačkoli je počet narozených dětí v současnosti v populaci LBK relativně vysoký, populace je ohrožena poklesem porodnosti v důsledku pravděpodobného poklesu počtu potenciálních matek ve věkových kategoriích 30-39 let.

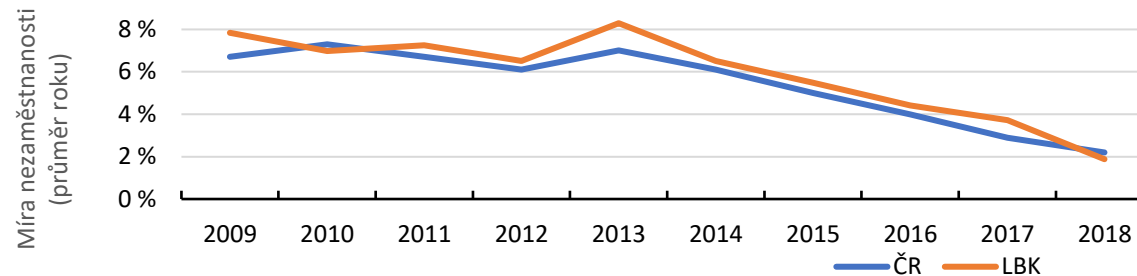
Vzdělání obyvatelstva a celková nezaměstnanost

Zdroj: Český statistický úřad

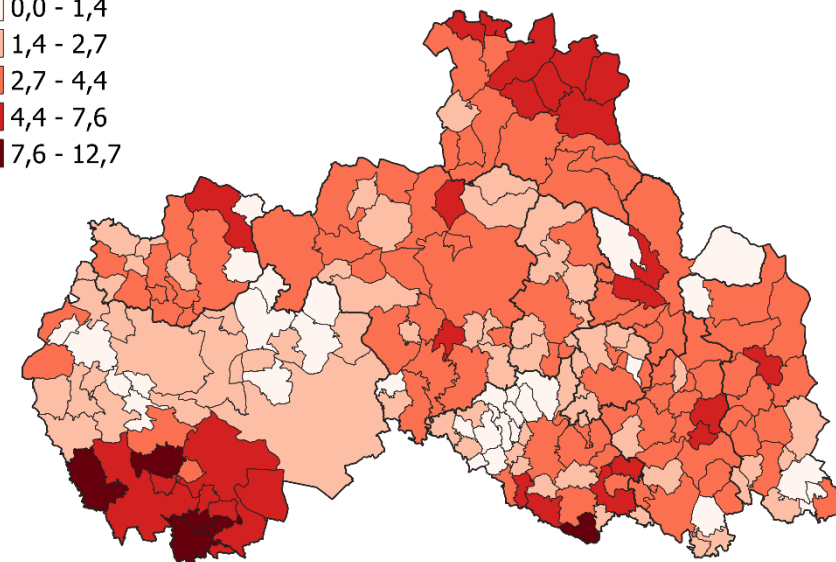
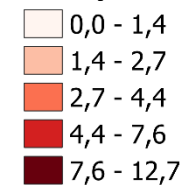
Roční průměr podílu osob s vysokoškolským vzděláním v roce 2018



Nezaměstnanost v ČR a v Libereckém kraji v letech 2009-2018



Podíl nezaměstnaných osob podle obcí v Libereckém kraji v roce 2018

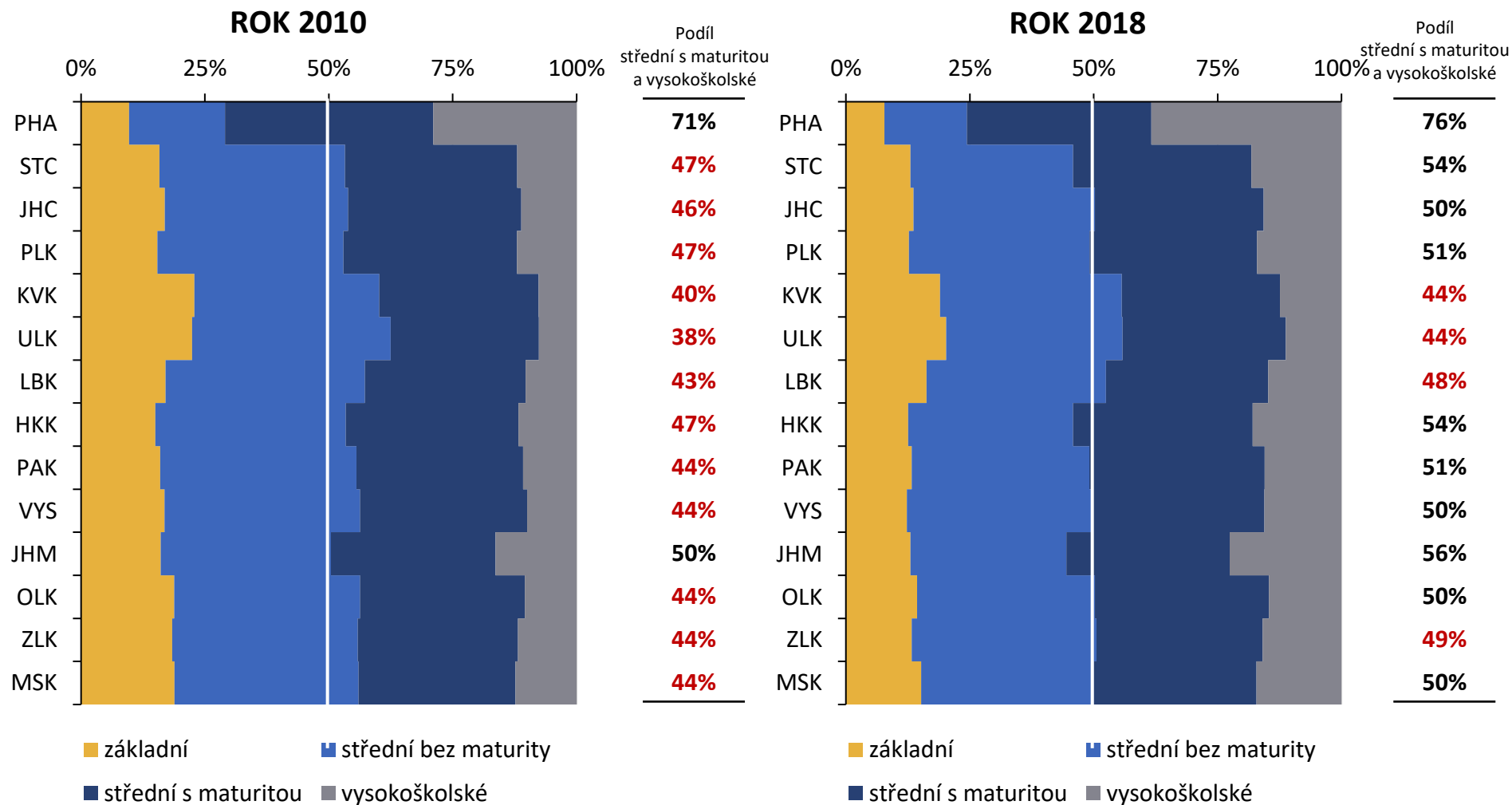


Podíl vysokoškolsky vzdělaných lidí je v krajích ČR velmi nerovnoměrně rozložený, což může nepřímo negativně ovlivňovat i dostupnost zdravotní péče (problémy s dostupnou kapacitou lékařů v krajích s nízkým podílem vysokoškoláků). Celková nezaměstnanost je velmi nízká a vykazuje nadále klesající trend. V Libereckém kraji se podíl vysokoškolsky vzdělaných obyvatel dlouhodobě pohybuje pod celorepublikovým průměrem. Oblasti s vysokou nezaměstnaností v kraji se nachází v jeho jihozápadní části.

Vzdělání obyvatelstva (věk 15+) v roce 2018 – srovnání krajů

Zdroj dat: Český statistický úřad, Zaměstnanost a nezaměstnanost podle výsledků VŠPS

Podíl obyvatelstva dle dosaženého vzdělání Ekonomické postavení obyvatel ve věku 15 a více let podle vzdělání

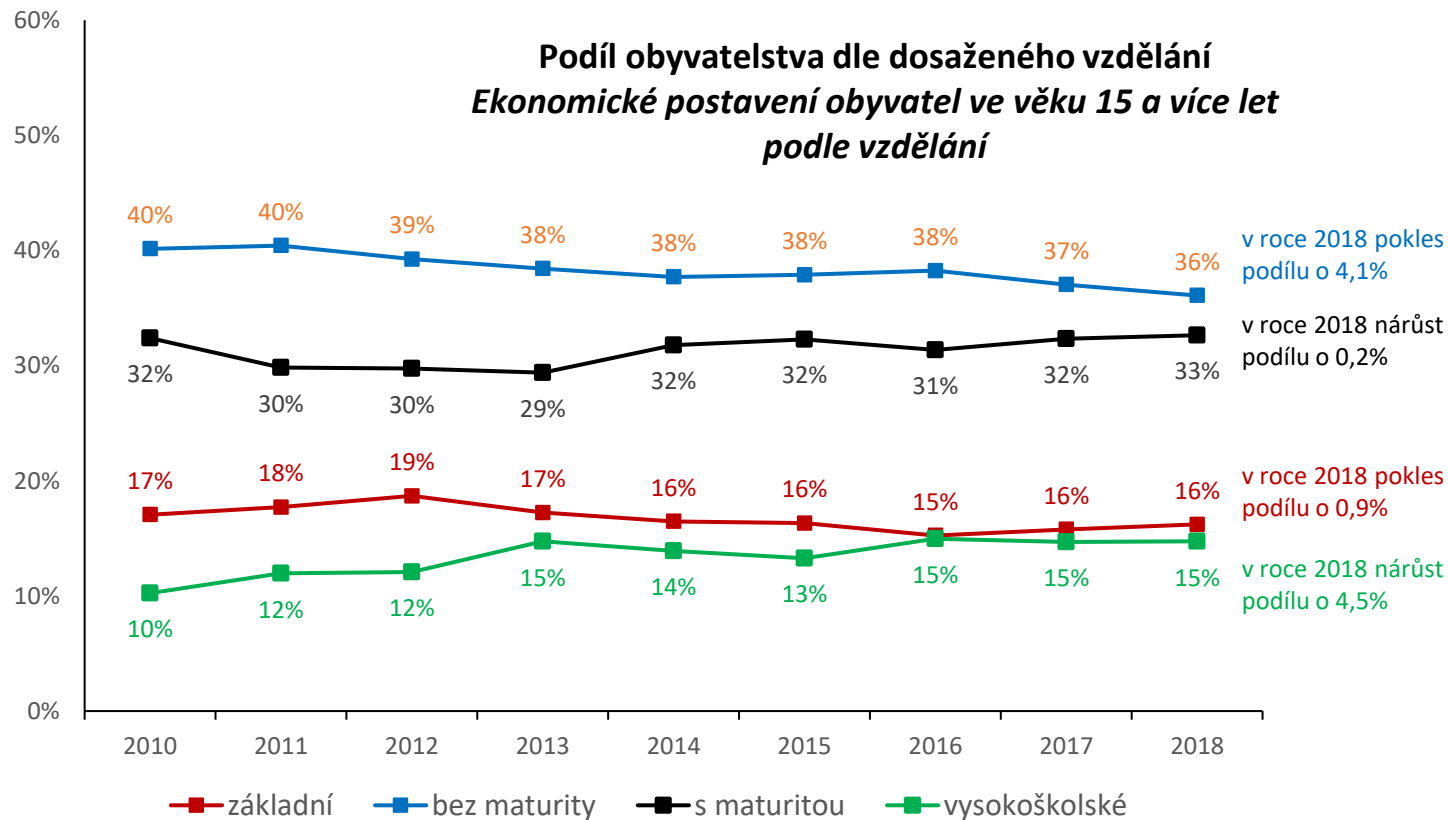


V roce 2010 dosahoval podíl 50% a více vysokoškolsky vzdělaných nebo se středním vzděláním s maturitou pouze v Hlavním městě Praha a Jihomoravském kraji. V roce 2018 je tento podíl dosažen již ve většině krajů kromě Karlovarského, Ústeckého, Libereckého a Zlínského.

Podíl osob s vyšším a vysokým vzděláním v LBK je v současnosti třetí nejnižší mezi regiony ČR. Nicméně i v LBK pozorujeme v čase nárůst podílu osob s vyšším vzděláním.

Vzdělání obyvatelstva (věk 15+) – časový vývoj

Zdroj dat: Český statistický úřad, Zaměstnanost a nezaměstnanost podle výsledků VŠPS

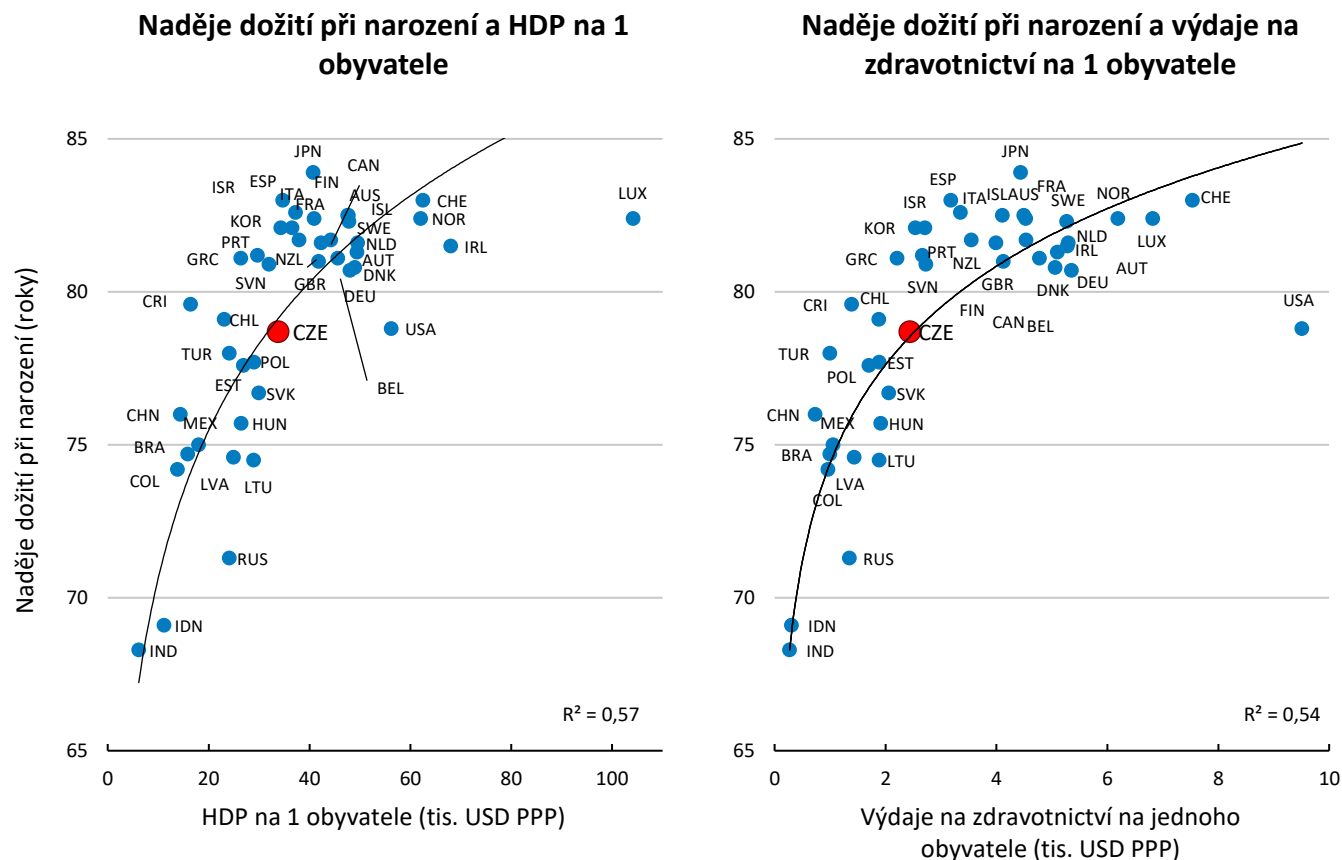


V Libereckém kraji se zvyšuje podíl vysokoškolsky vzdělaného obyvatelstva. Od roku 2010 se tento podíl zvýšil o cca 4,5%. Mírně se zvýšil také podíl osob se středoškolským vzděláním s maturitou, a to o 0,2%. Oproti tomu se snížily podíly v ostatních skupinách, tj. u obyvatel se základním vzděláním a bez maturity.

Naděje na dožití vs. HDP a výdaje na zdravotnictví



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



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

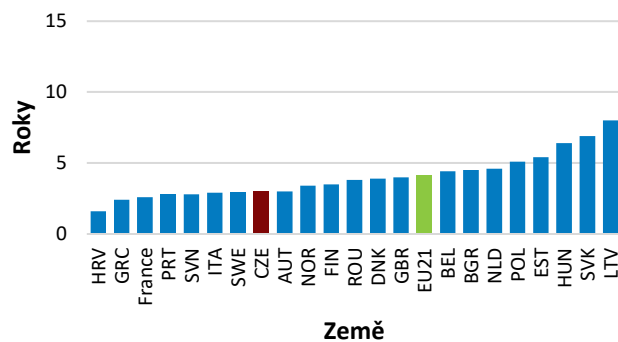
Srovnání České republiky se zeměmi s podobnými výdaji a institucionálními rysy naznačuje, že výkonnost zdravotnictví má stále jisté rezervy a existuje prostor pro zvyšování efektivity a zlepšování výsledků zdravotní péče.

Naděje dožití a hodnocení zdravotního stavu v mezinárodním srovnání

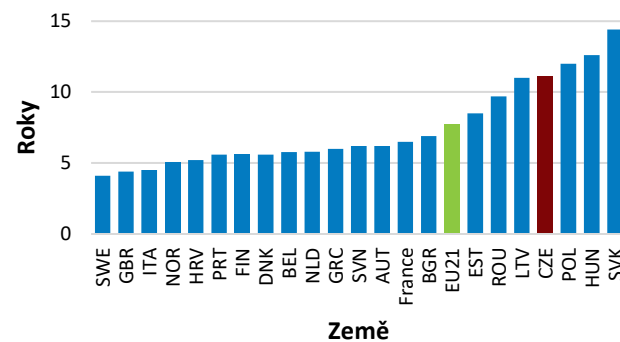


Zdroj: OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris

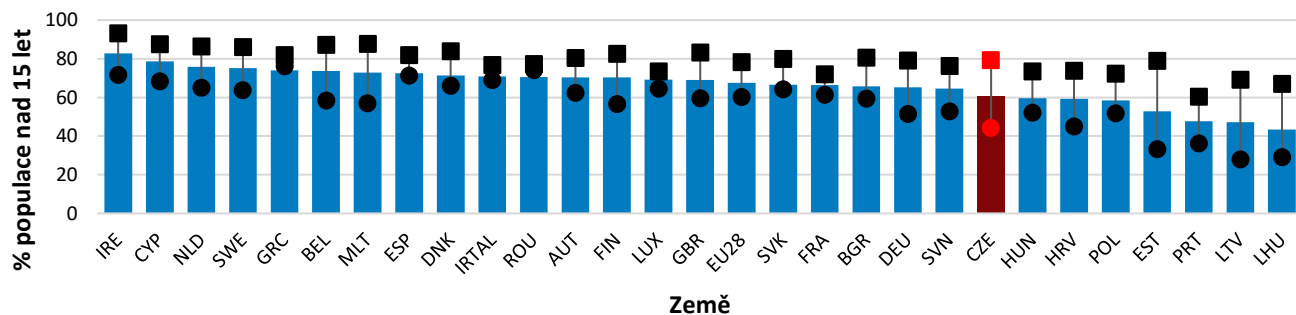
Rozdíl v naději dožití ve 30 letech mezi
nejnižší a nejvyšší úrovní vzdělání, ženy
(rok 2015 nebo nejbližší)



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



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



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

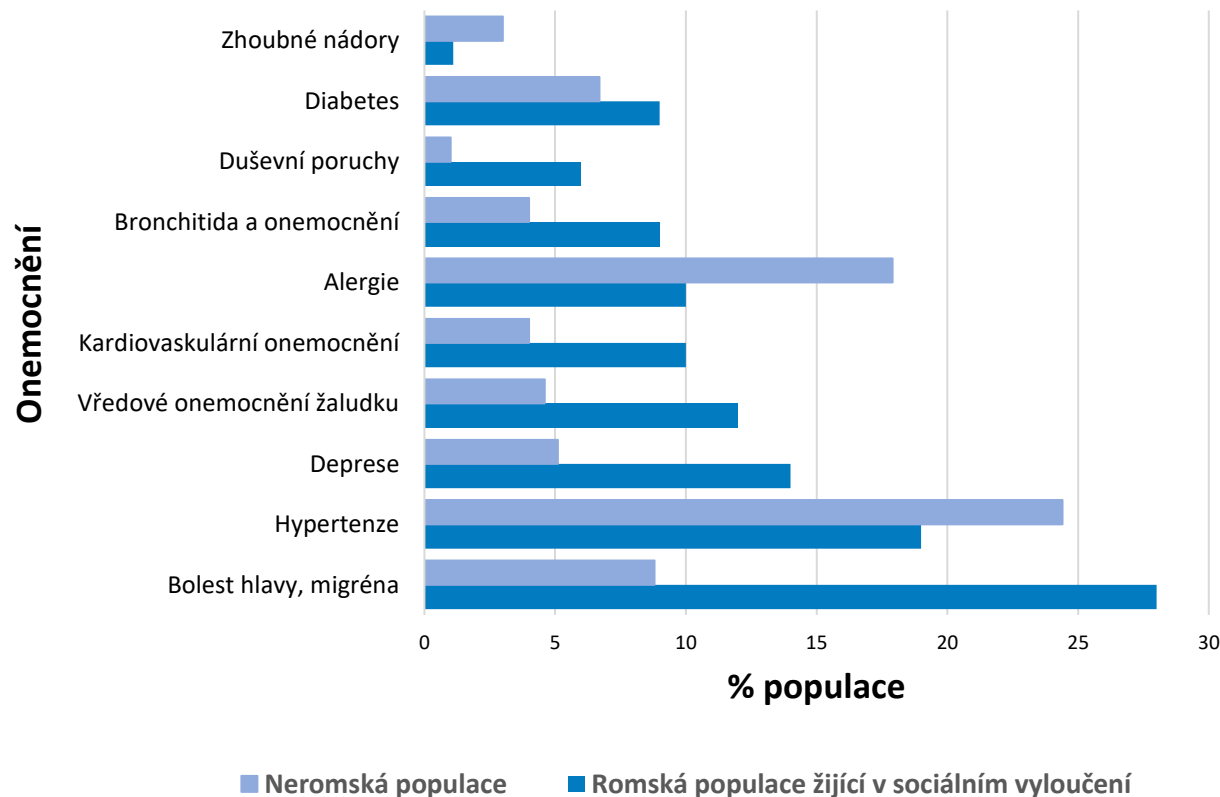
Rozdíl mezi podílem osob, které vnímají své zdraví jako dobré v nejnižším a nejvyšším příjmovém kvintilu patří v ČR k nejvyšším v OECD, hned po Estonsku a Lotyšsku. Tento nepoměr může odrážet finanční překážky v dostupnosti určitého typu péče, rozdíly v životních a pracovních podmínkách, rozdíly v rizikovém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

Výskyt nemocí u romské a neromské populace



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

Podíl populace zatížený vybranými onemocněními
a zdravotními problémy



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

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

„ZDRAVÍ 2030“ – analytická studie

**Základní charakteristiky populace
- mortalita**

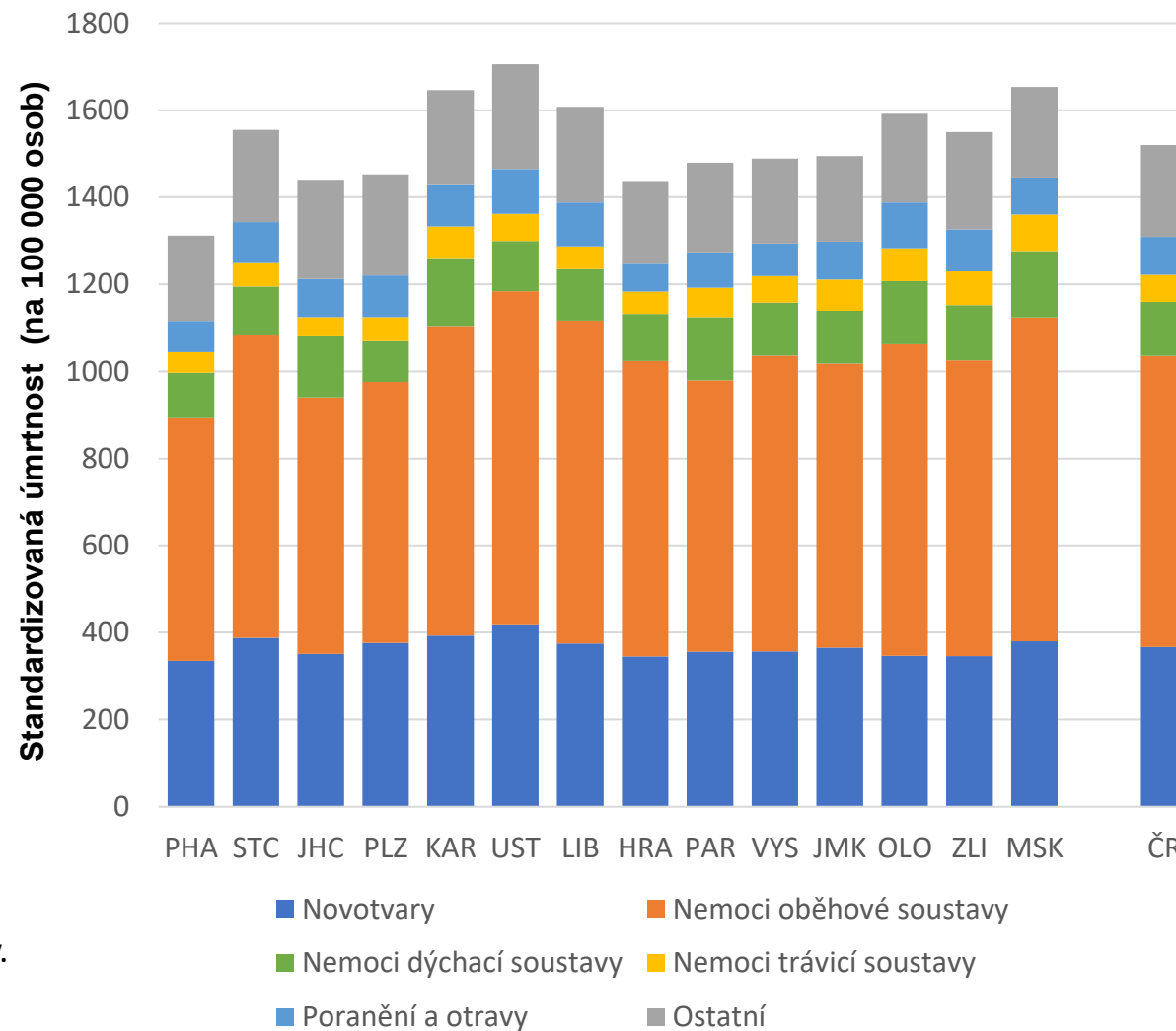


Standardizovaná úmrtnost podle příčin smrti a kraje bydliště (na 100 000 osob) - muži

Zdroj: LPZ

	Celkem	Novotvary	Nemoci oběhové soustavy	Nemoci dýchací soustavy	Nemoci trávicí soustavy	Poranění a otravy	Ostatní
PHA	1312.01	334.81	557.58	104.88	46.79	71.69	196.27
STC	1554.72	387.51	694.80	112.64	53.42	94.28	212.08
JHC	1440.39	350.84	589.86	140.01	43.89	87.69	228.11
PLZ	1452.25	376.41	599.26	93.88	55.05	95.69	231.97
KAR	1646.13	393.00	711.15	154.07	74.28	95.48	218.15
UST	1705.79	418.81	765.26	115.35	62.37	102.79	241.21
LIB	1607.79	375.00	741.31	118.62	51.95	101.30	219.61
HRA	1436.93	344.69	678.90	108.46	51.53	63.89	189.45
PAR	1478.99	355.70	623.76	145.15	67.38	81.43	205.57
VYS	1488.69	356.43	679.50	121.91	60.93	74.60	195.33
JMK	1494.24	365.23	652.48	121.13	72.00	86.79	196.61
OLO	1591.46	346.14	716.26	145.00	75.59	105.22	203.25
ZLI	1549.52	345.62	679.44	127.35	77.69	95.89	223.53
MSK	1653.19	379.49	744.02	152.40	84.27	85.00	208.01
ČR	1519.75	367.00	668.27	123.92	62.54	87.41	210.61

LBK patří mezi regiony s nadprůměrnou standardizovanou mortalitou populace mužů, což koreluje i s nižší střední dobou dožití mužů v kraji. Ze sledovaných hlavních příčin úmrtí je zvýšená mortalita mužů v LBK patrná zejména u nemocí oběhové soustavy a dále u úmrtí s příčinou poranění a otrav.

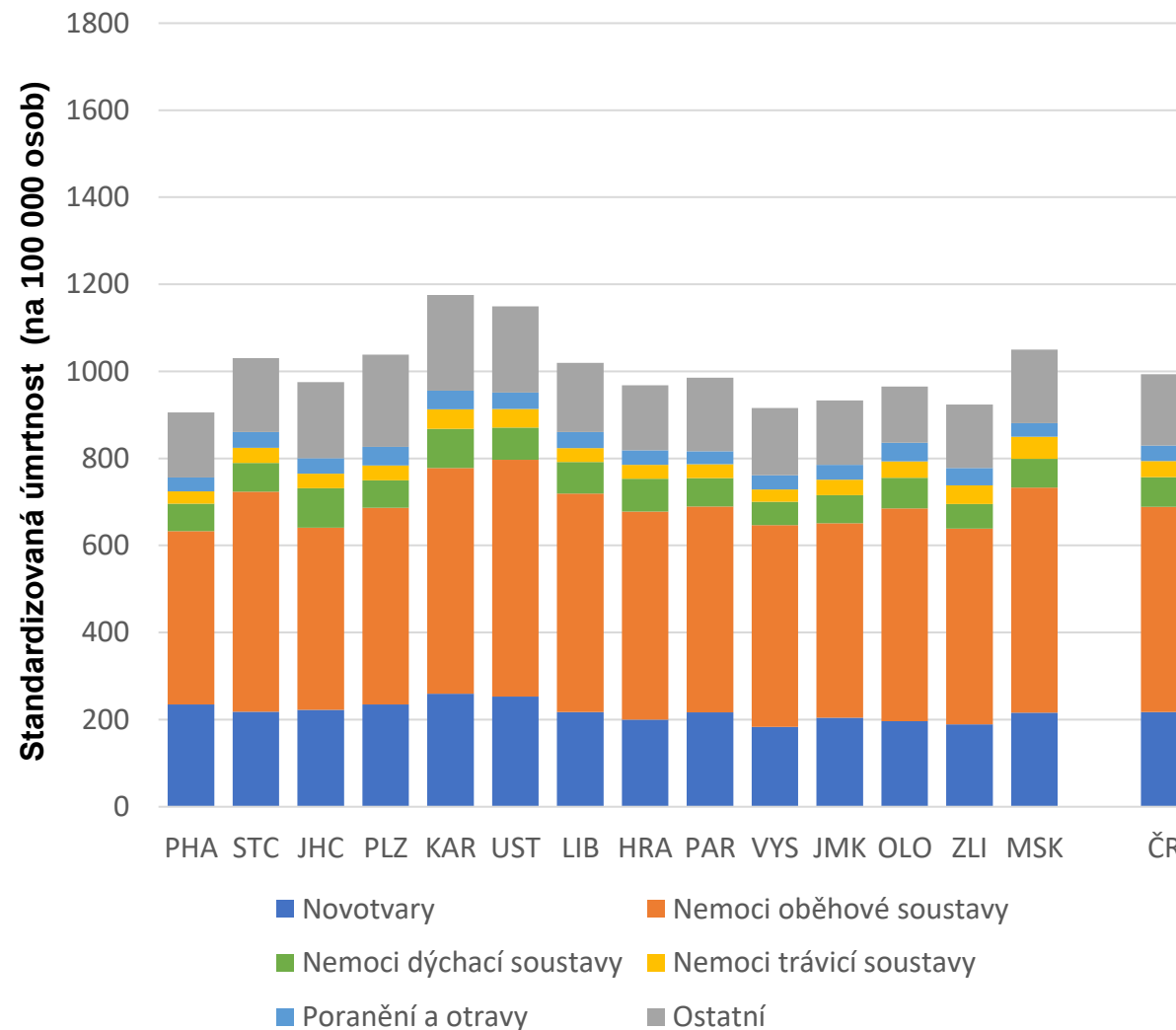


Standardizovaná úmrtnost podle příčin smrti a kraje bydliště (na 100 000 osob) - ženy

Zdroj: LPZ

	Celkem	Novotvary	Nemoci oběhové soustavy	Nemoci dýchací soustavy	Nemoci trávicí soustavy	Poranění a otravy	Ostatní
PHA	905.53	234.70	397.85	63.30	28.70	31.53	149.44
STC	1030.13	217.94	505.38	66.04	35.30	36.01	169.46
JHC	975.31	222.55	418.32	90.53	33.10	35.96	174.85
PLZ	1038.48	234.91	451.43	63.52	33.88	42.75	211.98
KAR	1175.19	259.12	518.84	90.02	44.83	42.59	219.80
UST	1149.60	252.82	544.19	73.80	42.71	38.04	198.03
LIB	1019.35	217.05	501.79	72.53	32.24	36.97	158.77
HRA	967.84	199.61	478.41	75.16	32.24	33.09	149.34
PAR	984.99	216.43	473.12	64.96	32.08	29.93	168.47
VYS	915.96	183.45	463.32	53.73	27.75	32.84	154.87
JMK	933.26	204.32	446.79	64.68	35.38	33.92	148.16
OLO	964.72	196.24	488.62	70.33	37.84	43.09	128.59
ZLI	923.51	188.72	450.17	56.17	42.79	39.94	145.73
MSK	1049.83	215.58	517.42	65.62	50.95	31.23	169.03
ČR	993.29	217.55	471.40	67.99	36.68	35.51	164.15

LBK patří mezi regiony s nadprůměrnou standardizovanou mortalitou populace žen, nicméně mortalita ženské populace se od republikové hodnoty odlišuje méně než v případě mužů. Ze sledovaných hlavních příčin úmrtí je zvýšená mortalita žen v LBK patrná zejména u nemocí oběhové soustavy.



Standardizovaná úmrtnost podle příčin smrti a kraje bydliště (na 100 000 osob): rozdíl v úmrtnosti mužů a žen

Zdroj: LPZ

Standardizovaná úmrtnost podle pohlaví a kraje bydliště
(na 100 000 osob) - Celkem

	Muži	Ženy	Rozdíl muži - ženy
OLO	1591.46	964.72	626,7
ZLI	1549.52	923.51	626,0
MSK	1653.19	1049.83	603,4
LIB	1607.79	1019.35	588,4
VYS	1488.69	915.96	572,7
JMK	1494.24	933.26	561,0
UST	1705.79	1149.60	556,2
ČR	1519.75	993.29	526,5
STC	1554.72	1030.13	524,6
PAR	1478.99	984.99	494,0
KAR	1646.13	1175.19	470,9
HRA	1436.93	967.84	469,1
JHC	1440.39	975.31	465,1
PLZ	1452.25	1038.48	413,8
PHA	1312.01	905.53	406,5

Standardizovaná úmrtnost podle pohlaví a kraje bydliště
(na 100 000 osob) – Nemoci oběhové soustavy

	Muži	Ženy	Rozdíl muži - ženy
LIB	741.31	501.79	239,5
ZLI	679.44	450.17	229,3
OLO	716.26	488.62	227,6
MSK	744.02	517.42	226,6
UST	765.26	544.19	221,1
VYS	679.50	463.32	216,2
JMK	652.48	446.79	205,7
HRA	678.90	478.41	200,5
ČR	668.27	471.40	196,9
KAR	711.15	518.84	192,3
STC	694.80	505.38	189,4
JHC	589.86	418.32	171,5
PHA	557.58	397.85	159,7
PAR	623.76	473.12	150,6
PLZ	599.26	451.43	147,8

Standardizovaná úmrtnost podle příčin smrti a kraje bydliště (na 100 000 osob): rozdíl v úmrtnosti mužů a žen

Zdroj: LPZ

Standardizovaná úmrtnost podle pohlaví a kraje bydliště
(na 100 000 osob) - Novotvary

	Muži	Ženy	Rozdíl muži - ženy
VYS	356.43	183.45	173,0
STC	387.51	217.94	169,6
UST	418.81	252.82	166,0
MSK	379.49	215.58	163,9
JMK	365.23	204.32	160,9
LIB	375.00	217.05	158,0
ZLI	345.62	188.72	156,9
OLO	346.14	196.24	149,9
ČR	367.00	217.55	149,5
HRA	344.69	199.61	145,1
PLZ	376.41	234.91	141,5
PAR	355.70	216.43	139,3
KAR	393.00	259.12	133,9
JHC	350.84	222.55	128,3
PHA	334.81	234.70	100,1

Standardizovaná úmrtnost podle pohlaví a kraje bydliště
(na 100 000 osob) – Nemoci dýchací soustavy

	Muži	Ženy	Rozdíl muži - ženy
MSK	152.40	65.62	86,8
PAR	145.15	64.96	80,2
OLO	145.00	70.33	74,7
ZLI	127.35	56.17	71,2
VYS	121.91	53.73	68,2
KAR	154.07	90.02	64,1
JMK	121.13	64.68	56,5
ČR	123.92	67.99	55,9
JHC	140.01	90.53	49,5
STC	112.64	66.04	46,6
LIB	118.62	72.53	46,1
PHA	104.88	63.30	41,6
UST	115.35	73.80	41,6
HRA	108.46	75.16	33,3
PLZ	93.88	63.52	30,4

Standardizovaná úmrtnost podle příčin smrti a kraje bydliště (na 100 000 osob): rozdíl v úmrtnosti mužů a žen

Zdroj: LPZ

Standardizovaná úmrtnost podle pohlaví a kraje bydliště
(na 100 000 osob) - Nemoci trávicí soustavy

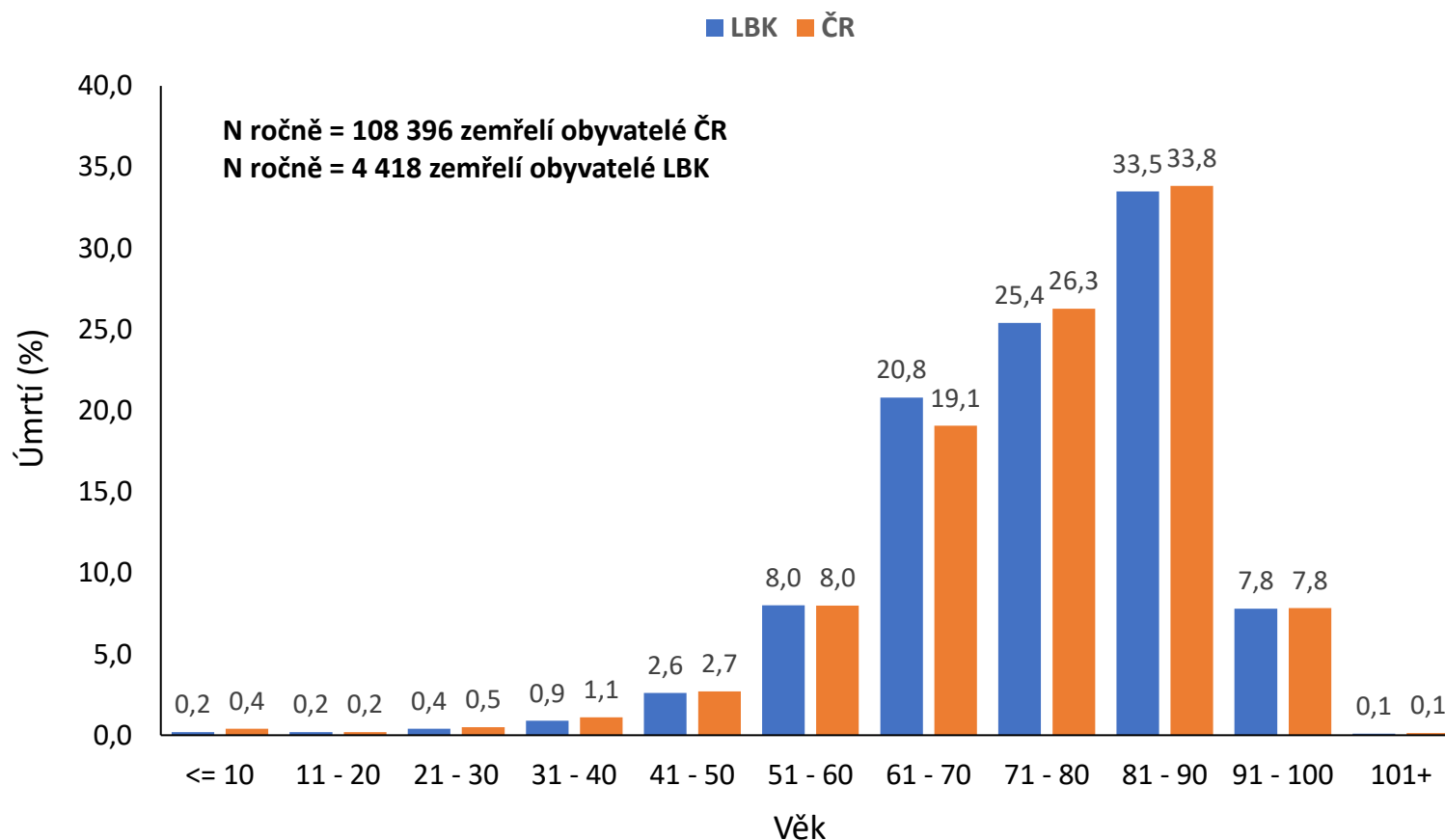
	Muži	Ženy	Rozdíl muži - ženy
OLO	75.59	37.84	37,8
JMK	72.00	35.38	36,6
PAR	67.38	32.08	35,3
ZLI	77.69	42.79	34,9
MSK	84.27	50.95	33,3
VYS	60.93	27.75	33,2
KAR	74.28	44.83	29,5
ČR	62.54	36.68	25,9
PLZ	55.05	33.88	21,2
LBK	51.95	32.24	19,7
UST	62.37	42.71	19,7
HRA	51.53	32.24	19,3
STC	53.42	35.30	18,1
PHA	46.79	28.70	18,1
JHC	43.89	33.10	10,8

Standardizovaná úmrtnost podle pohlaví a kraje bydliště
(na 100 000 osob) – Poranění a otravy

	Muži	Ženy	Rozdíl muži - ženy
UST	102.79	38.04	64,8
LBK	101.30	36.97	64,3
OLO	105.22	43.09	62,1
STC	94.28	36.01	58,3
ZLI	95.89	39.94	56,0
MSK	85.00	31.23	53,8
PLZ	95.69	42.75	52,9
KAR	95.48	42.59	52,9
JMK	86.79	33.92	52,9
ČR	87.41	35.51	51,9
JHC	87.69	35.96	51,7
PAR	81.43	29.93	51,5
VYS	74.60	32.84	41,8
PHA	71.69	31.53	40,2
HRA	63.89	33.09	30,8

Věk obyvatel LBK při úmrtí ve srovnání s ČR

Zdroj: ÚZIS, LPZ a NRHOSP 2008-2018

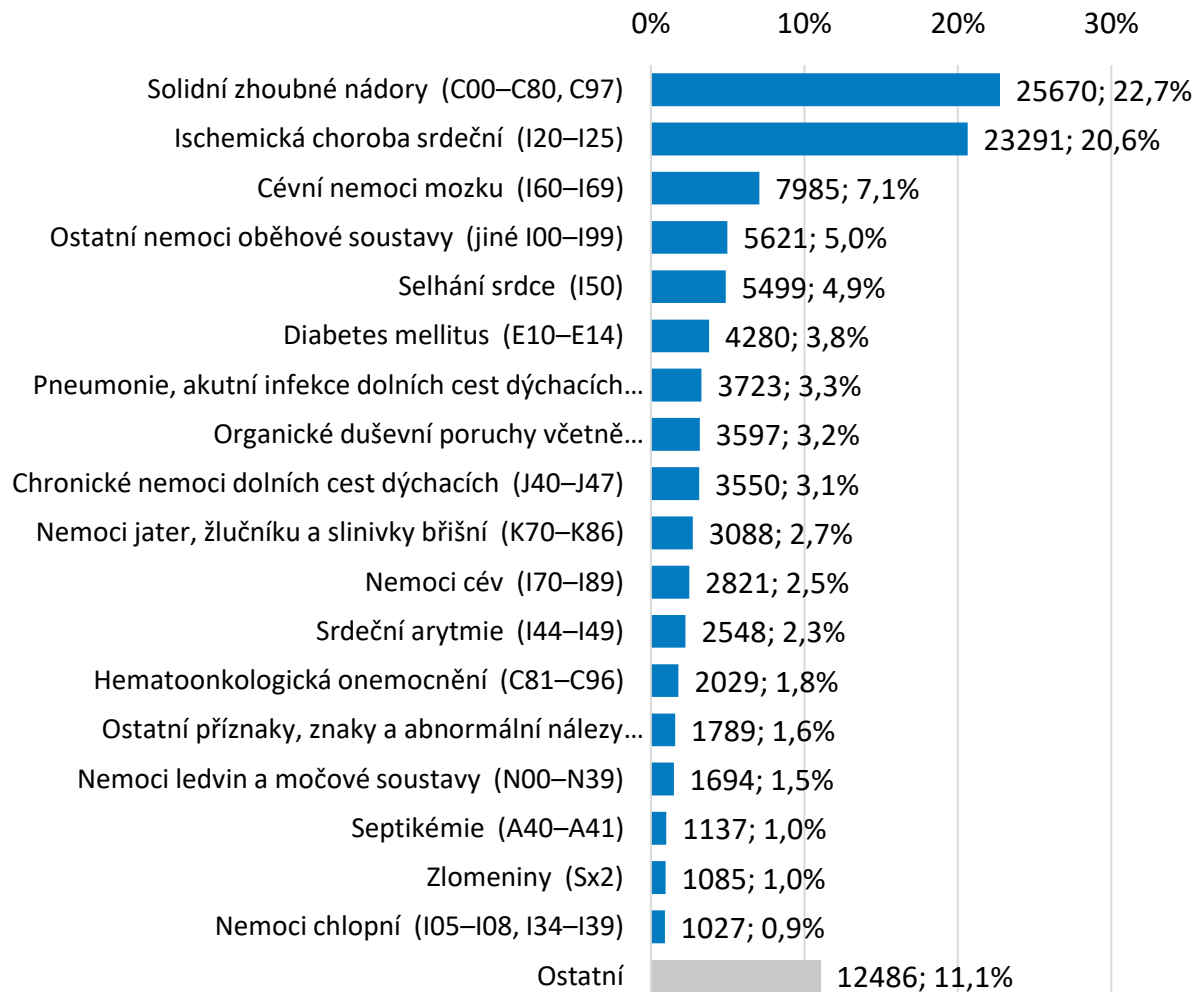


Mezi zemřelými na území LBK a v rámci celé ČR není významný rozdíl ve věkové struktuře, medián věku zemřelých je jak v celé ČR, tak v LBK 78 let, průměr je v ČR i v LBK 75 let.

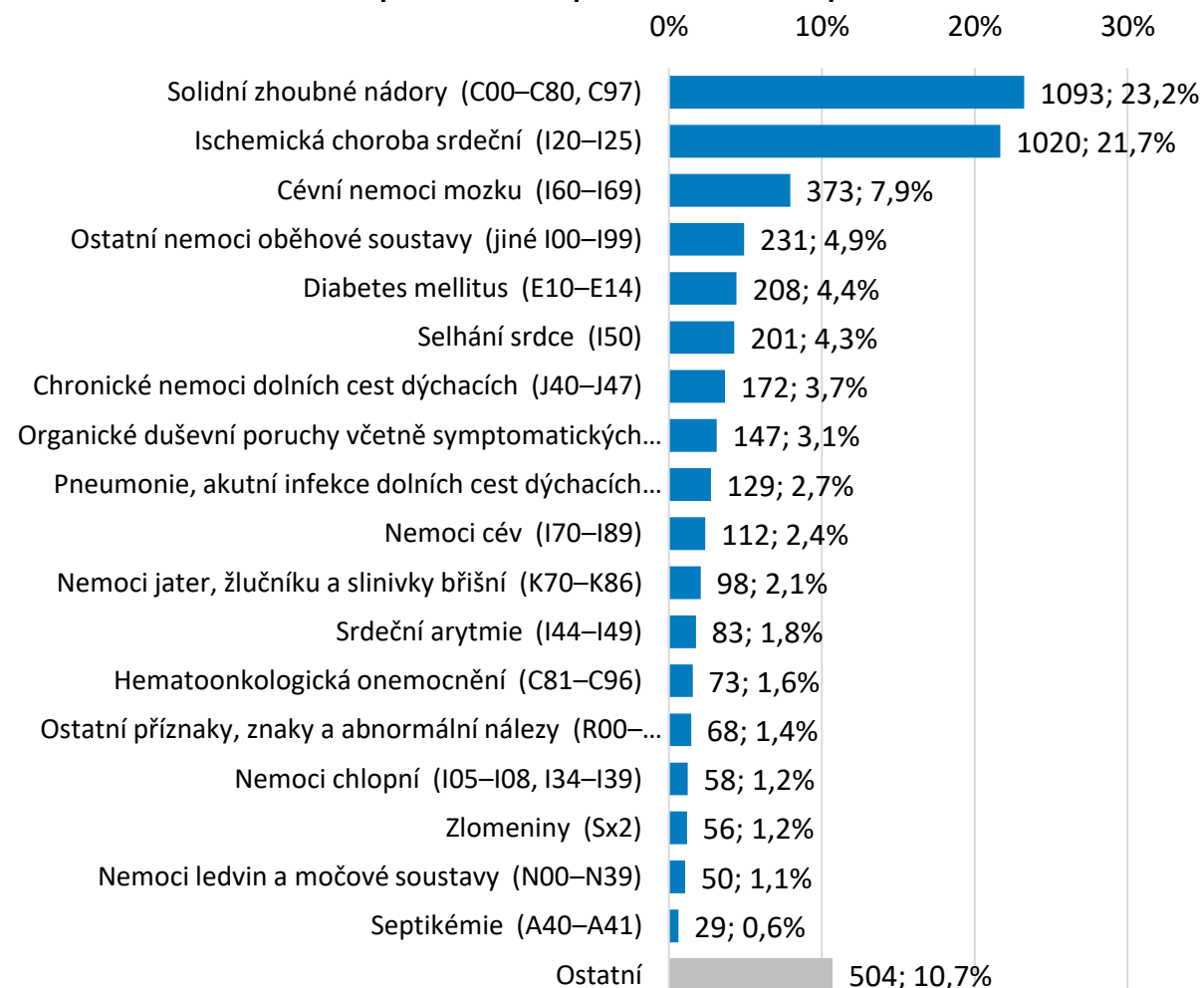
Hlavní příčiny úmrtí pro rok 2018

Zdroj: LPZ

ČR: podíl hlavních příčin na celkovém počtu úmrtí v roce 2018



LBK: podíl hlavních příčin na celkovém počtu úmrtí v roce 2018

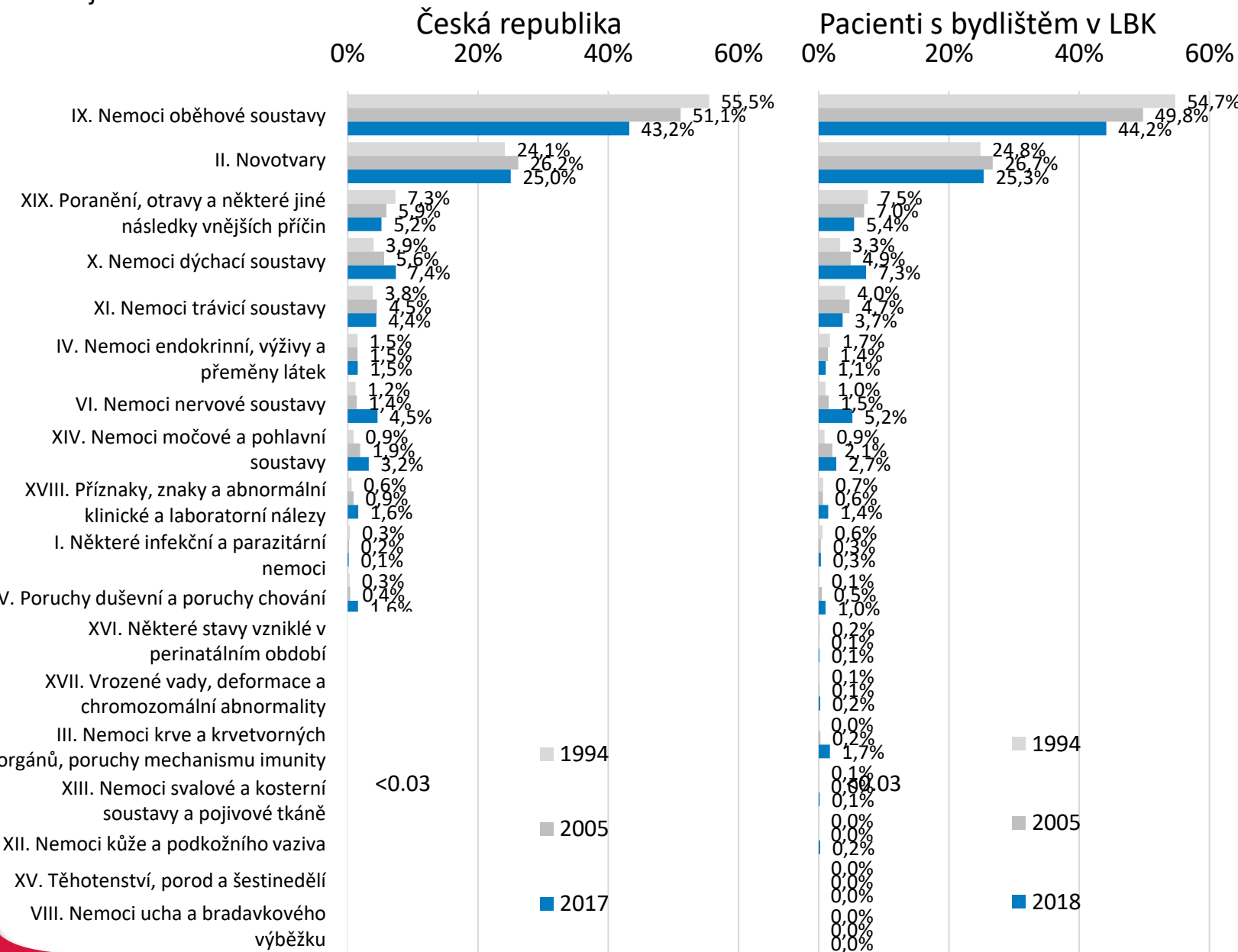


Celá populace ČR: Jako nejčastější příčina úmrtí byly pro rok 2018 vykazovány solidní zhoubné novotvary (C00–C80, C97), ty byly za smrt odpovědné ve 23% případů. Druhou nejčastější příčinou byla ischemická choroba srdeční (I20–I25) s 21% úmrtí v roce 2018. V celkovém součtu nad nádory převažují nemoci oběhové soustavy. **Populace LBK:** Jako nejčastější příčina úmrtí byly pro rok 2018 vykazovány solidní zhoubné novotvary (C00–C80, C97), ty byly za smrt odpovědné ve 23,2% případů. Druhou nejčastější příčinou byla ischemická choroba srdeční (I20–I25) s 21,7% úmrtími v roce 2018. V celkovém součtu nad nádory převažují nemoci oběhové soustavy.

Příčiny úmrtnosti podle kapitol MKN-10 v časovém trendu

Zdroj: LPZ

Procentuální zastoupení příčin úmrtí na celkovém počtu úmrtí jednotlivých let



Česká republika			LBK		
1994	2005	2018	1994	2005	2018
65 132	55 155	48 792	2 556	2 105	2 078
28 327	28 255	28 266	1 159	1 129	1 192
8 556	6 376	5 845	352	294	256
4 636	6 040	8 315	154	207	342
4 470	4 823	4 926	189	199	172
1 745	1 613	1 744	81	60	50
1 391	1 486	5 137	48	64	243
1 023	2 071	3 636	42	88	127
696	940	1 789	32	26	68
400	188	168	27	14	15
356	411	1 773	5	20	49
341	116	161	11	3	5
119	106	240	7	6	10
74	284	1 674	1	10	80
68	40	230	3	2	7
28	30	218	2	0	11
7	3	2	1	0	0
4	1	3	0	0	0

Příčiny úmrtí dle pohlaví

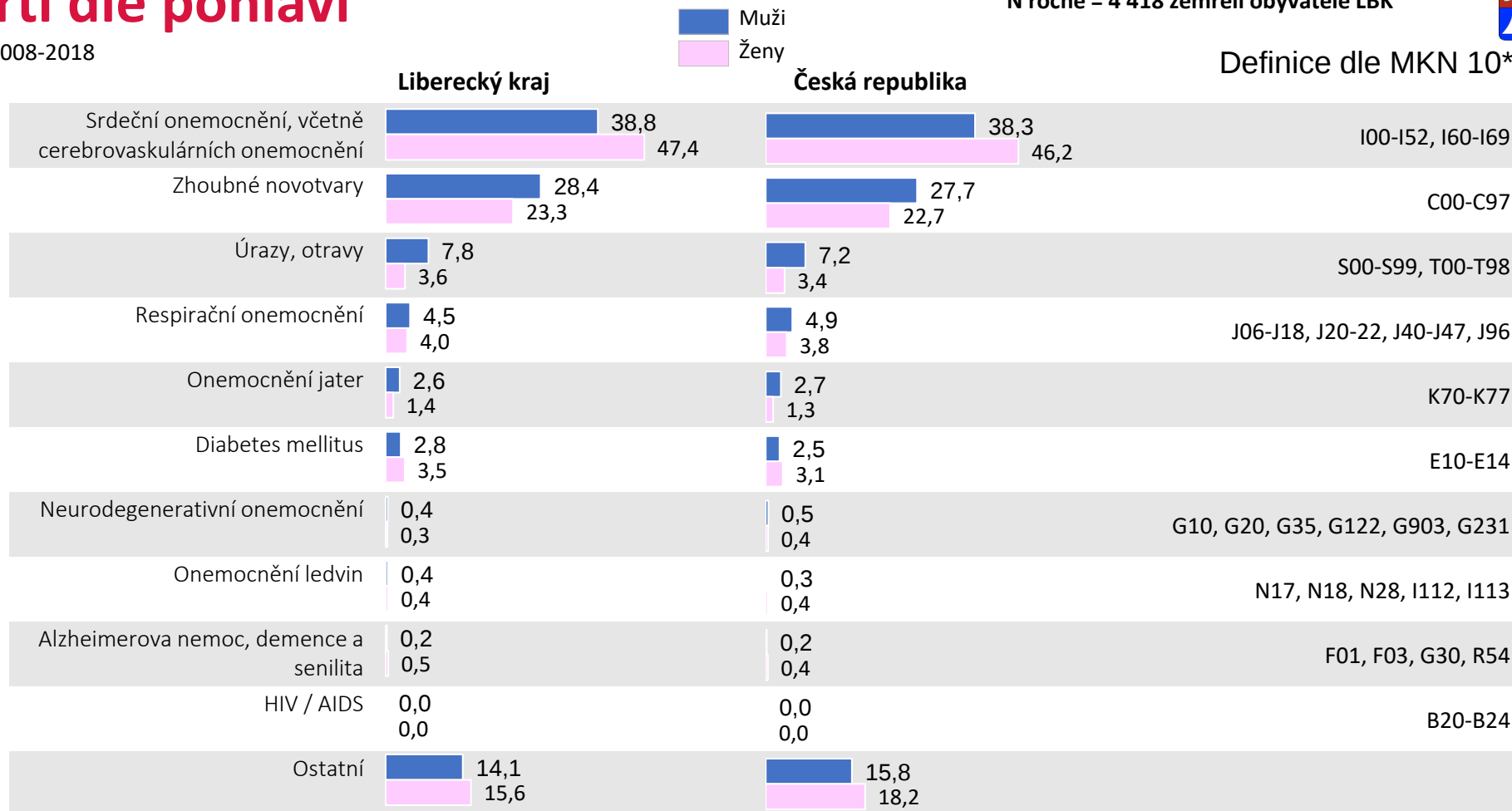
Zdroj: ÚZIS, LPZ a NRHOSP 2008-2018

N ročně = 108 396 zemřelí obyvatelé ČR

N ročně = 4 418 zemřelí obyvatelé LBK



Definice dle MKN 10*



*Nejedná se o klinickou definici ale o definici skupin s relevantním významem pro paliativní péči (definice převzata z [Murtagh et al. 2014](#) a doplněna o úrazy a diabetes)

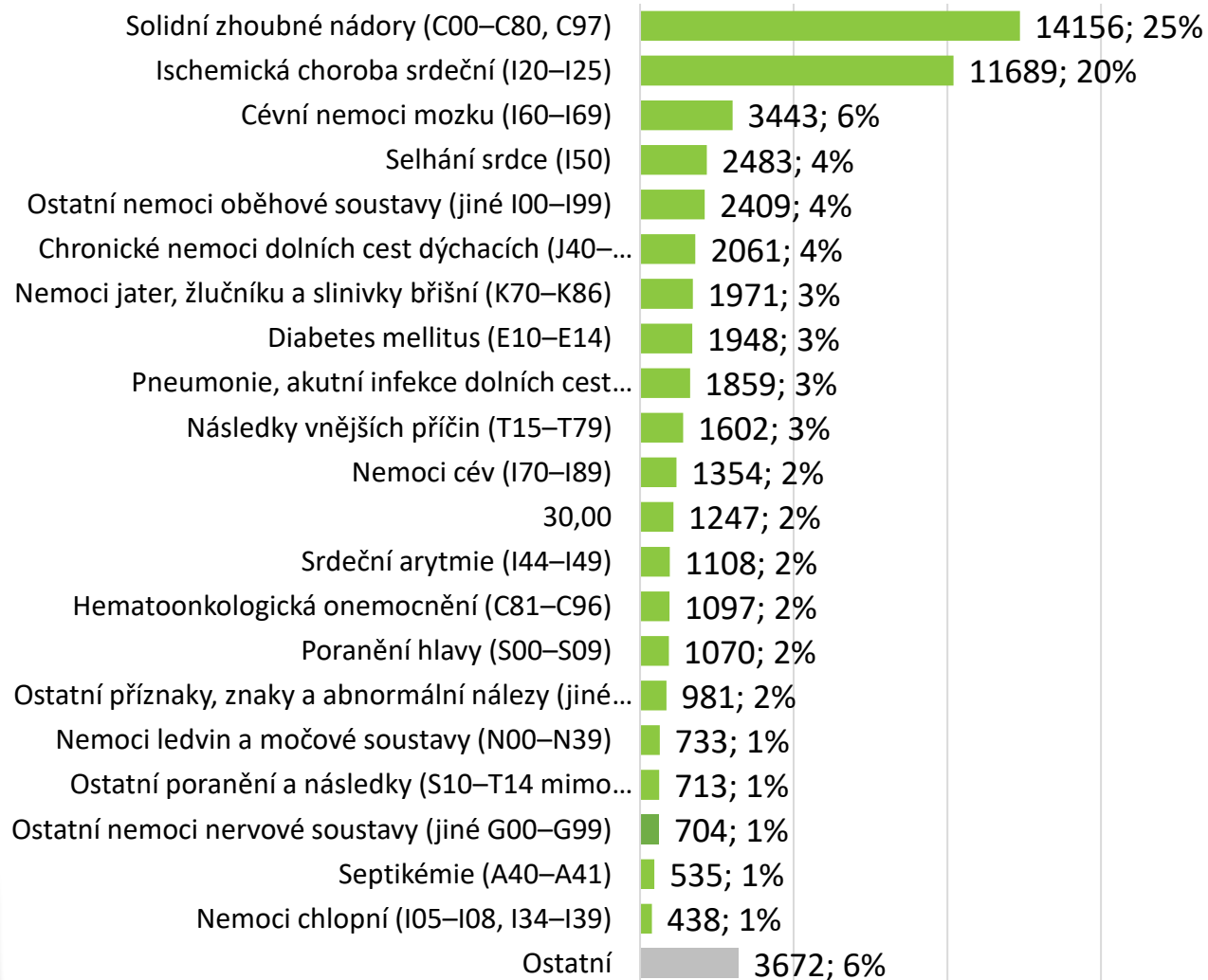
Ženy častěji umírají na selhání kardiovaskulárního systému než muži, u obou pohlaví jsou však tyto choroby nejčastější příčinou úmrtí. Muži převažují nad ženami u onkologických příčin úmrtí a u respiračních onemocnění. Muži také výrazně dominují mezi zemřelými následkem úrazu či otravy. Rozdíly v příčinách mortality mezi muži a ženami a zastoupení hlavních příčin úmrtí mají v Libereckém kraji stejnou strukturu jako v ostatních regionech ČR.

Příčiny úmrtnosti pro rok 2018 u mužů

Zdroj: LPZ

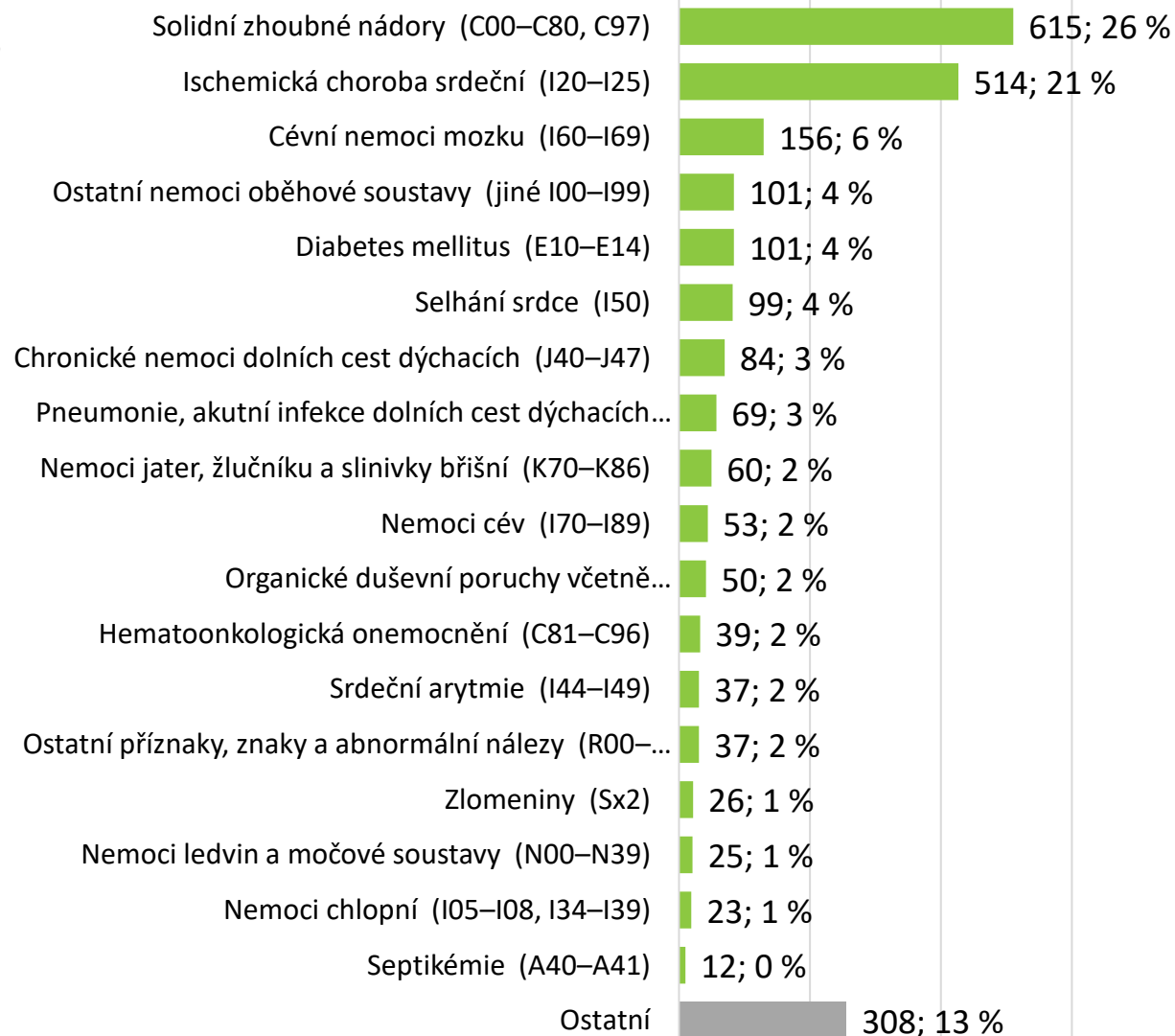
ČR: podíl hlavních příčin na celkovém počtu úmrtí v roce 2018

0% 10% 20% 30%



LBK: podíl hlavních příčin na celkovém počtu úmrtí v roce 2018

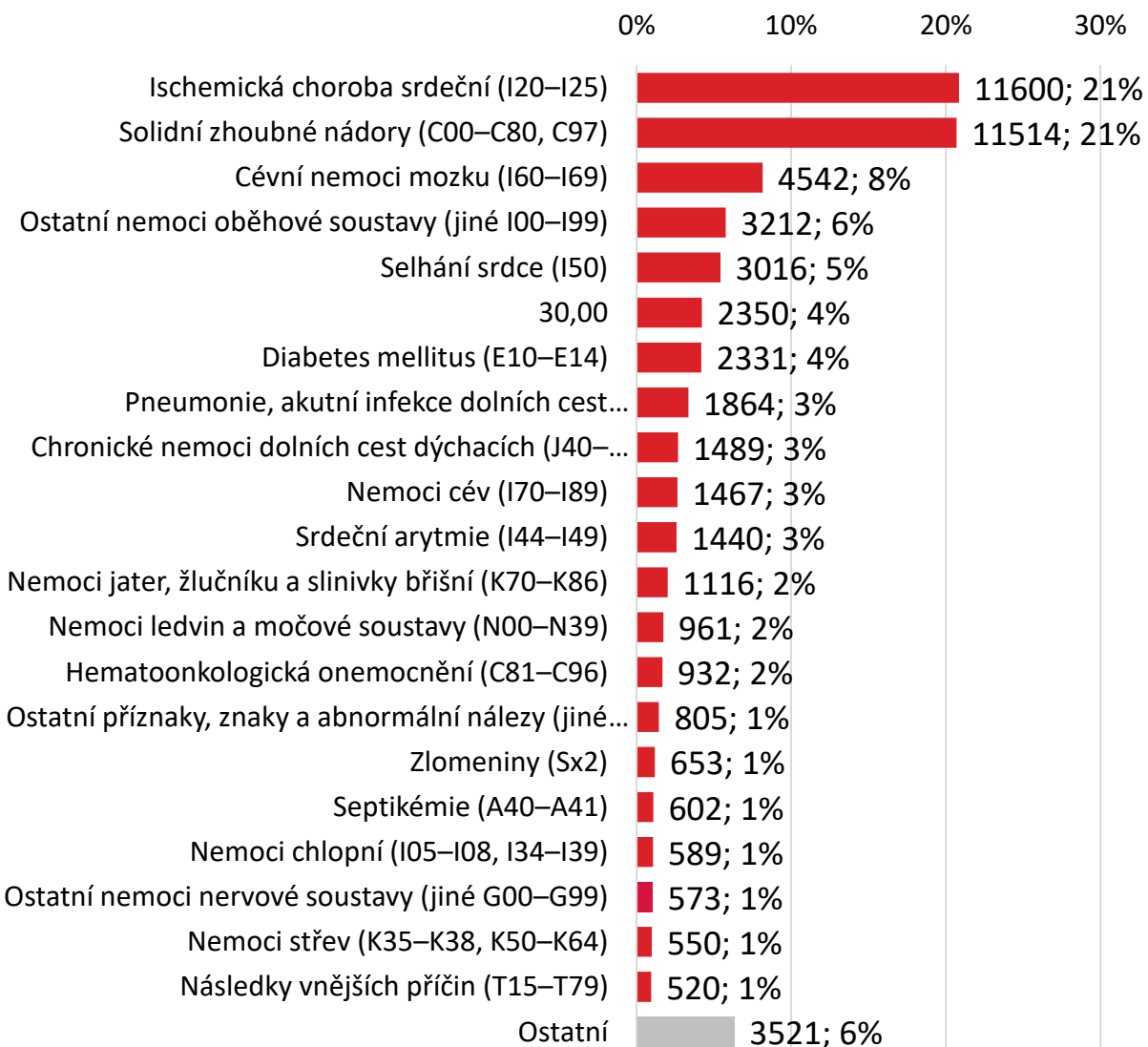
0% 10% 20% 30%



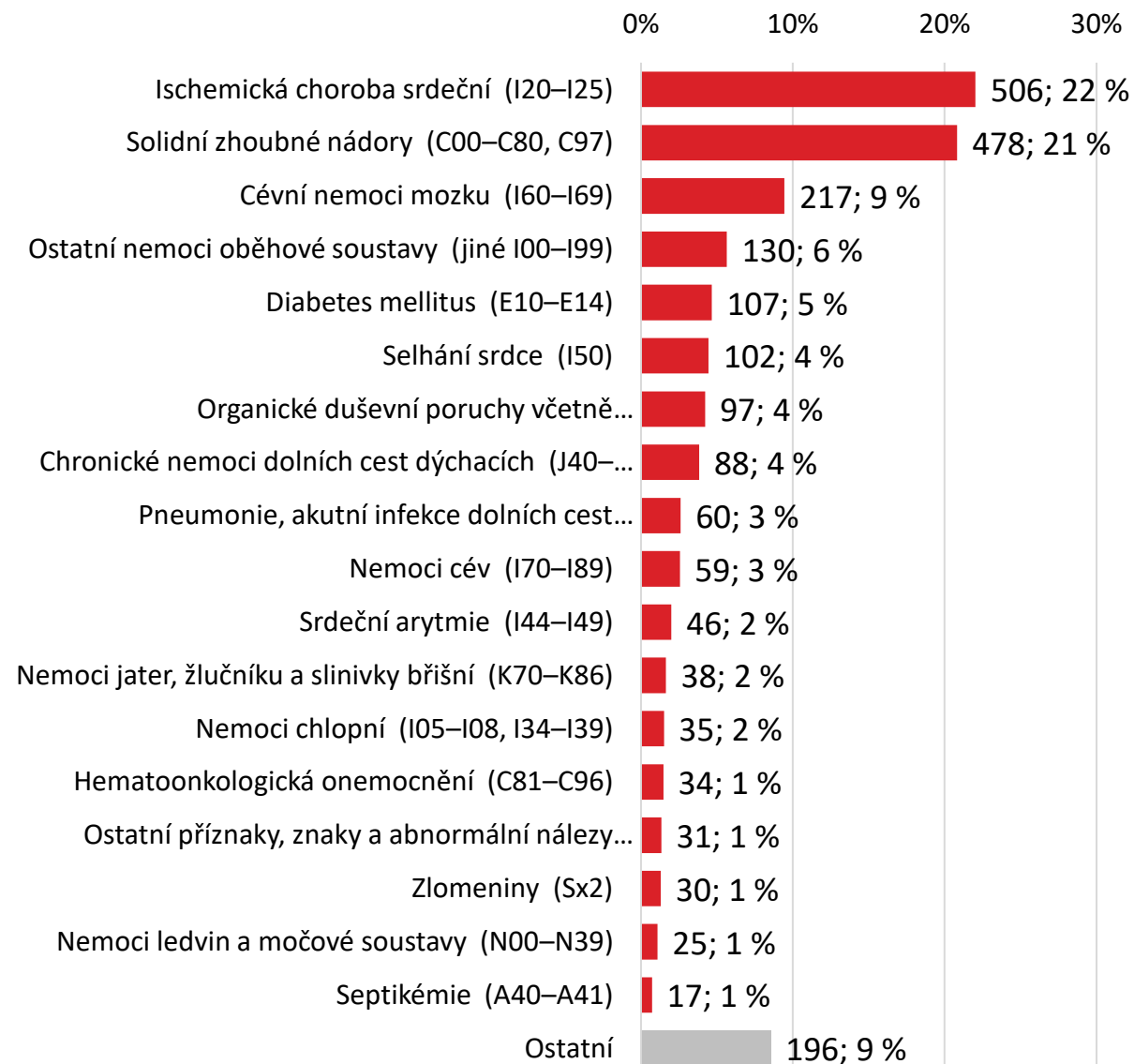
Příčiny úmrtnosti pro rok 2018 u žen

Zdroj: LPZ

ČR: podíl hlavních příčin na celkovém počtu úmrtí v roce 2018

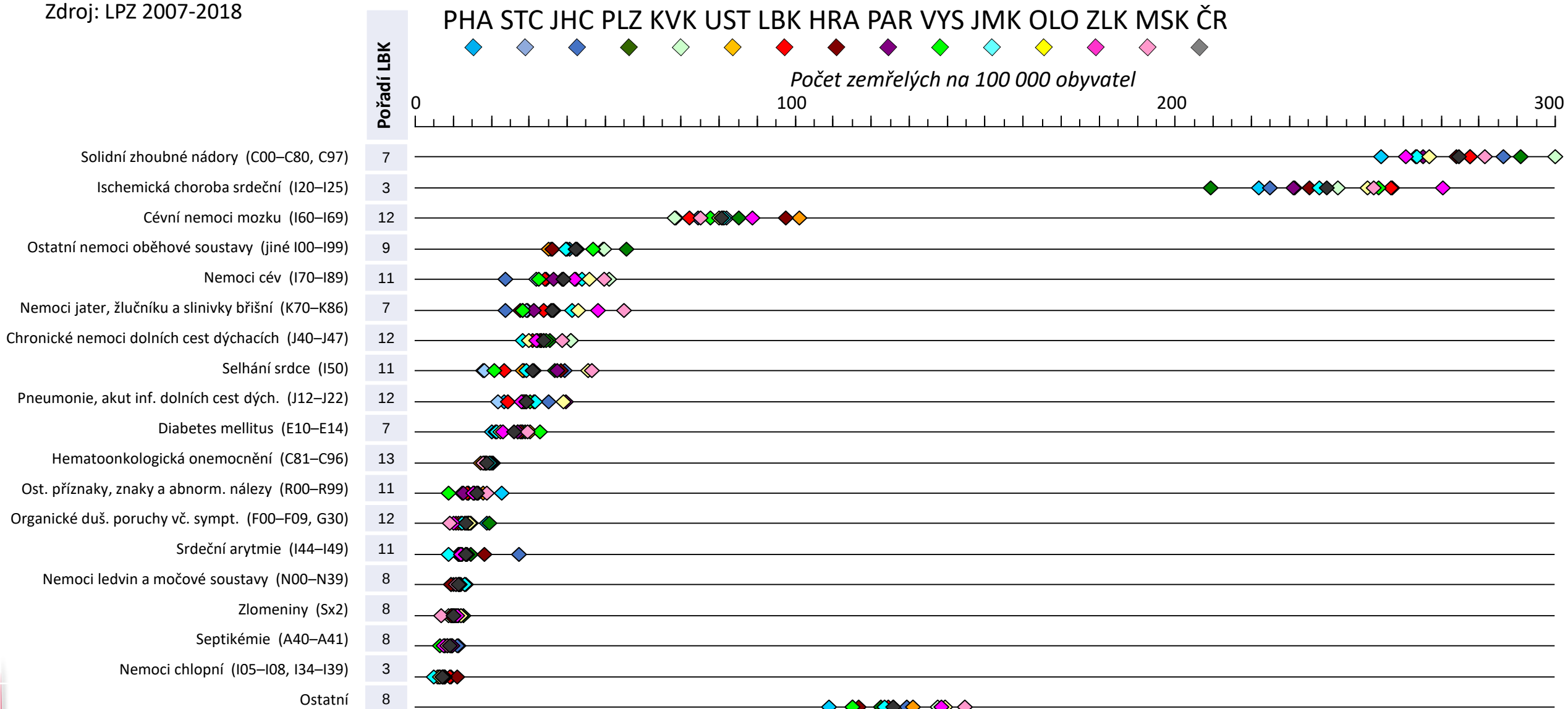


LBK: podíl hlavních příčin na celkovém počtu úmrtí v roce 2018



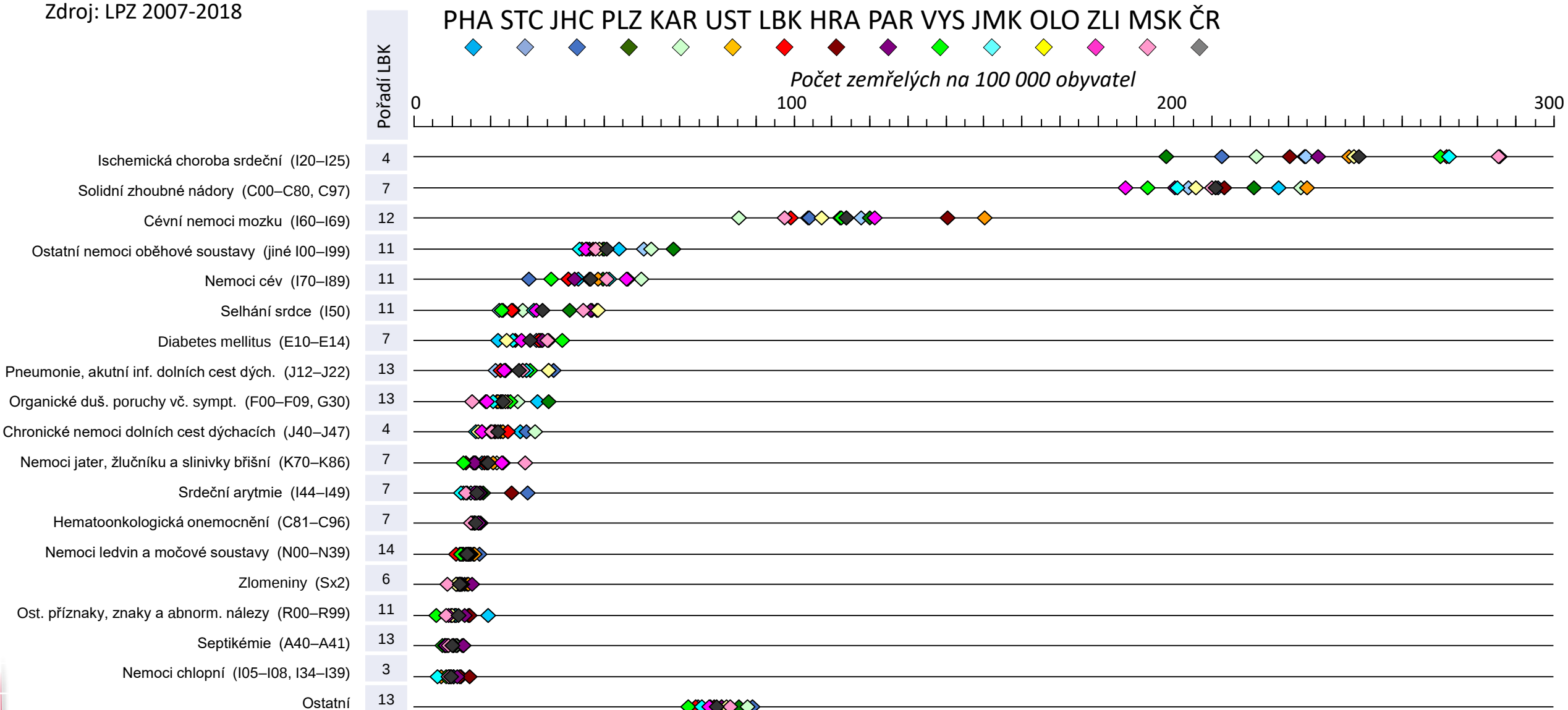
Příčiny úmrtí – srovnání regionů (muži)

Zdroj: LPZ 2007-2018



Příčiny úmrtí – srovnání regionů (ženy)

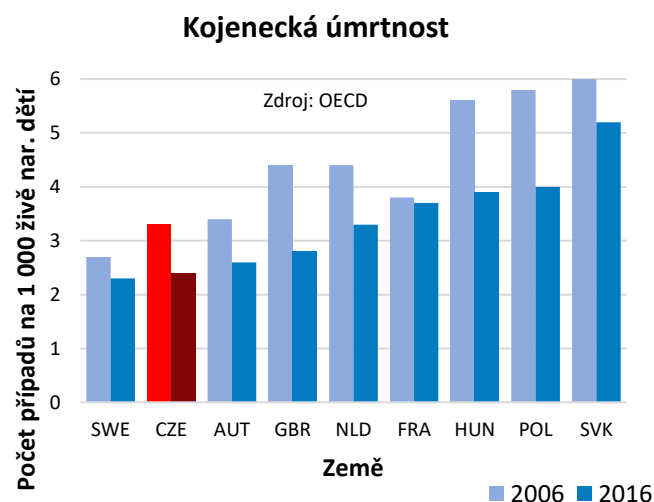
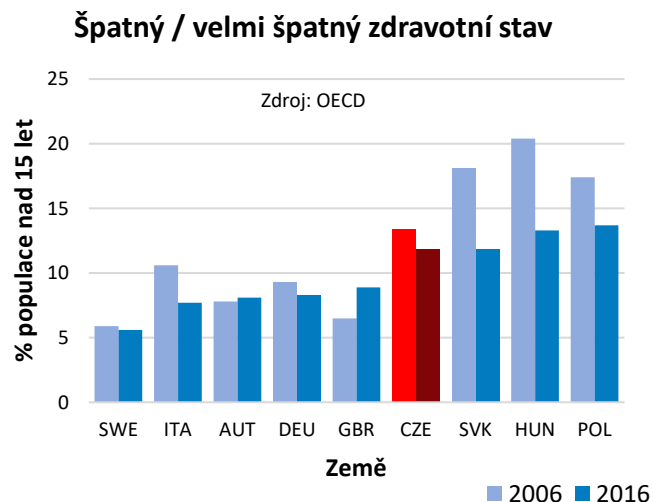
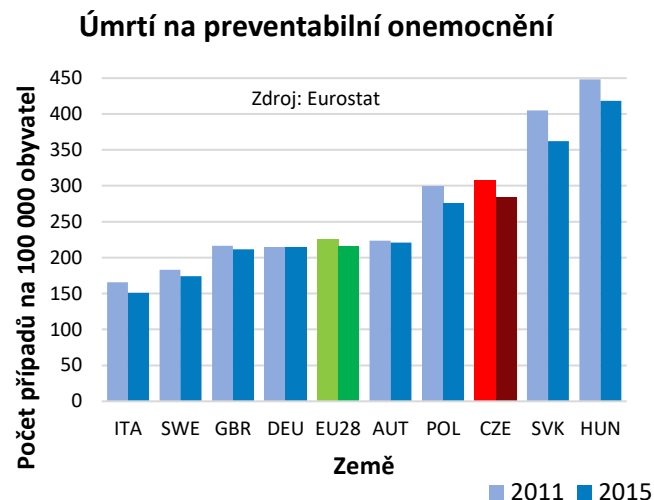
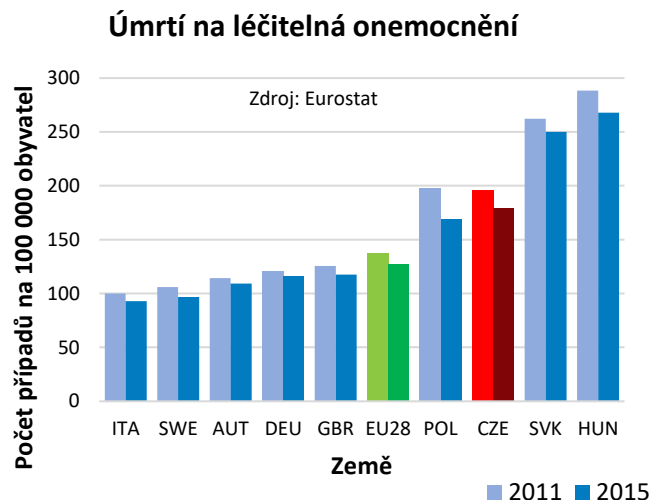
Zdroj: LPZ 2007-2018



Vybrané parametry úmrtnosti v mezinárodním srovnání



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

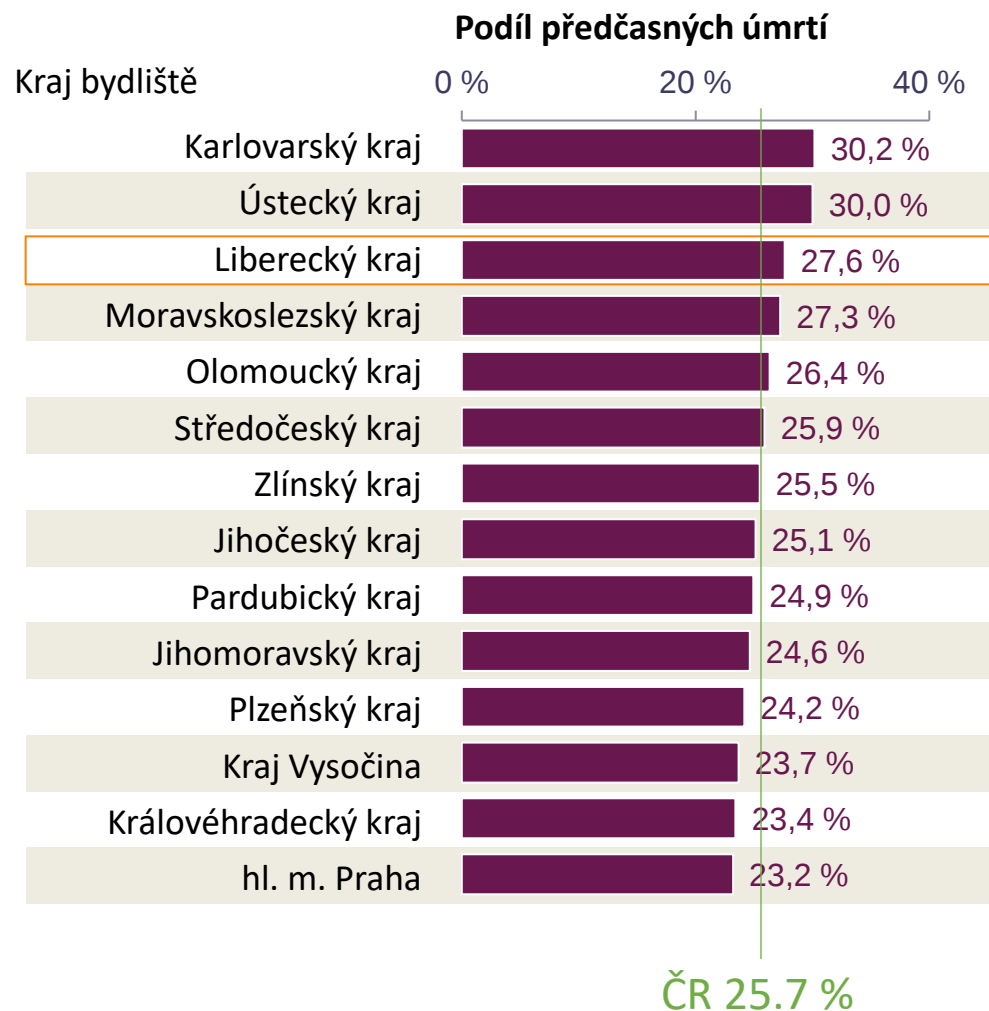


Většina zásadních a mezinárodně sledovaných parametrů mortality vykazuje v ČR v čase se zlepšující hodnoty. Klesá tak úmrtnost na léčitelná či preventabilní onemocnění, což je vedle zvyšující se účinnosti léčby i důsledek posilujících preventivních programů a programů časného zachytu onemocnění. Zlepšující se prevenci i výsledky léčby dokumentuje i fakt, že Česká republika zároveň předstihuje většinu zemí střední a východní Evropy, pokud jde o zdravotní výsledky, jako je odvratitelná úmrtnost, kojenecká úmrtnost či celkový subjektivně vnímaný zdravotní stav, stále však v těchto oblastech zaostává za průměrem EU a OECD. U všech těchto parametrů pozorujeme v ČR pozitivní trendy v čase.

Avšak nadále zůstává zejména úmrtnost na preventabilní onemocnění významně vyšší než je dokumentovaný průměr zemí EU. Tato data zdůrazňují potřebu efektivních programů prevence, posilování zdravotní gramotnosti a také odpovědnosti občanů za vlastní zdraví.

Předčasná úmrtí v krajích ČR dle metodiky EUROSTAT v krajích ČR

Zdroj dat: LPZ 2007–2018



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

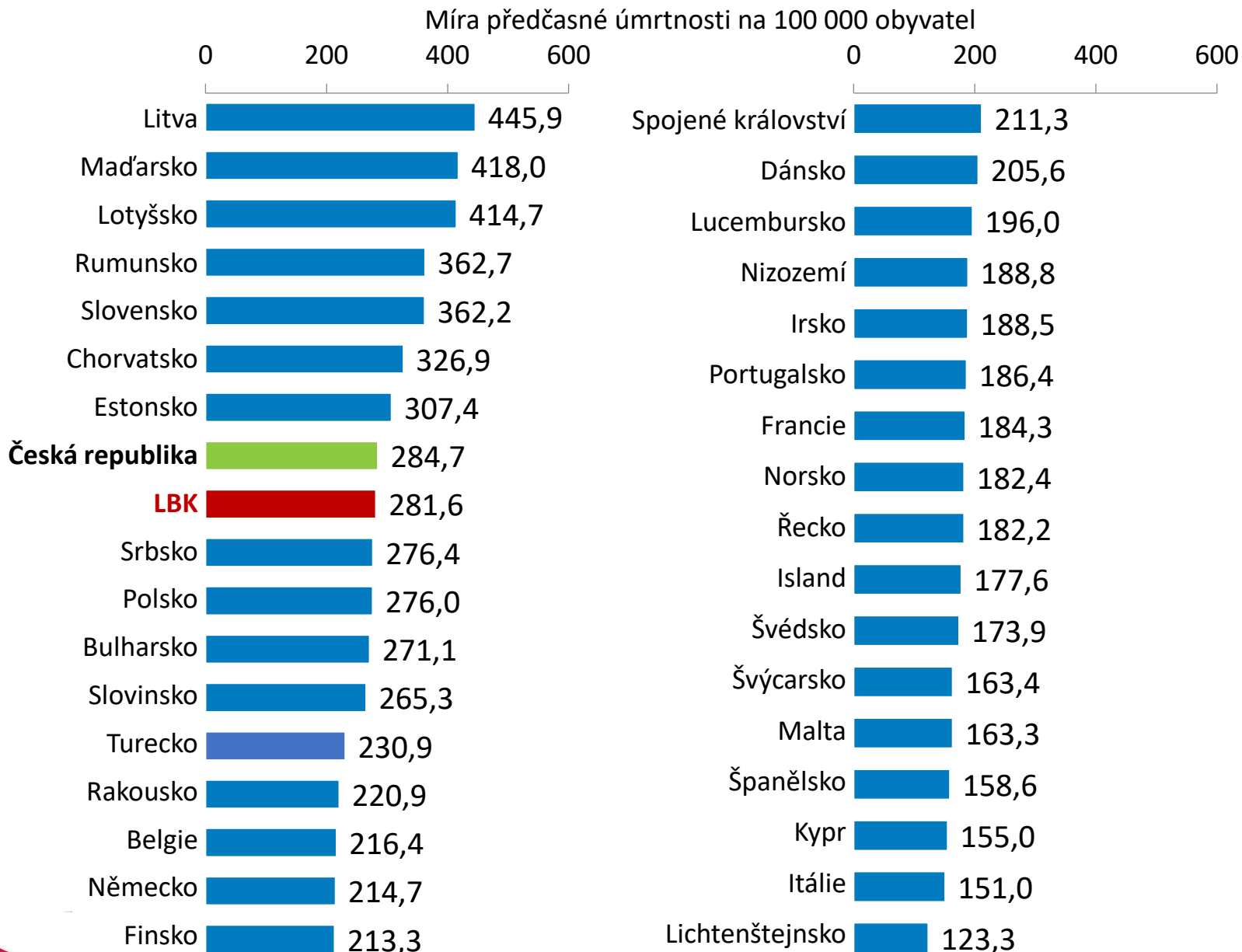
Mezi hlavní příčiny předčasných úmrtí v ČR patří zejména ischemická choroba srdeční a dále některé typy zhoubných nádorů jako jsou např. nádory plic a nádory tlustého střeva a konečníku. Jde o onemocnění, kterým lze do značné míry předcházet zdravým životním stylem anebo preventivními programy zaměřenými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

Na předčasných úmrtích v ČR mají rovněž relativně vysoký podíl nehody, úrazy a úmrtí v důsledku abúzu alkoholu.

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

Předčasná (preventabilní) úmrtí – Evropa

Zdroj: EUROSTAT 2015

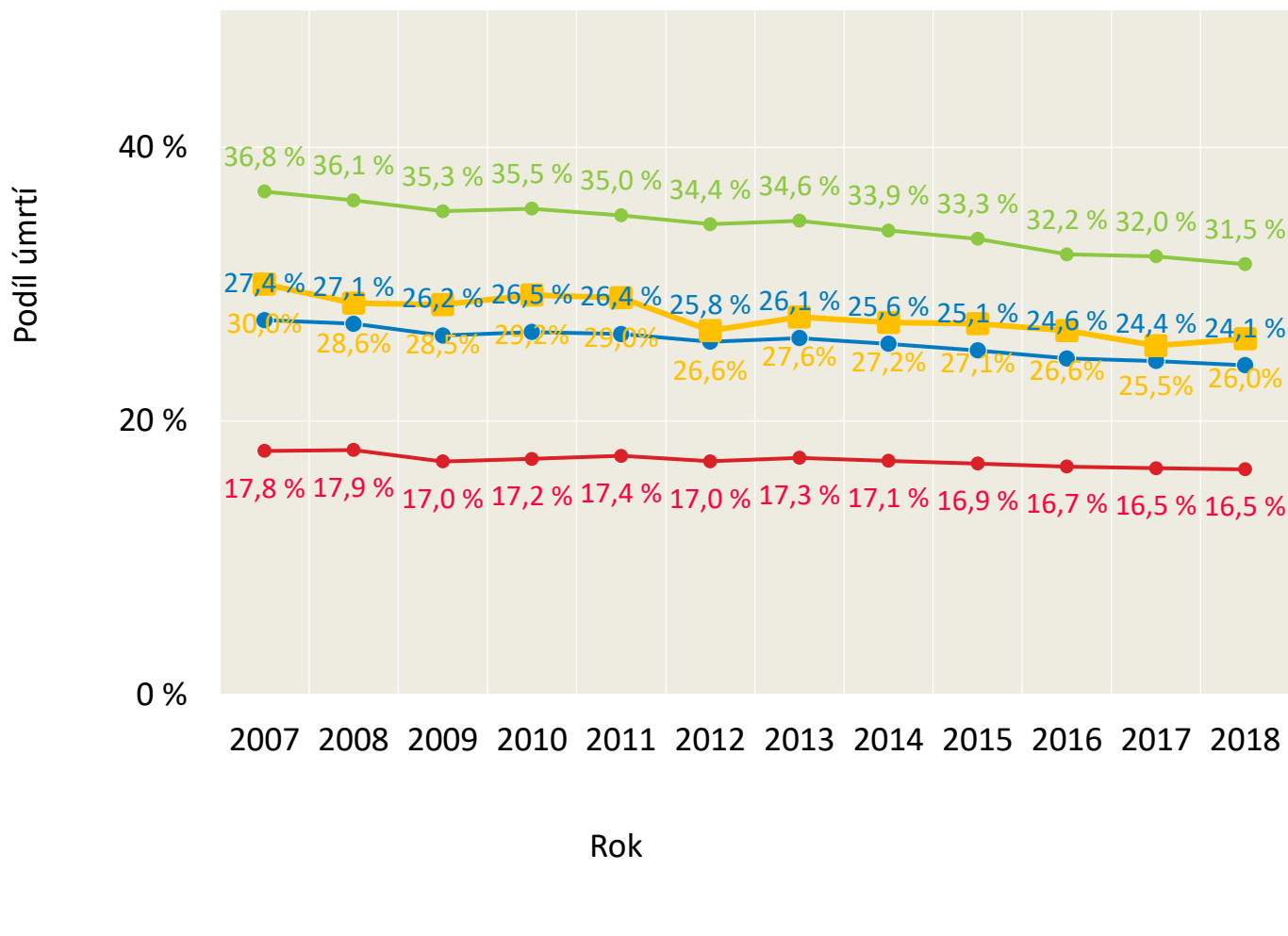


EUROSTAT poskytuje srovnání míry předčasných úmrtí na 100 000 obyvatel pro 34 evropských států. Česká republika v tomto srovnání obsadila 7 příčku.

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

Předčasná (preventabilní) úmrtí – trend ČR a LBK

Zdroj: List o prohlídce zemřelého 2007–2017



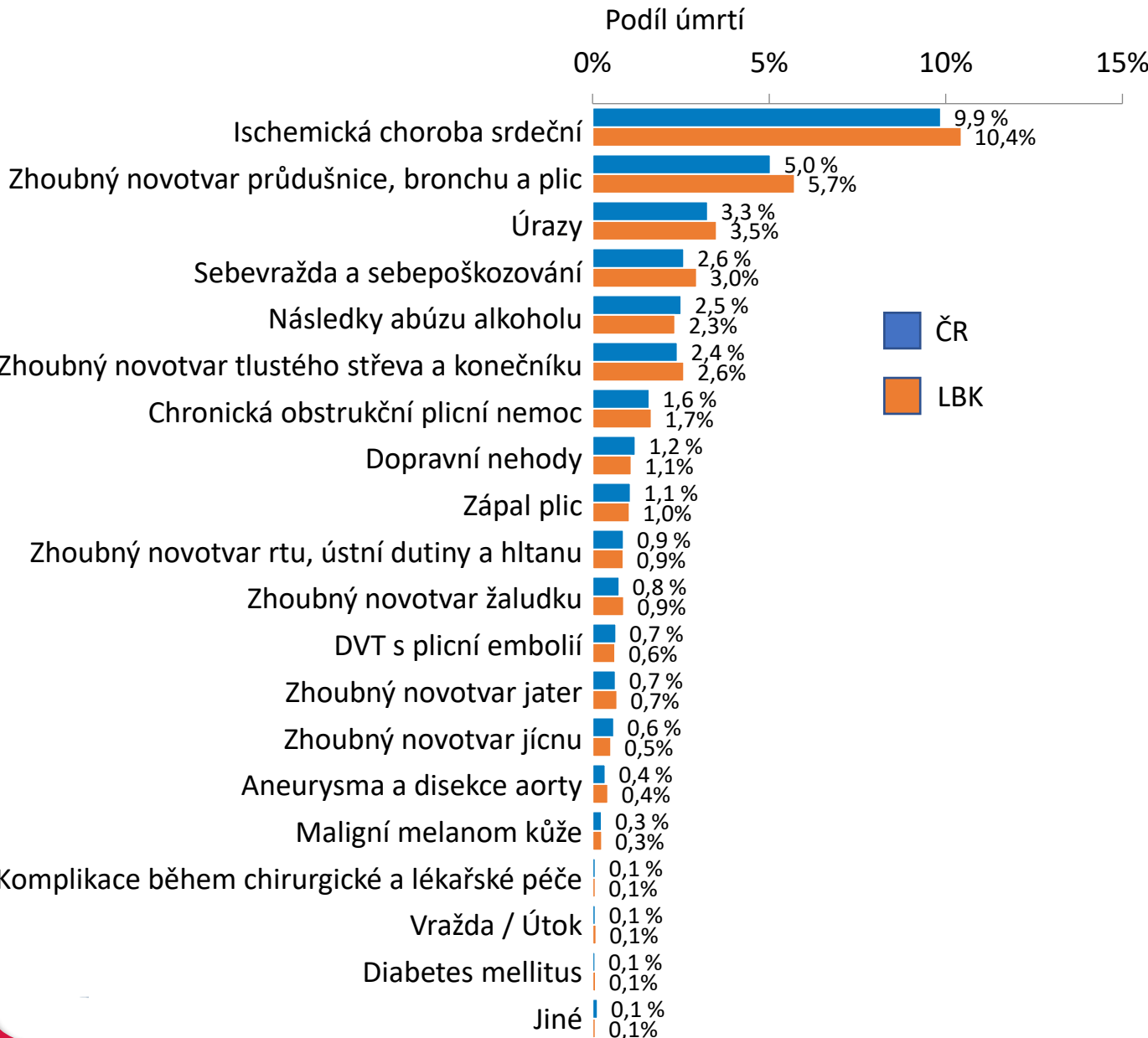
V poslední dekádě lze pozorovat mírný pozitivní trend poklesu předčasných úmrtí. Podíl předčasných úmrtí klesá v ČR významně progresivněji u mužů než u žen, avšak v průběhu let se udržuje výrazný rozdíl v předčasných úmrtích mezi muži a ženami v neprospěch mužů. Výrazná disbalance mezi muži a ženami (tj. téměř dvojnásobný podíl předčasných úmrtí u mužů) v podílu preventabilních úmrtí bude z velké části zapříčiněna životním stylem a je tedy do značné míry ovlivnitelná zvyšováním zdravotní gramotnosti.

Populace LBK vykazuje hodnoty dlouhodobě mírně nad průměrem ČR, s mírným klesajícím trendem.

- Celkem ČR
- Muži
- Ženy
- LBK

Předčasná (preventabilní) úmrtí - muži

Zdroj: List o prohlídce zemřelého 2007–2018

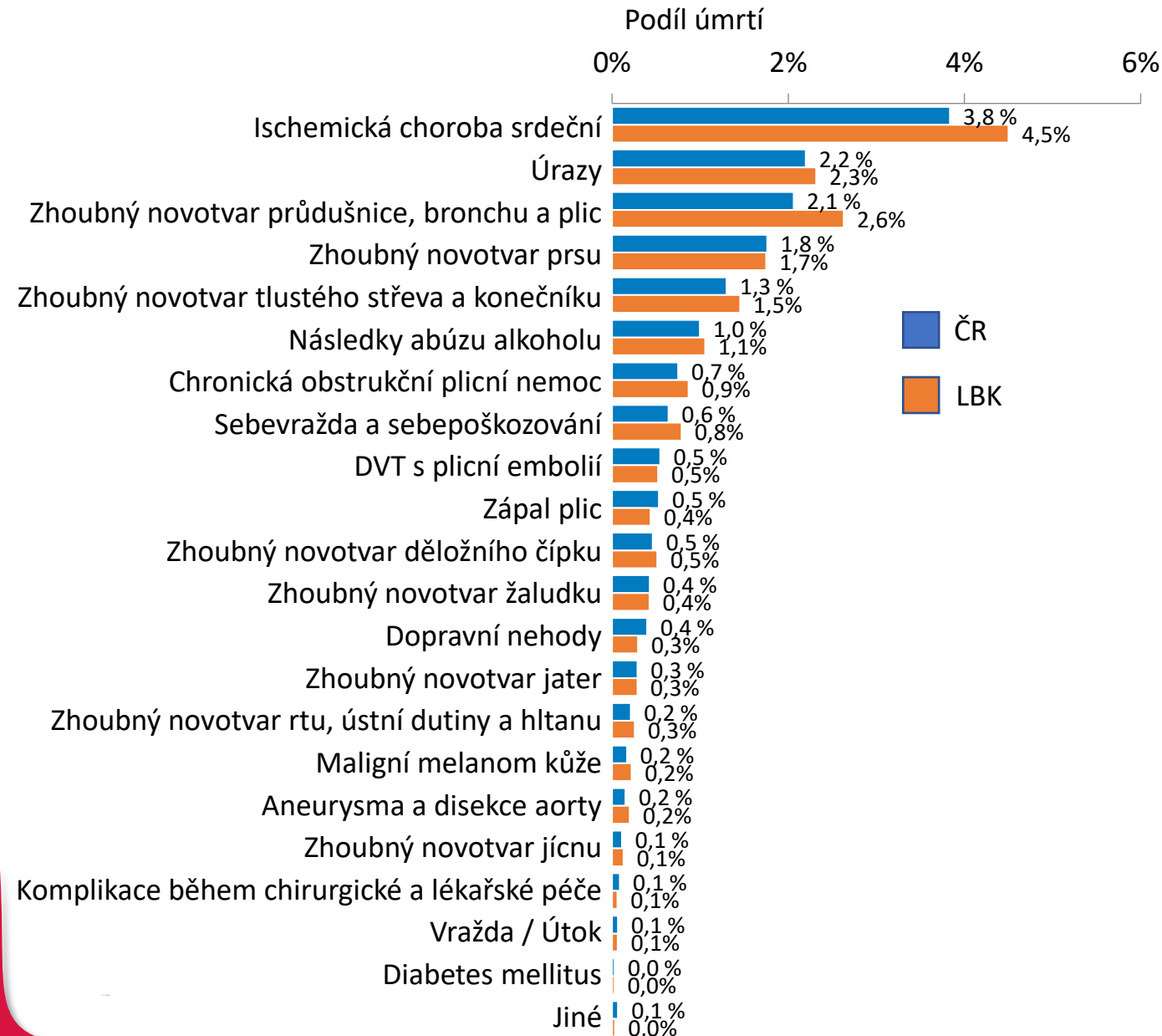


Počet předčasných úmrtí na 100 000 obyvatel

	ČR	LBK
Ischemická choroba srdeční	104.25	108.38
Zhoubný novotvar průdušnice, bronchu a plic	53.30	59.39
Úrazy	34.49	36.45
Sebevražda a sebepoškozování	27.33	30.64
Následky abúzu alkoholu	26.58	24.30
Zhoubný novotvar tlustého střeva a konečníku	25.42	26.89
Chronická obstrukční plicní nemoc	17.00	17.33
Dopravní nehody	12.86	11.41
Zápal plic	11.41	10.87
Zhoubný novotvar rtu, ústní dutiny a hltanu	9.29	9.09
Zhoubný novotvar žaludku	7.99	9.25
DVT s plicní embolií	7.06	6.66
Zhoubný novotvar jater	6.92	7.27
Zhoubný novotvar jícnu	6.41	5.46
Aneurysma a disekce aorty	3.85	4.60
Maligní melanom kůže	2.76	2.79
Komplikace během chirurgické a lékařské péče	0.92	0.85
Vražda / Útok	0.90	1.12
Diabetes mellitus	0.77	0.93
Jiné	1.51	0.89

Předčasná (preventabilní) úmrtí - ženy

Zdroj: List o prohlídce zemřelého 2007–2018



Počet předčasných úmrtí na 100 000 obyvatel

	ČR	LBK
Ischemická choroba srdeční	39.60	43.70
Úrazy	22.69	22.50
Zhoubný novotvar průdušnice, bronchu a plic	21.28	25.52
Zhoubný novotvar prsu	18.20	16.99
Zhoubný novotvar tlustého střeva a konečníku	13.43	14.12
Následky abúzu alkoholu	10.29	10.24
Chronická obstrukční plicní nemoc	7.74	8.42
Sebevražda a sebepoškozování	6.62	7.67
DVT s plicní embolií	5.65	5.07
Zápal plic	5.49	4.25
Zhoubný novotvar děložního čípku	4.76	4.99
Zhoubný novotvar žaludku	4.43	4.14
Dopravní nehody	4.11	2.87
Zhoubný novotvar jater	2.98	2.79
Zhoubný novotvar rtu, ústní dutiny a hltanu	2.18	2.50
Maligní melanom kůže	1.75	2.16
Aneurysma a disekce aorty	1.56	1.94
Zhoubný novotvar jícnu	1.15	1.27
Komplikace během chirurgické a lékařské péče	0.90	0.60
Vražda / Útok	0.68	0.63
Diabetes mellitus	0.33	0.26
Jiné	0.30	0.34

Předčasná úmrtí: rozdíl mužů a žen

Zdroj: List o prohlídce zemřelého 2007–2018

Počet předčasných úmrtí na 100 000 obyvatel - ČR

	Muži	Ženy	Rozdíl muži - ženy
Ischemická choroba srdeční	104.25	39.60	64,7
ZN průdušnice, bronchu a plic	53.30	21.28	32,0
Sebevražda a sebepoškozování	27.33	6.62	20,7
Následky abúzu alkoholu	26.58	10.29	16,3
ZN tlustého střeva a konečníku	25.42	13.43	12,0
Úrazy	34.49	22.69	11,8
CHOPN	17.00	7.74	9,3
Dopravní nehody	12.86	4.11	8,8
ZN rtu, ústní dutiny a hltanu	9.29	2.18	7,1
Zápal plic	11.41	5.49	5,9
Zhoubný novotvar jícnu	6.41	1.15	5,3
Zhoubný novotvar jater	6.92	2.98	3,9
Zhoubný novotvar žaludku	7.99	4.43	3,6
Aneurysma a disekce aorty	3.85	1.56	2,3
DVT s plicní embolií	7.06	5.65	1,4
Jiné	1.51	0.30	1,2
Maligní melanom kůže	2.76	1.75	1,0
Diabetes mellitus	0.77	0.33	0,4
Vražda / Útok	0.90	0.68	0,2
Komplikace během lékařské péče	0.92	0.90	0,0

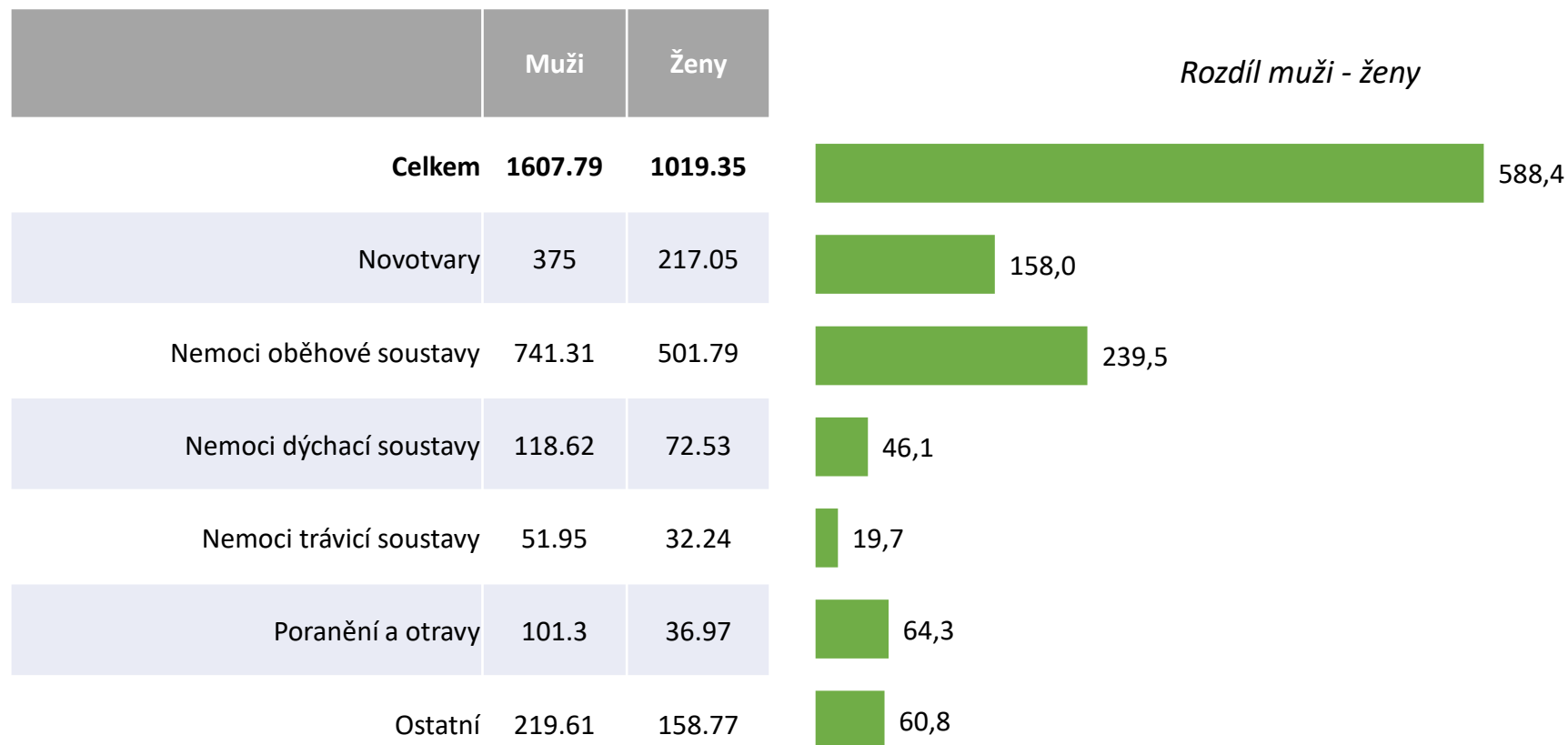
Počet předčasných úmrtí na 100 000 obyvatel - LBK

	Muži	Ženy	Rozdíl muži - ženy
Ischemická choroba srdeční	108.38	43.7	64,7
ZN průdušnice, bronchu a plic	59.39	25.52	33,9
Sebevražda a sebepoškozování	30.64	7.67	23,0
Následky abúzu alkoholu	24.3	10.24	14,1
Úrazy	36.45	22.5	14,0
ZN tlustého střeva a konečníku	26.89	14.12	12,8
Chronická obstrukční plicní nemoc	17.33	8.42	8,9
Dopravní nehody	11.41	2.87	8,5
Zápal plic	10.87	4.25	6,6
ZN rtu, ústní dutiny a hltanu	9.09	2.5	6,6
ZN žaludku	9.25	4.14	5,1
ZN jater	7.27	2.79	4,5
ZN jícnu	5.46	1.27	4,2
Aneurysma a disekce aorty	4.6	1.94	2,7
DVT s plicní embolií	6.66	5.07	1,6
Diabetes mellitus	0.93	0.26	0,7
Maligní melanom kůže	2.79	2.16	0,6
Jiné	0.89	0.34	0,6
Vražda / Útok	1.12	0.63	0,5
Komplikace během lékařské péče	0.85	0.6	0,3

Hlavní příčiny úmrtí: rozdíl mužů a žen

Zdroj: List o prohlídce zemřelého 2018

Standardizovaná úmrtnost na 100 000 obyvatel LBK



„ZDRAVÍ 2030“ – analytická studie

**Základní charakteristiky populace
- reprodukční zdraví**



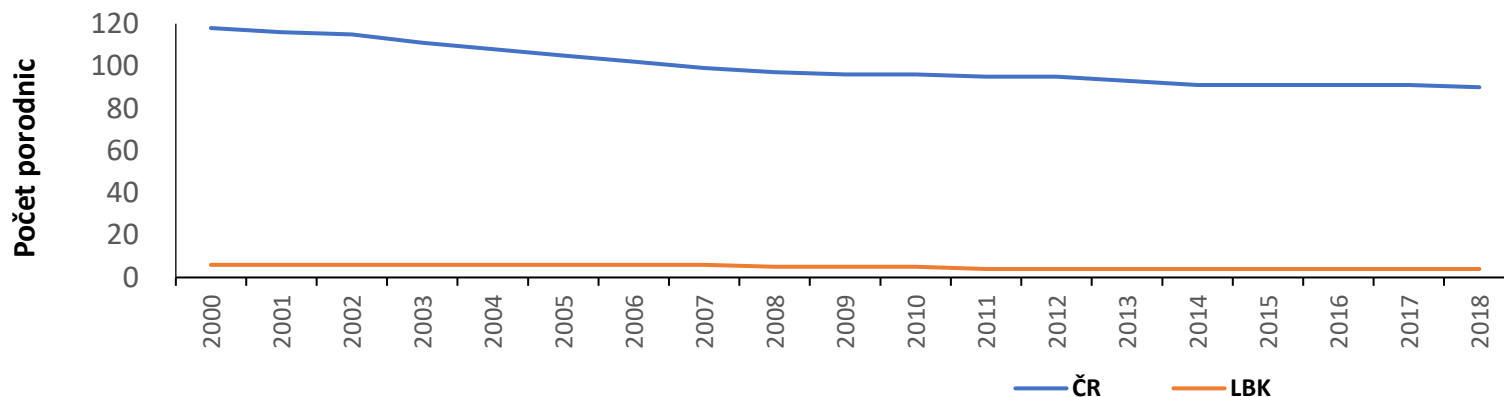
Počty a kapacita porodnic

Zdroj: ÚZIS ČR - NRPZS, RZZ, NRRZ - Rodička

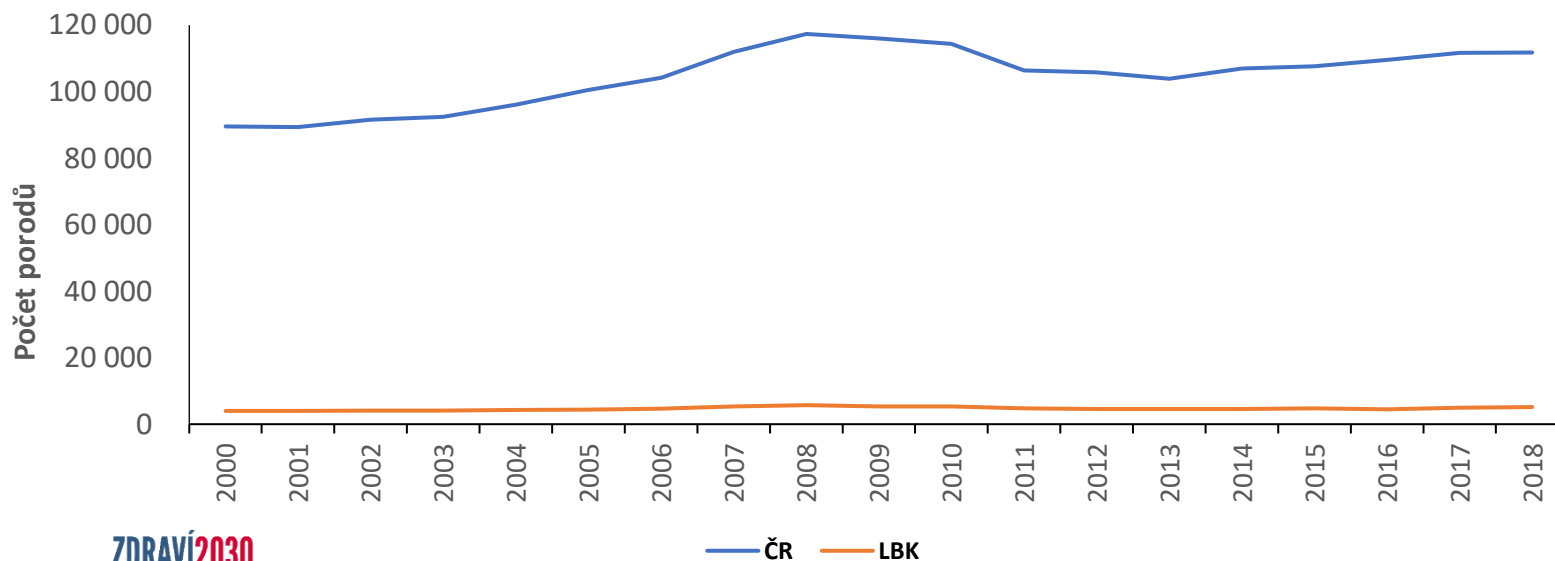
Porodnice v Libereckém kraji v roce 2018

Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o.
MMN, a. s., Nemocnice Jilemnice
Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a. s.
Krajská nemocnice Liberec, a. s.

Vývoj počtu porodnic v letech 2000-2018



Vývoj počtu porodů v porodnicích Libereckého kraje v letech 2000-2018



V České republice dochází od roku 2000 k pozvolnému poklesu počtu porodnic. V Libereckém kraji jsou od roku 2014 otevřeny 4 porodnice. V Libereckém kraji v posledních dvou letech dochází k růstu počtu porodů.

V Libereckém kraji se nachází 1 perinatologické centrum intermediární péče, tedy centrum zajišťující specializovanou péči o novorozence II. stupně, a to v Krajské nemocnici Liberec, a. s.

Charakteristika reprodukčního zdraví: porody podle zařízení



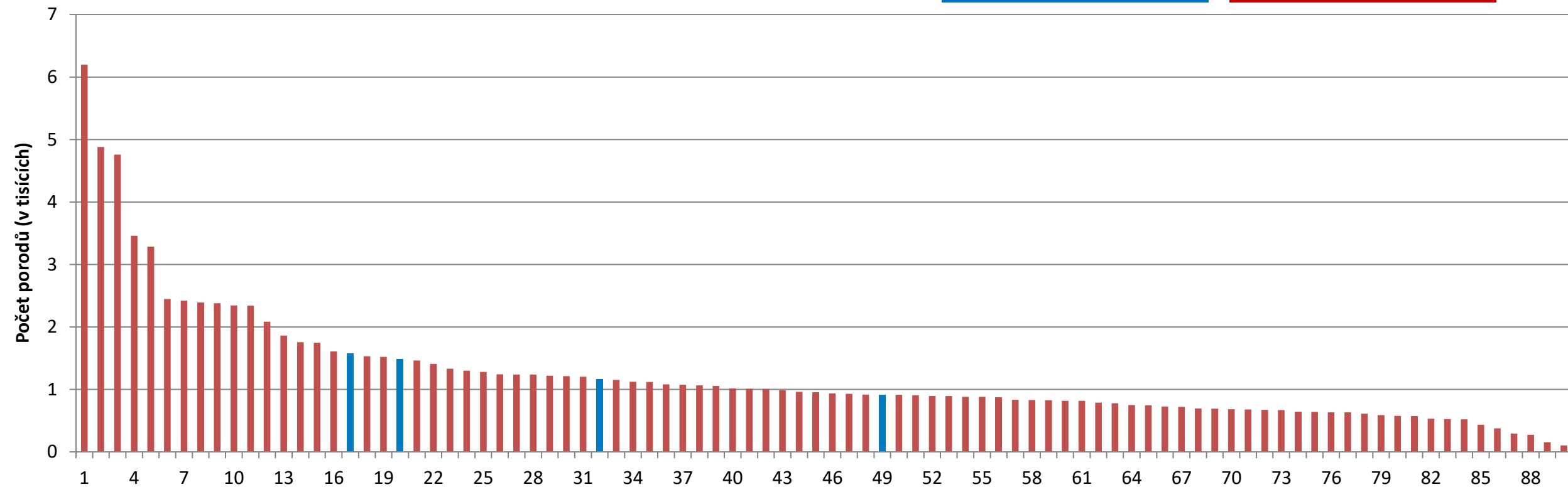
Liberecký kraj

Zdroj: ÚZIS ČR - NRRZ - Rodička

Porody podle zdravotnického zařízení v roce 2018

Porodnice LBK

Porodnice ČR



Dětské oddělení – Neonatologie Krajské nemocnice Liberec, a. s. patří mezi síť perinatologických center, které zajišťují nejvyšší možnou dostupnou péči o těhotné ženy, rodičky, novorozence a o předčasně narozené děti v České republice.

Charakteristika reprodukčního zdraví: vybrané ukazatele

Zdroj: ČSÚ – ISDEM, ÚZIS ČR – NRRZ – Potraty, Rodička

Srovnání ČR a Libereckého kraje ve vybraných ukazatelích reprodukčního zdraví v roce 2018

ukazatel	ČR	LBK
1. Narození podle vitality		
počet narozených	114 419	4 741
z toho počet živě narozených	114 036	4 725
z toho počet živě narozených - chlapci	58 256	2 405
z toho počet živě narozených – dívky	55 780	2 320
2. Živě narození podle pořadí		
živě narození - první v pořadí	54 755	2 205
živě narození - druhý v pořadí	42 462	1 776
živě narození - třetí v pořadí	11 870	516
3. Živě narození s nízkou porodní hmotností (do 2 500 g)		
živě narození s nízkou porodní hmotností	7 851	357
podíl živě narozených dětí s nízkou porodní hmotností	6,9%	7,6%
3. Živě narození do 37. týdne těhotenství		
živě narození do 37. t. t. (včetně)	13 973	624
podíl živě narozených dětí do 37. t. t. (včetně)	12,2%	13,2%
4. Narození rodičkám ve věku nad 35 let		
Počet narozených rodičkám nad 35 let věku (včetně)	24 808	983
podíl narozených rodičkám nad 35 let věku (včetně)	21,7%	20,7%
Počet narozených rodičkám nad 45 let věku (včetně)	258	12
podíl narozených rodičkám nad 45 let věku (včetně)	0,2%	0,3%
5. Průměrný věk rodiček		
průměrný věk rodiček	30,1	30,5
průměrný věk prvorodiček	28,4	28,5

ukazatel	ČR	LBK
6. Porody podle četnosti		
počet porodů	112 903	4 664
z toho počet porodů vícerať	1 505	77
z toho počet porodů dvojčat	1 495	77
7. Porody podle způsobu porodu (ÚZIS ČR - NRRZ)		
podíl porodů per SC	23,57%	18,41%
8. Úmrtnost do 1 roku věku		
úmrtnost do 1 dne	0,5	0,8
novorozenecká úmrtnost (do 28 dnů)	1,6	2,5
kojenecká úmrtnost (do 1 roku)	2,6	3,8
9. Potraty podle druhu (ÚZIS ČR - NRRZ)		
potraty na 1 000 žen fertilního věku	13,9	17,3
samovolné potraty na 1 000 žen fertilního věku	5,6	6,8
umělá přerušení těhotenství na 1 000 žen fertilního věku	7,7	10,0

ukazatel	ČR	LBK
10. Průměrný věk pacientky při potratu (ÚZIS ČR - NRRZ)		
průměrný věk ženy při potratu	31,2	31
průměrný věk ženy při samovolném potratu	32,1	32
průměrný věk ženy při uměle přerušném těhotenství	30,6	30
11. Potraty podle počtu živě narozených dětí před potratem (ÚZIS ČR - NRRZ)		
počet potratů s počtem živě narozených dětí - žádné	11 620	538
podíl potratů s počtem živě narozených dětí - žádné	35,3%	31,6%
počet samovolných potratů s počtem živě narozených dětí - žádné	5 754	271
podíl samovolných potratů s počtem živě narozených dětí - žádné	43,2%	40,6%
počet uměle přerušných těhotenství s počtem živě narozených dětí - žádné	5 279	250
podíl uměle přerušných těhotenství s počtem živě narozených dětí - žádné	28,9%	25,5%

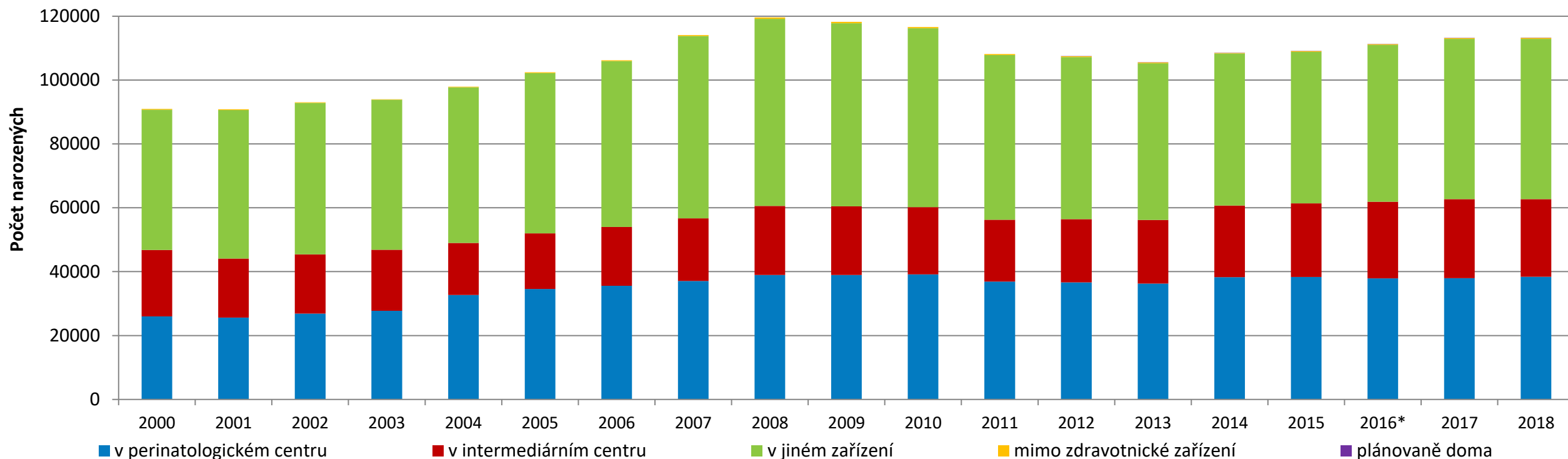
Pozn.: Pokud není uvedeno jinak, údaje vycházejí z dat ČSÚ – ISDEM.

Místo porodu v časovém trendu - ČR



Zdroj: ÚZIS ČR - NRRZ - Novorozenec

Vývoj počtu narozených podle místa porodu v ČR v letech 2000-2018



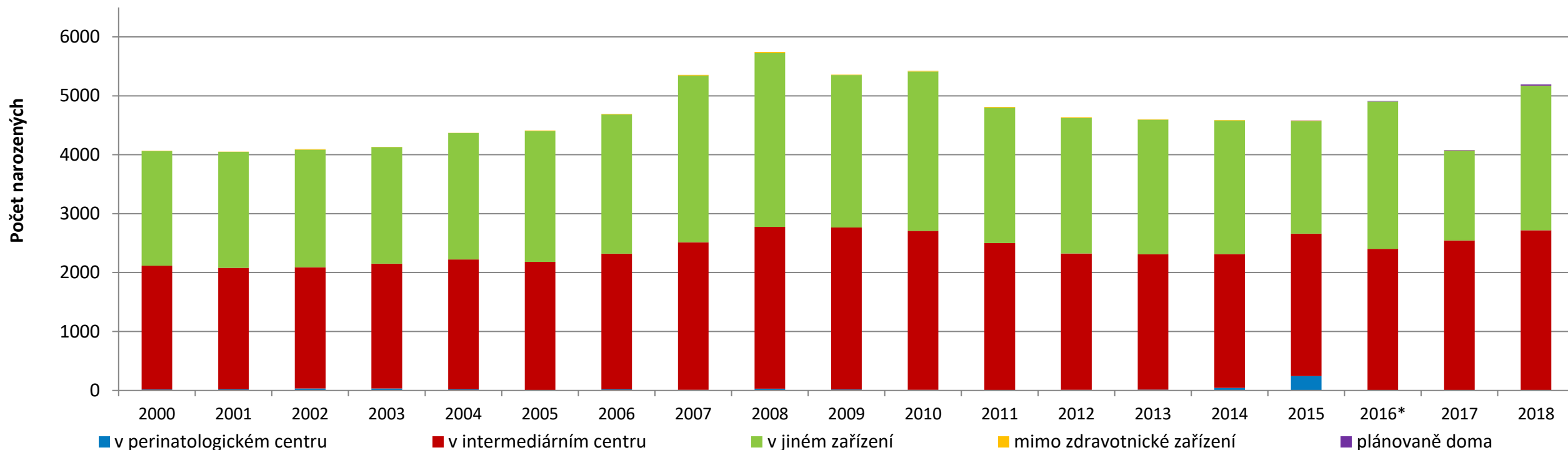
Pozn.: Od roku 2016 jsou započítáni všichni novorozenci, tzv. i novorozenci, kteří nemají k sobě hlášení Zpráva o Rodičce. Do roku 2016 jsou uváděni jen novorozenci, kteří mají k sobě hlášení o Rodičce. Domácí porody jsou evidovány v Národním registru reprodukčního zdraví od roku 2012.

Počet novorozenců narozených mimo zdravotnická zařízení se během let příliš nemění a zůstává celkově velmi nízký. Řada těchto porodů je akutní „nehodou“, o tom svědčí řada předčasně narozených dětí mimo zdravotnická zařízení. V roce 2018 bylo do registru celkem nahlášených 62 plánovaných porodů doma.

Místo porodu v časovém trendu - LBK

Zdroj: ÚZIS ČR - NRRZ - Novorozenec

Vývoj počtu narozených podle místa porodu s bydlištěm matky v Libereckém kraji v letech 2000-2018



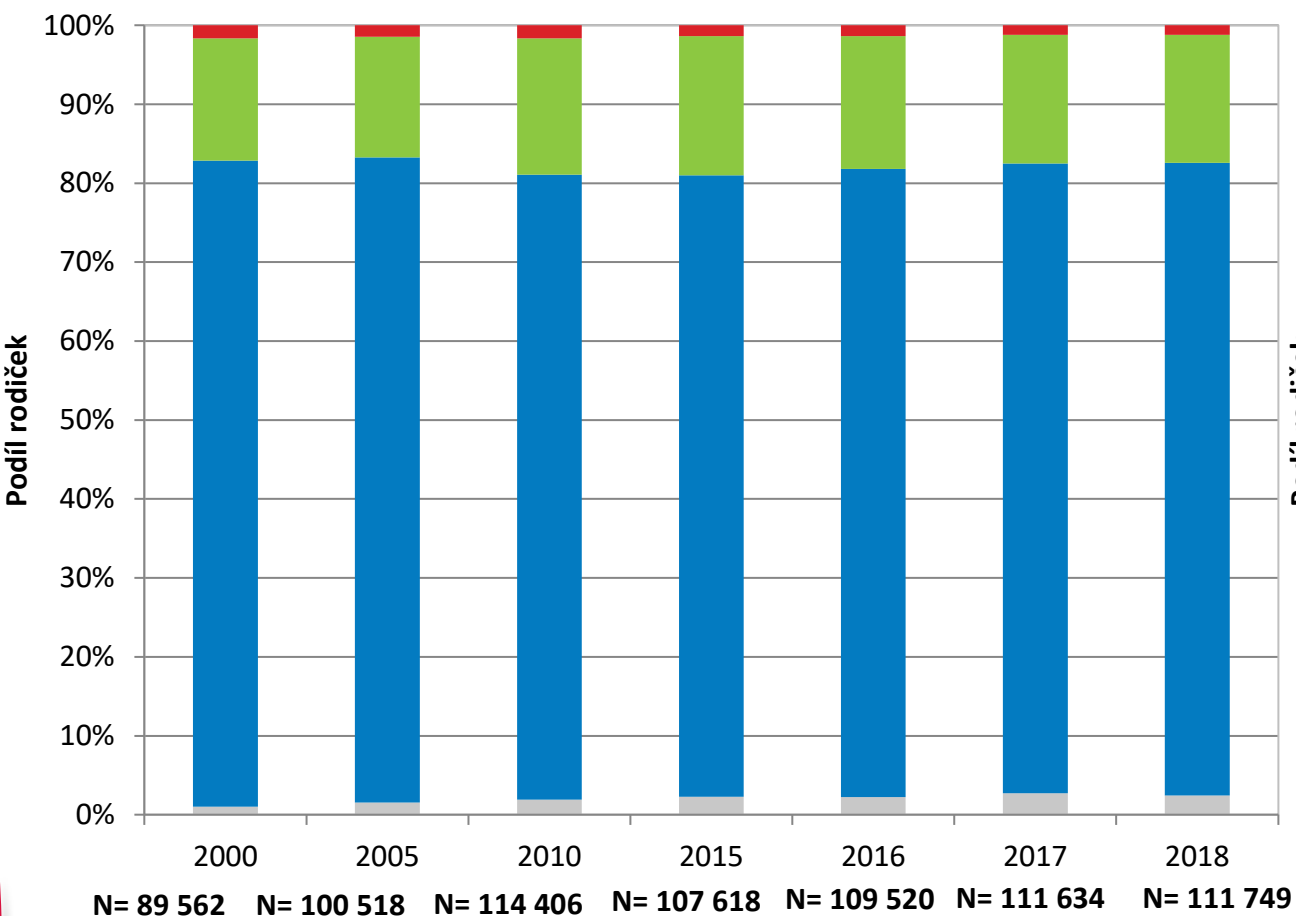
Pozn.: Od roku 2016 jsou započítáni všichni novorozenci, tzv. i novorozenci, kteří nemají k sobě hlášení Zpráva o Rodičce. Do roku 2016 jsou uváděni jen novorozenci, kteří mají k sobě hlášení o Rodičce. Domácí porody jsou evidovány v Národním registru reprodukčního zdraví od roku 2012.

Počet novorozenců narozených mimo zdravotnická zařízení se během let příliš nemění a zůstává celkově nízký. Řada těchto porodů je „nehodou“, o tom svědčí řada předčasně narozených dětí mimo zdravotnická zařízení. V roce 2018 byli v LBK nahlášeni do registru 3 novorozenci, kteří byli narozeni plánovaně doma.

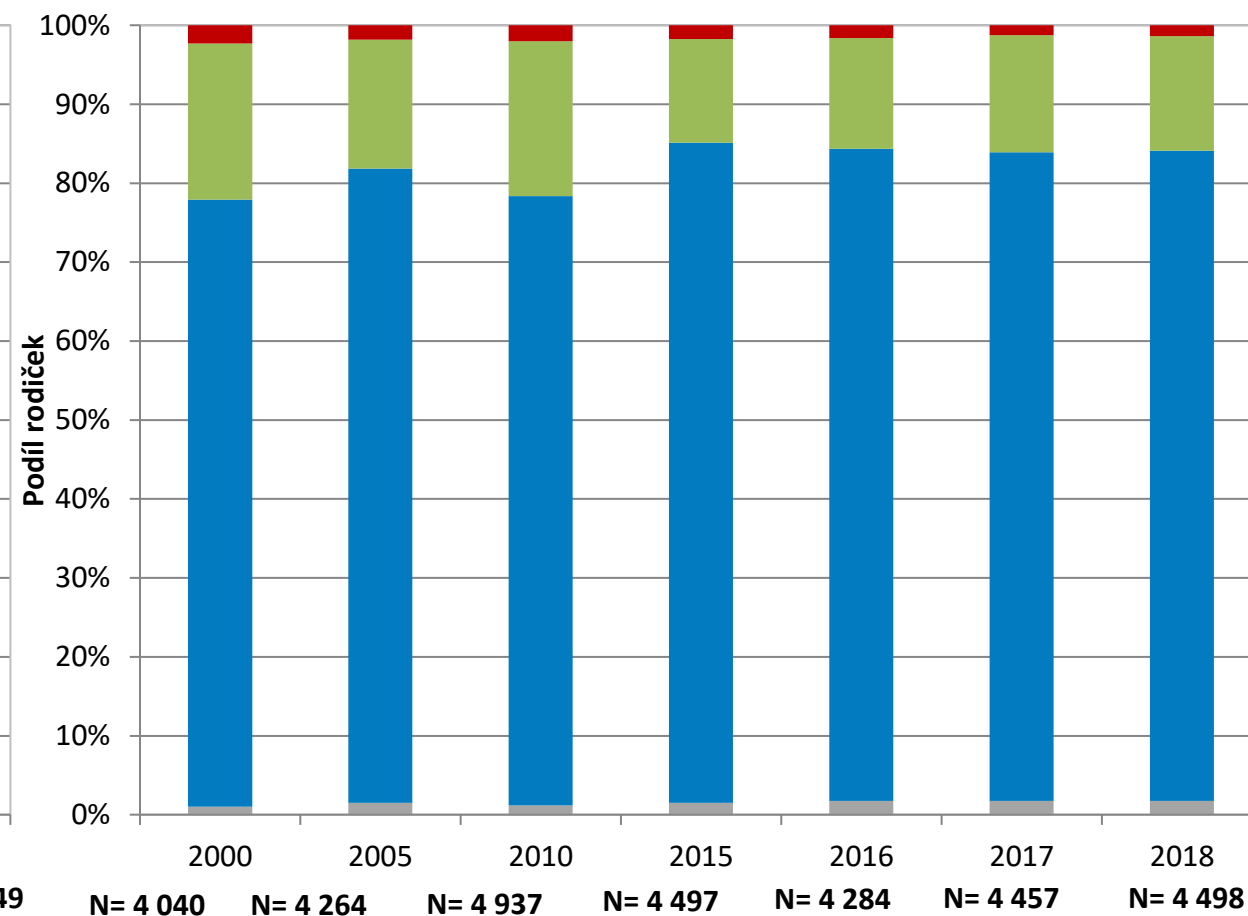
Charakteristika matek: první návštěvy v rámci prenatální péče

Zdroj: ÚZIS ČR – NRRZ - Rodička

Načasování prvních návštěv v rámci prenatální péče u těhotných žen
– Česká republika



Načasování prvních návštěv v rámci prenatální péče u těhotných žen
– Liberecký kraj

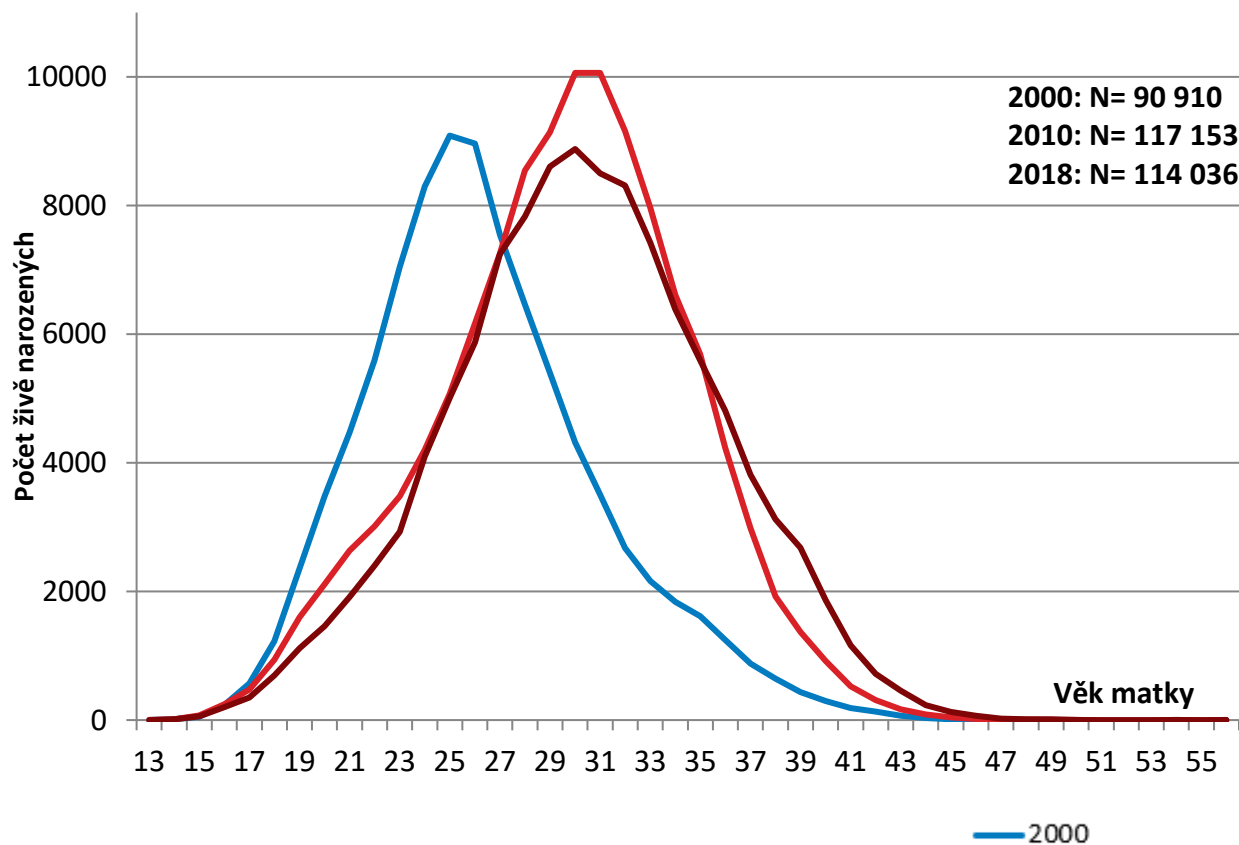


■ 23. týden + ■ 13. - 22. týden ■ 1. - 12. týden ■ neudáno

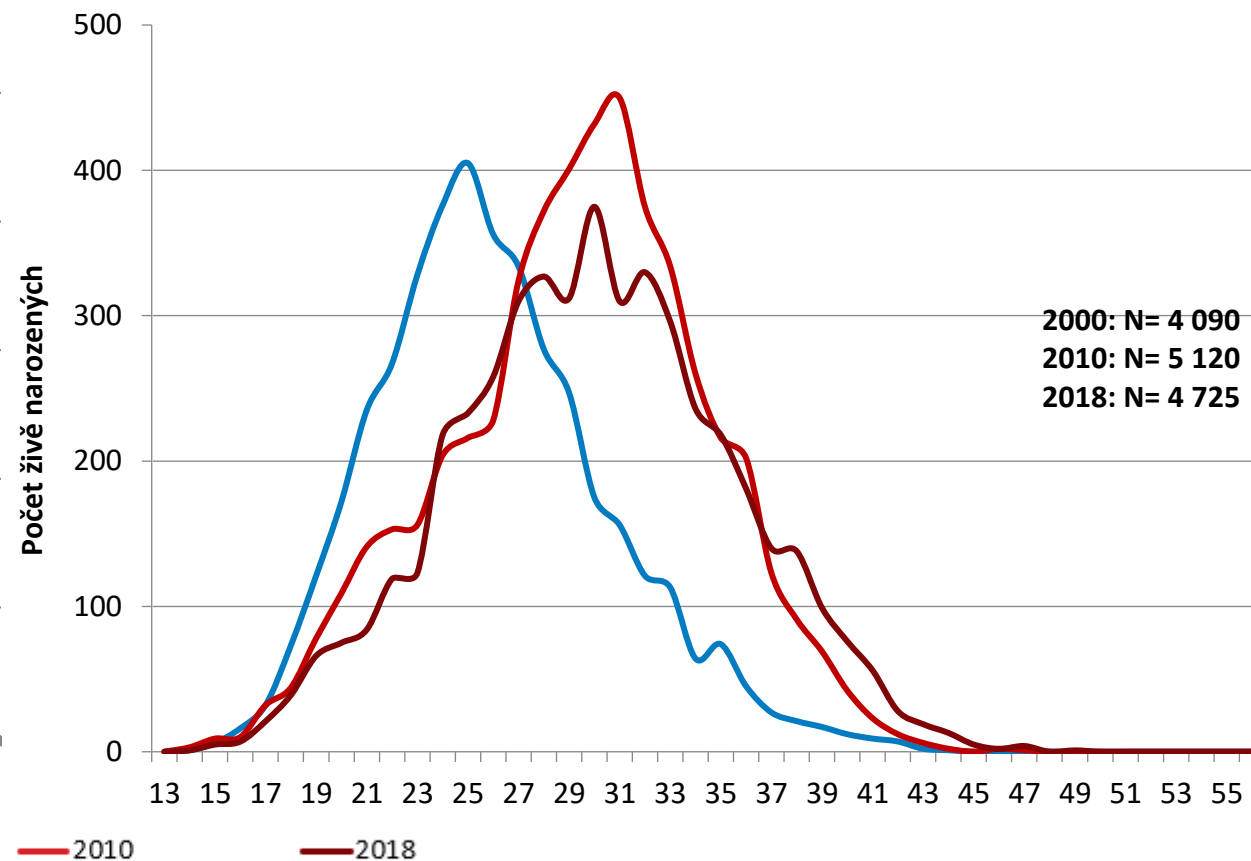
Charakteristika matek: věk

Zdroj: ČSÚ - ISDEM

Živě narození podle věku matky v roce 2000 až 2018 - ČR



Živě narození podle věku matky v roce 2000 až 2018 - LBK

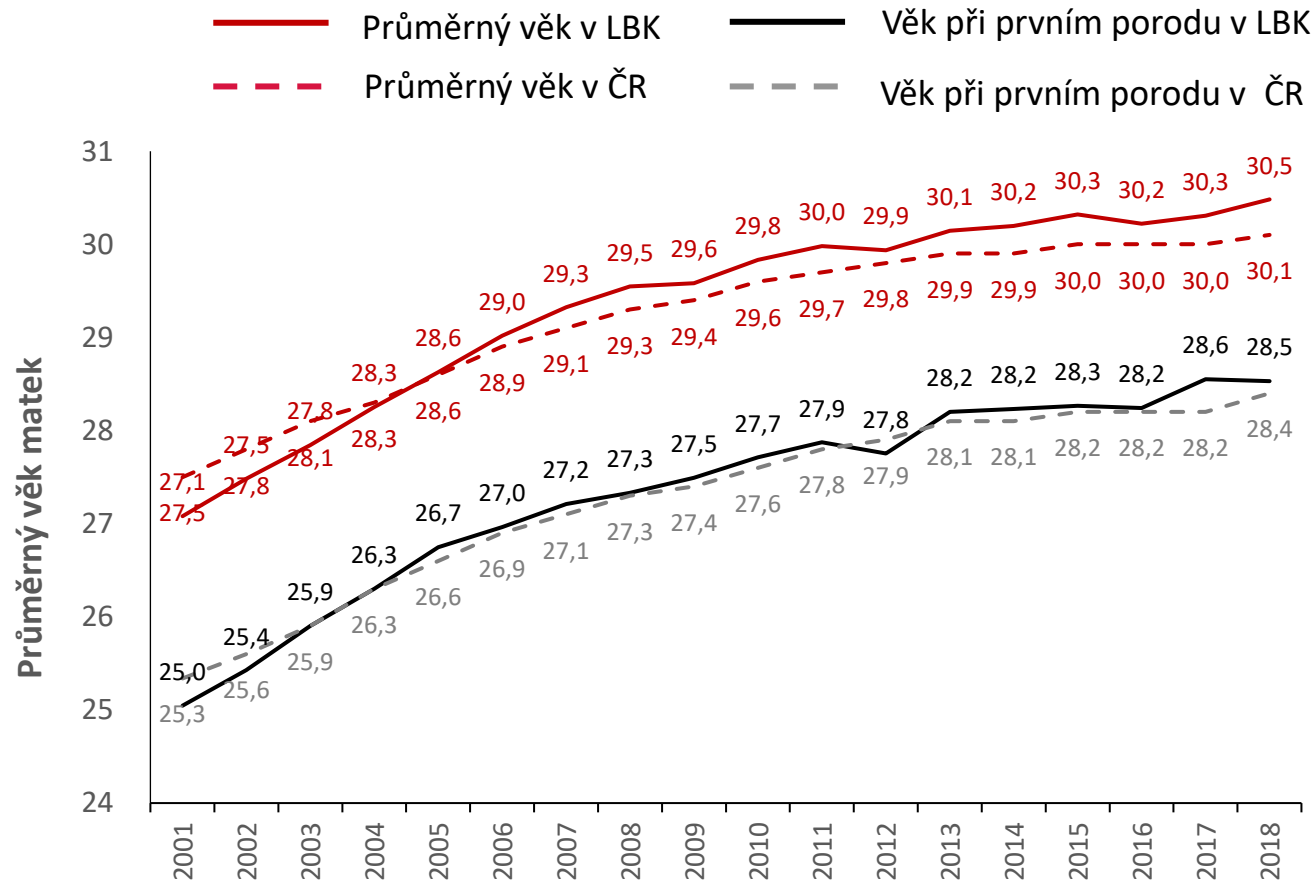


Z rozložení věkově specifických měr plodnosti je patrné snižování intenzity plodnosti žen v nižších věkových kategoriích a celkový posun porodnosti do vyššího věku. V posledních dvou letech dochází ke koncentraci maximálních měr plodnosti okolo věku 30 let. Stoupající věk rodiček je dlouhodobým problémem nejen České republiky, ale celého vyspělého světa. V důsledku vyššího věku rodiček dochází k nárůstu rizika výskytu komplikací v těhotenství a za porodu, ke zvyšování rizika výskytu vícečetných těhotenství a také k nárůstu rizika výskytu vrozených onemocnění plodu. Všechny tyto problémy a rizikové faktory samozřejmě znamenají také zvyšující se náklady na péči o těhotné a novorozence.

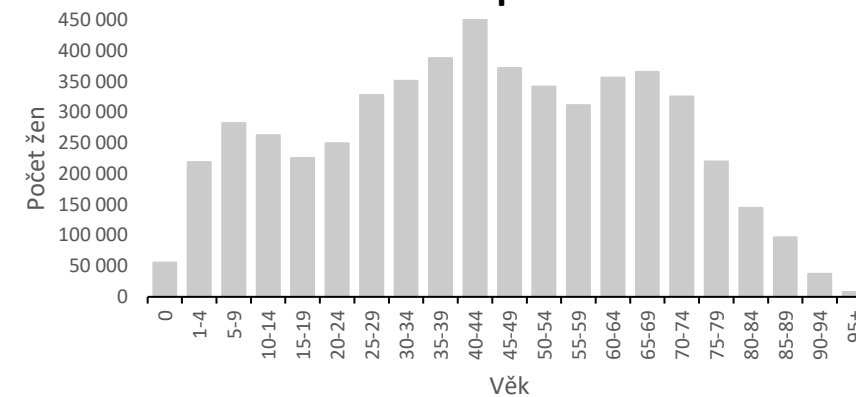
Průměrný věk matky při narození dítěte: vývoj v čase

Zdroj: ČSÚ - ISDEM

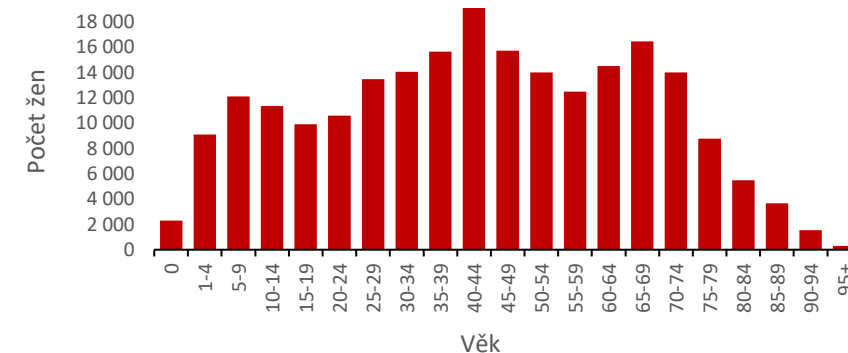
Průměrný věk matky při narození dítěte



Počet žen ve věkových skupinách k 1. 7. 2018 pro ČR



Počet žen ve věkových skupinách k 1. 7. 2018 pro Liberecký kraj

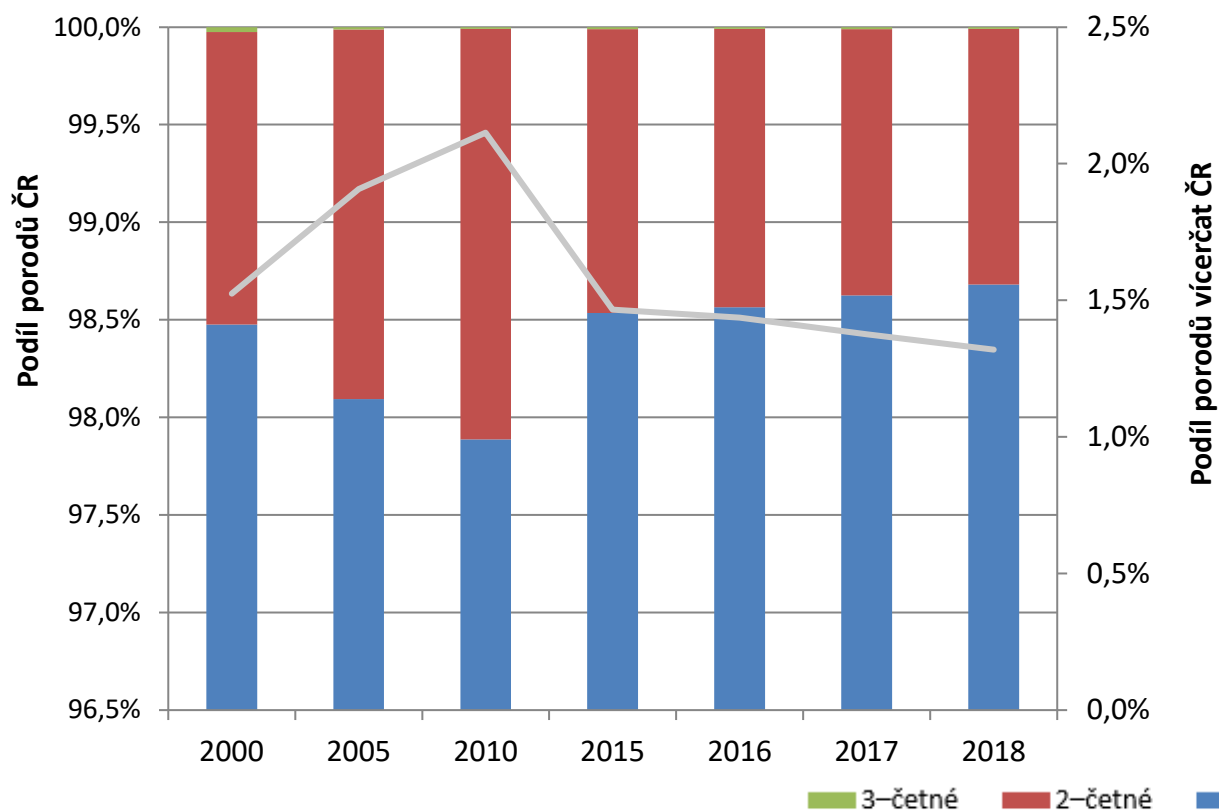


Průměrný věk matek v ČR dlouhodobě narůstá, v roce 2017 dosáhnul hranice 30 let, průměrný věk při prvním porodu je 28,4 let. Tato průměrná hodnota má avšak významnou variabilitu a zejména ve velkých městech přesahuje i hodnotu 32 – 33 let. Kromě rizik, která sebou tento vývoj nese pro zdraví matek a dětí, má daný vývoj významné demografické konsekvence. V důsledku odkládaných prvních porodů do vyššího věku matky a v důsledku poklesu porodnosti v období před a na přelomu tisíciletí klesl v ČR počet žen ve věkových kohortách 10 – 20 let. Průměrný věk matek v LBK je mírně vyšší než v celé ČR.

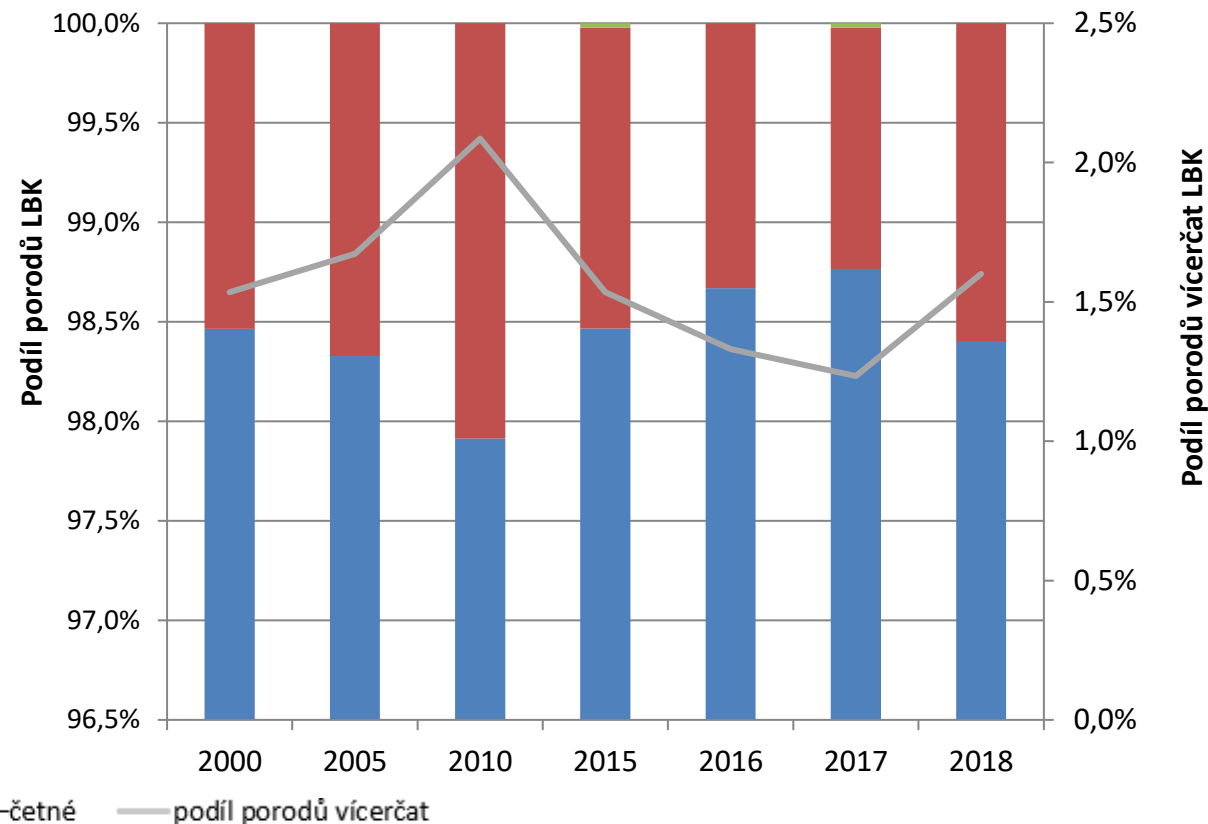
Charakteristika matek: porody dle četnosti těhotenství

Zdroj: ÚZIS ČR – NRRZ - Rodička

Porody podle četnosti v letech 2000-2018 pro ČR



Porody podle četnosti v letech 2000-2018 pro LBK

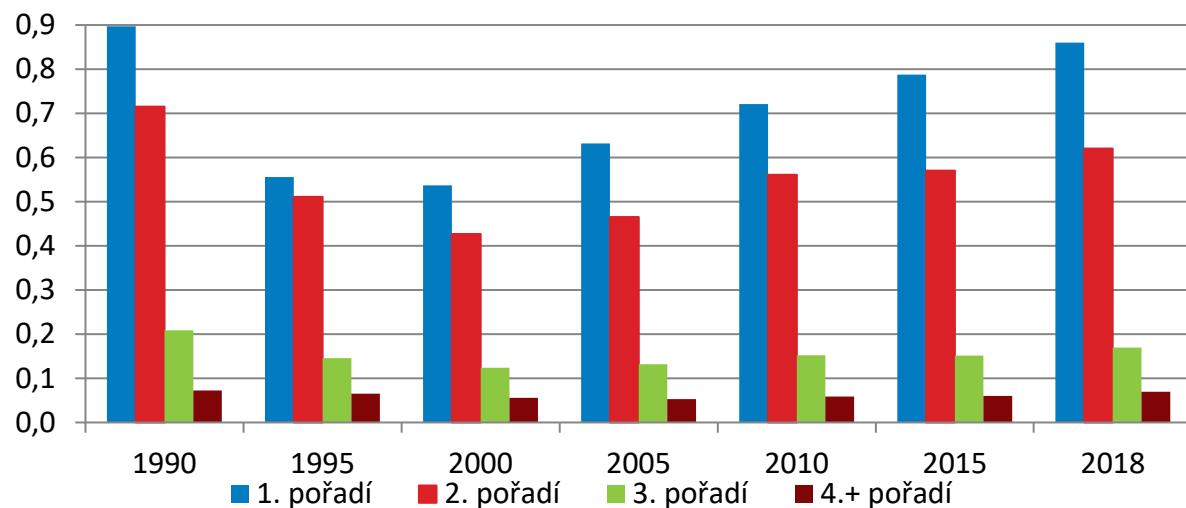


V lidské populaci je obvyklý porod jednoho plodu. Pravděpodobnost porodu vícčetat stoupá s věkem ženy, s počtem předchozích porodů, dále je ovlivněna genetickými faktory a významně jí ovlivňuje také léčba neplodnosti. Vícečetné těhotenství významně zvyšuje zdravotní rizika pro ženu i plody. Z toho důvodu je snaha pokud možno výskyt těchto těhotenství snižovat. Ke snižování přispěla i změna zákona č.48/1994 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, z prosince 2015, kdy jsou nově hrazeny 4 cykly asistované reprodukce na místo původních 3, pokud je v prvních dvou cyklech transferováno pouze 1 embryo. V České republice se podíl porodů vícčetat úspěšně snižuje, v posledních 12 letech počet těchto porodů klesl o čtvrtinu. Populace LBK vykazuje trendy srovnatelné s celou populací.

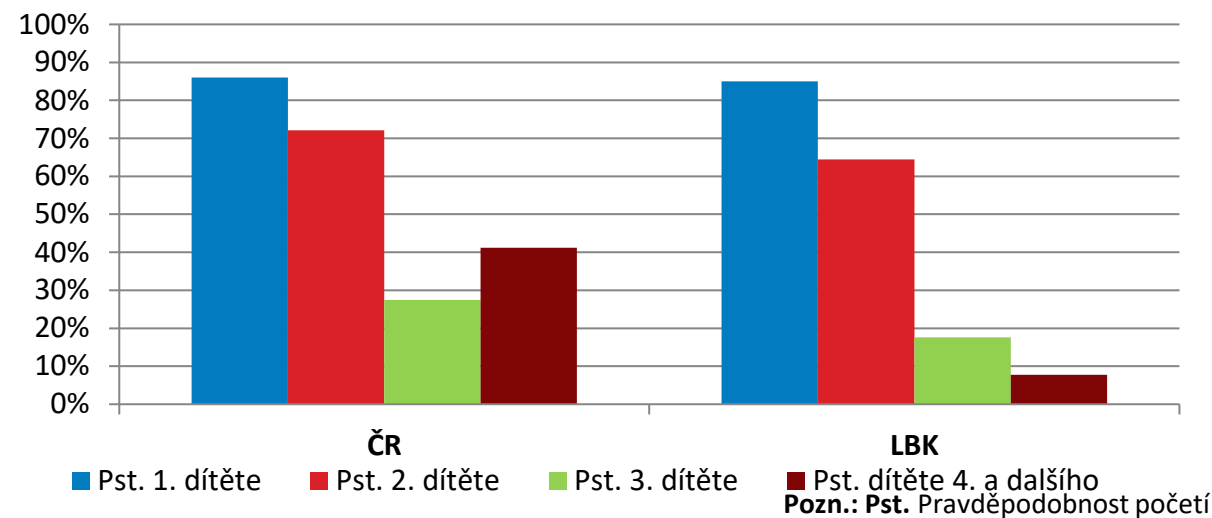
Úhrnná plodnost a pravděpodobnost zvětšování rodiny

Zdroj: ČSÚ - ISDEM

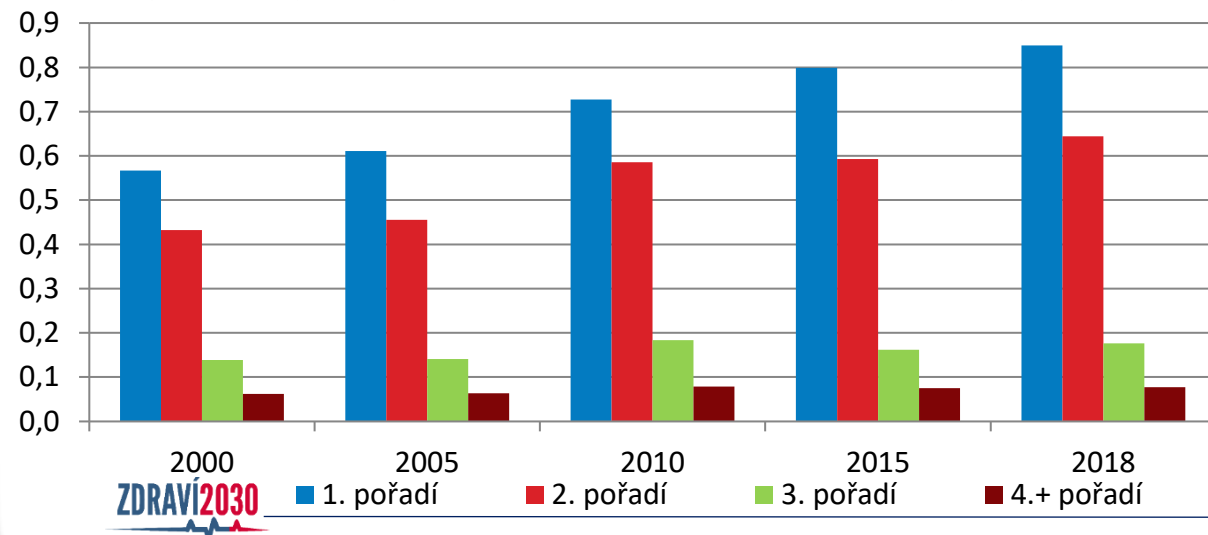
Úhrnná plodnost podle pořadí v letech 1990-2018: ČR



Pravděpodobnost zvětšování rodiny v roce 2018: ČR a LBK



Úhrnná plodnost podle pořadí v letech 2000–2018: Liberecký kraj



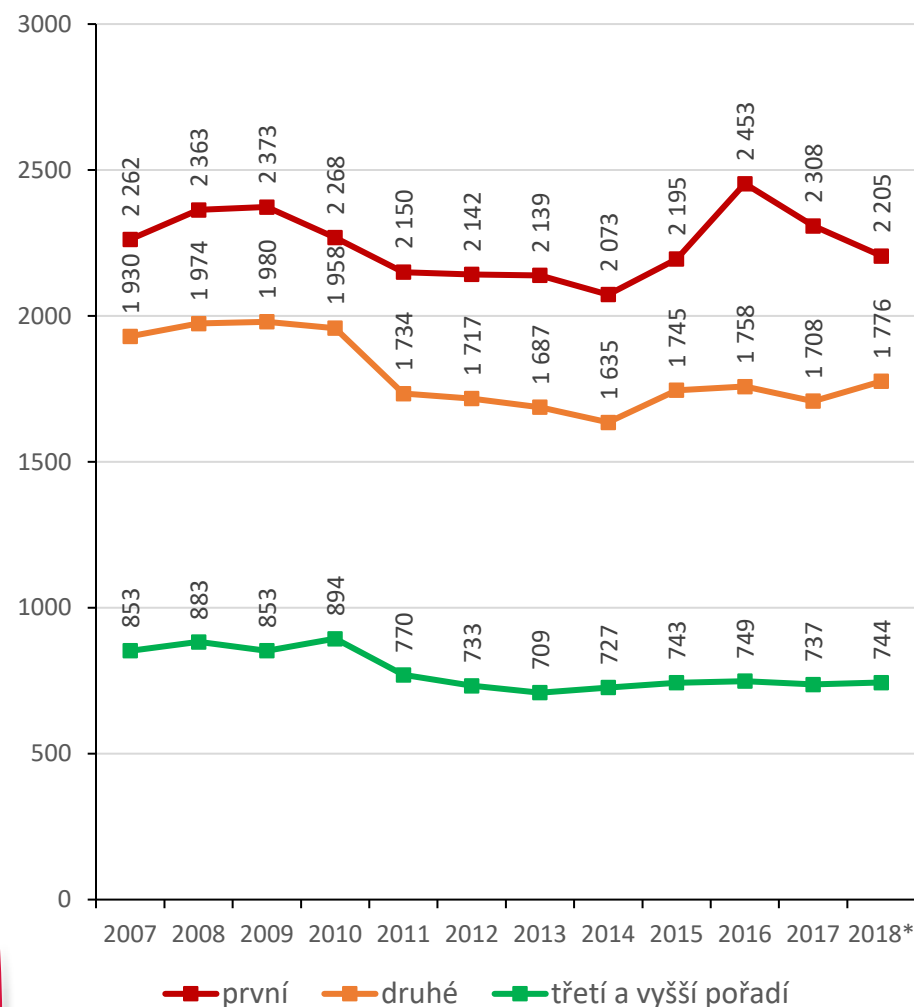
Počet narozených dětí jedné matce a pravděpodobnost zvětšování rodiny jsou ovlivňovány komplexem faktorů, které lze rozdělit na zdravotní a sociální.

Obecně lze říci, že **nejvíce dětí se rodí v prvním pořadí** (v současné době cca 1/2 narozených). Pravděpodobnost, že bezdětná žena bude mít první dítě, se v současnosti pohybuje okolo 85 %. Oproti roku 1990 je nadále významně snížena pravděpodobnost narození dítěte vyššího pořadí. Na tuto problematiku se lze nejefektivněji zaměřit prostřednictvím rodinné politiky.

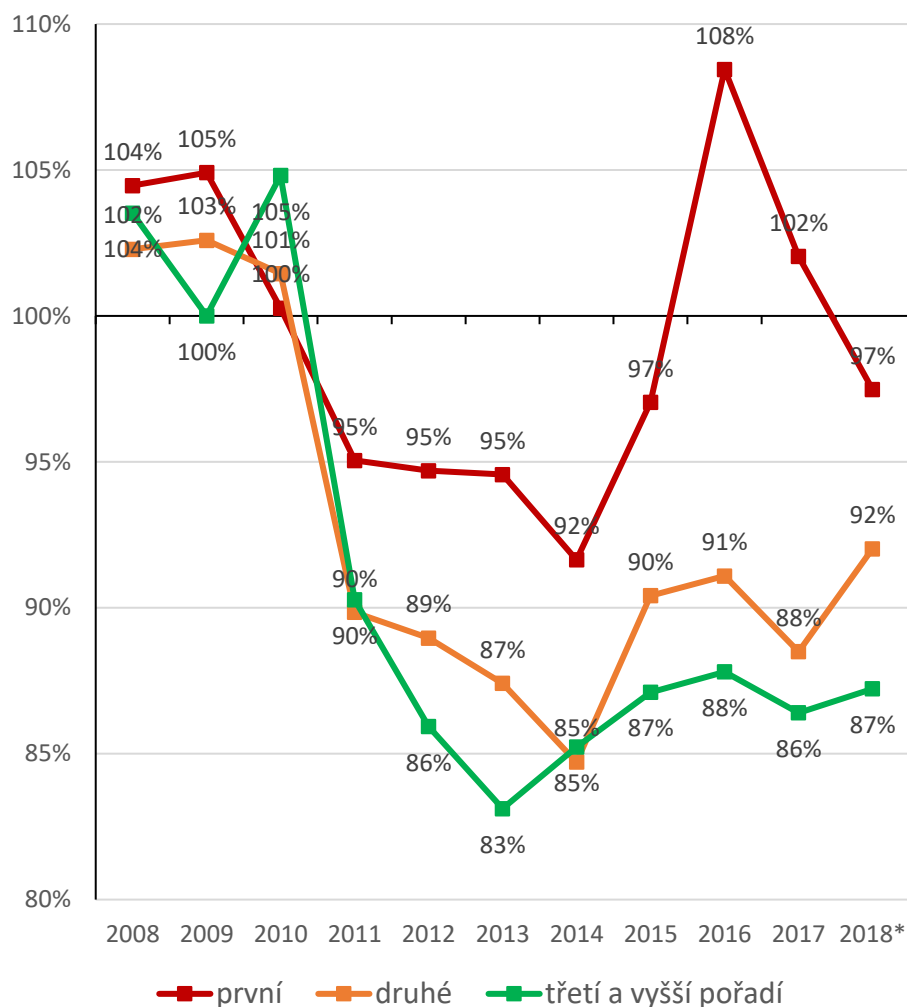
Vývoj počtu narozených dle pořadí

Zdroj: ČSÚ - ISDEM

Narození podle pořadí v letech 2007-2018 v LBK



Změna počtu narozených oproti roku 2007 v LBK



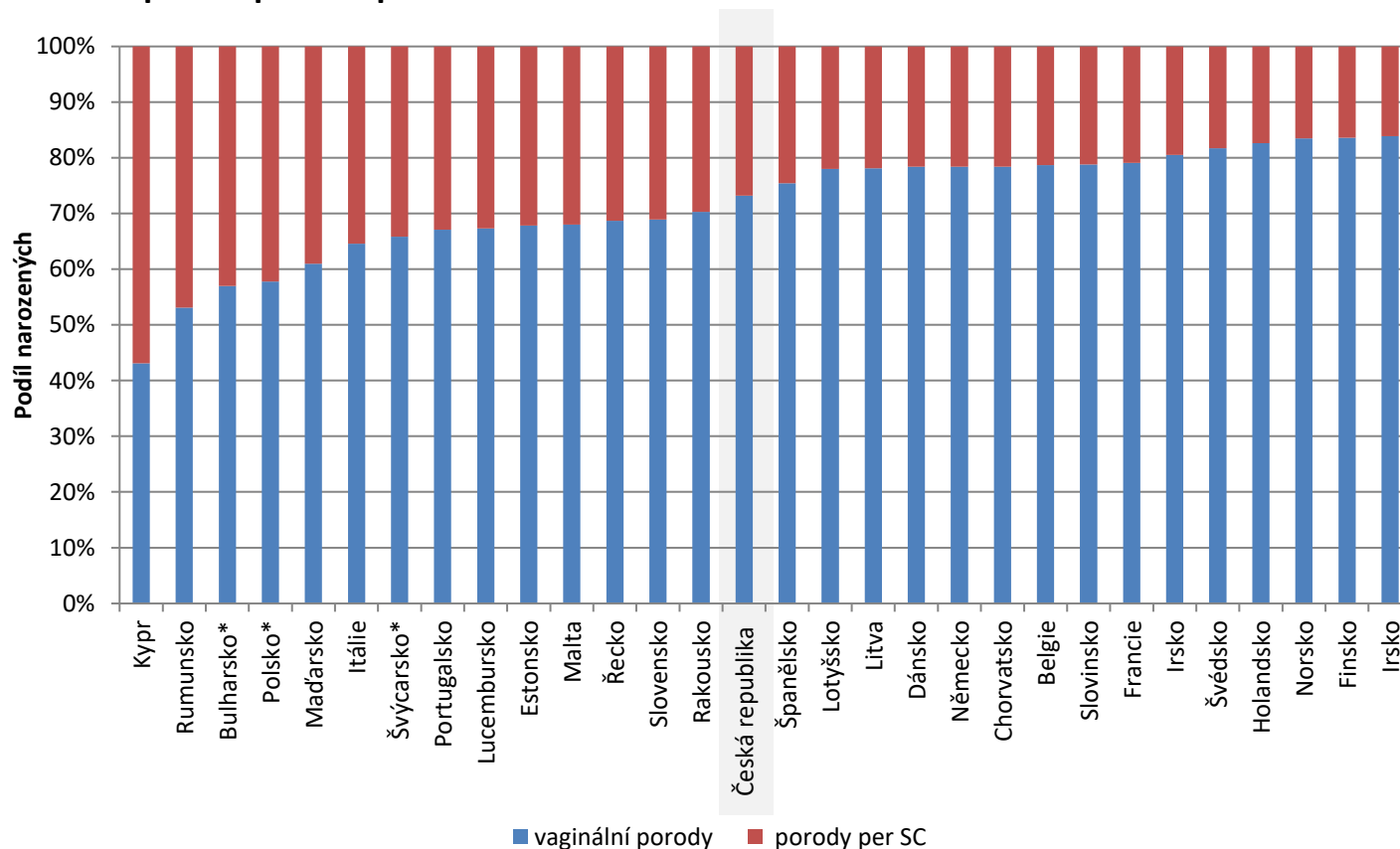
Počet narozených dětí v současnosti nižší oproti roku 2007. Pokles je zaznamenán ve všech pořadích. Od roku 2007 poklesl počet prvorozených dětí o 3%, počet druhorozených o cca 8% a narozených ve třetím a vyšším pořadí o cca 13%.

Způsob porodu: mezinárodní srovnání

Zdroj: EUROPERISTAT



Narození podle způsobu porodu v roce 2015



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

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

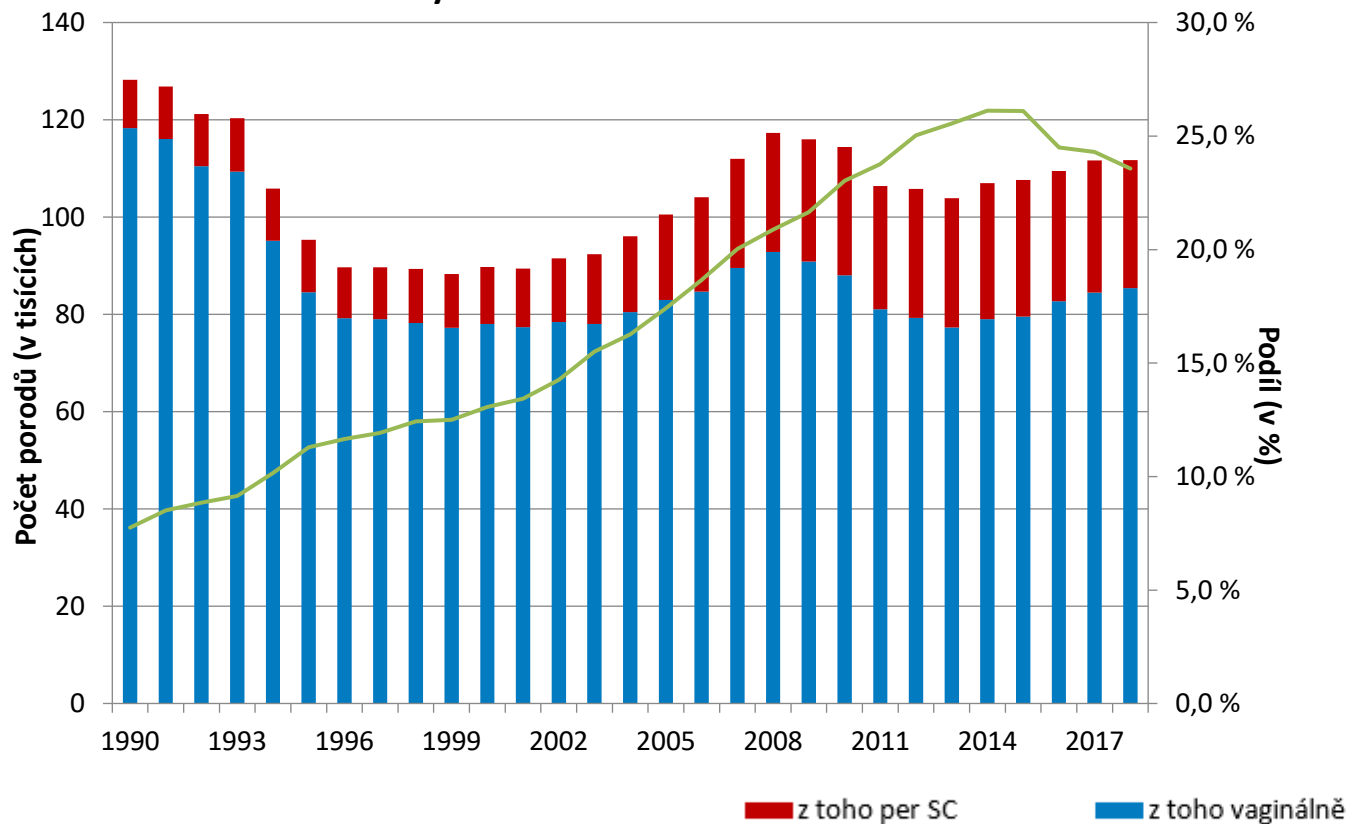
V evropském srovnání je podíl porodů per SC v ČR průměrný.

Pozn.: * Data odpovídají roku 2014.

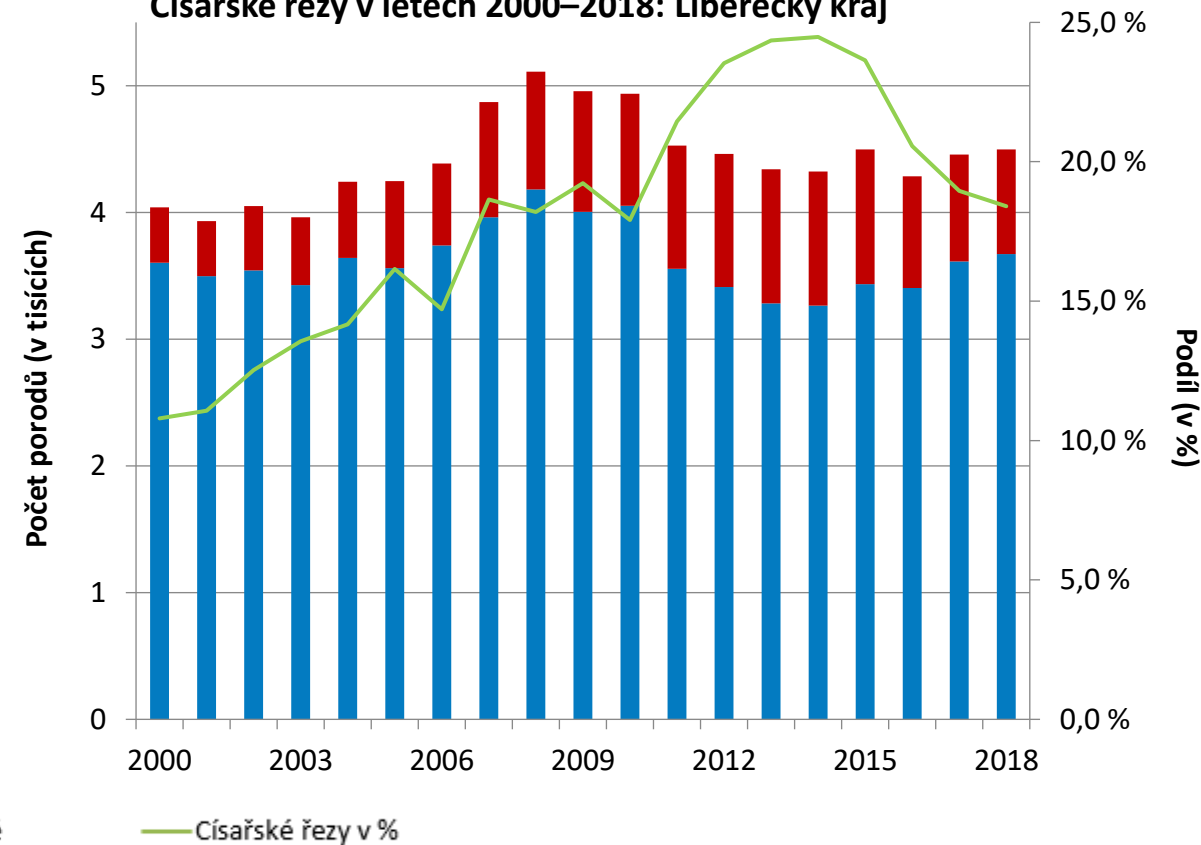
Způsob porodu: císařské řezy v trendu

Zdroj: ÚZIS ČR – NRRZ - Rodička

Císařské řezy v letech 1990-2018: ČR



Císařské řezy v letech 2000–2018: Liberecký kraj



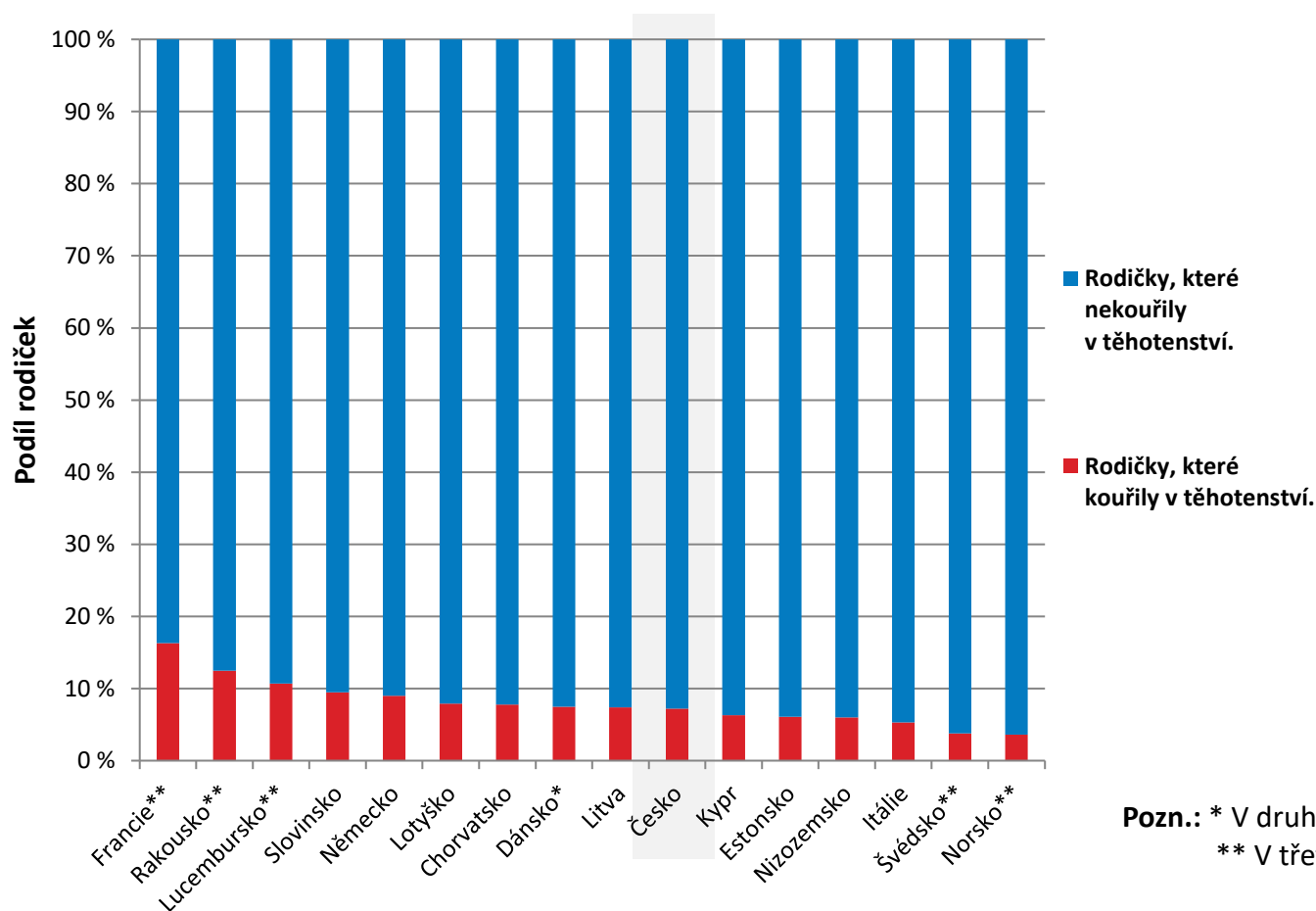
Poměrně nepříznivým jevem **v posledních dvaceti letech byl kontinuální a zrychlující se nárůst počtu císařských řezů (SC)**. K zastavení nárůstu došlo v roce 2014 (na hodnotě 26,1 % za celou populaci ČR a na hodnotě 24,5 za populaci LBK). V roce 2018 činily v ČR císařské řezy 23,6 % porodů, v LBK to bylo o poznání méně, tj. 18,4%. Další vývoj ukáže, zda je jedná o pokles trvalý nebo jen o lokální kolísání. Je přitom nutné zdůraznit, že existuje velký potenciální prostor k dalšímu poklesu. Doporučené rozmezí pro četnost císařských řezů WHO uvádí 10 % - 15 %.

Kouření u rodiček v ČR: mezinárodní srovnání

Zdroj: EUROPERISTAT



Rodičky, které kouřily během těhotenství, v roce 2015



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

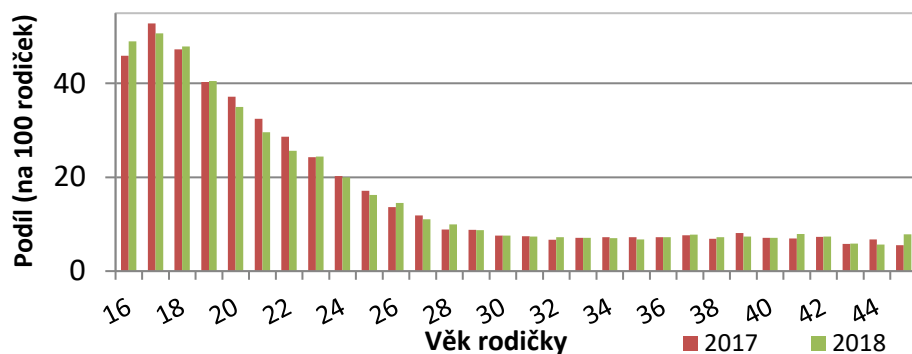
V evropském srovnání je podíl kouřících matek v ČR průměrný.

Pozn.: * V druhém trimestru
** V třetím trimestru

Kouření u rodiček v ČR: trend

Zdroj: ÚZIS ČR – NRRZ - Rodička

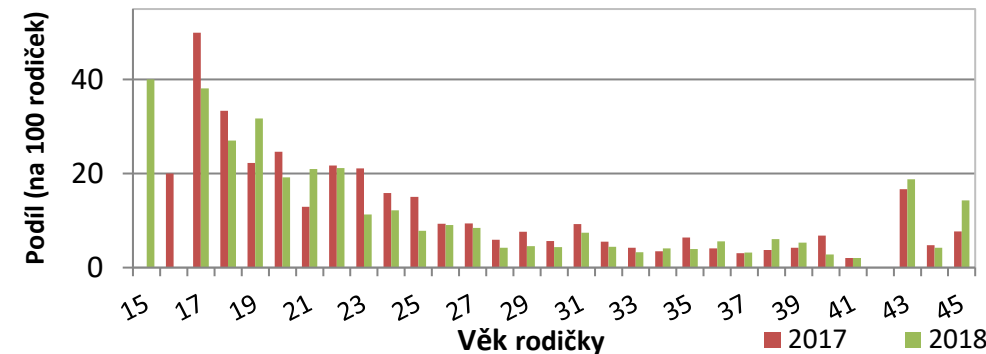
Rodičky, které kouřily v těhotenství, v letech 2017–2018: ČR



2017: N=13 048
2018: N=12 752

2017: 11,69 %
2018: 11,42 %

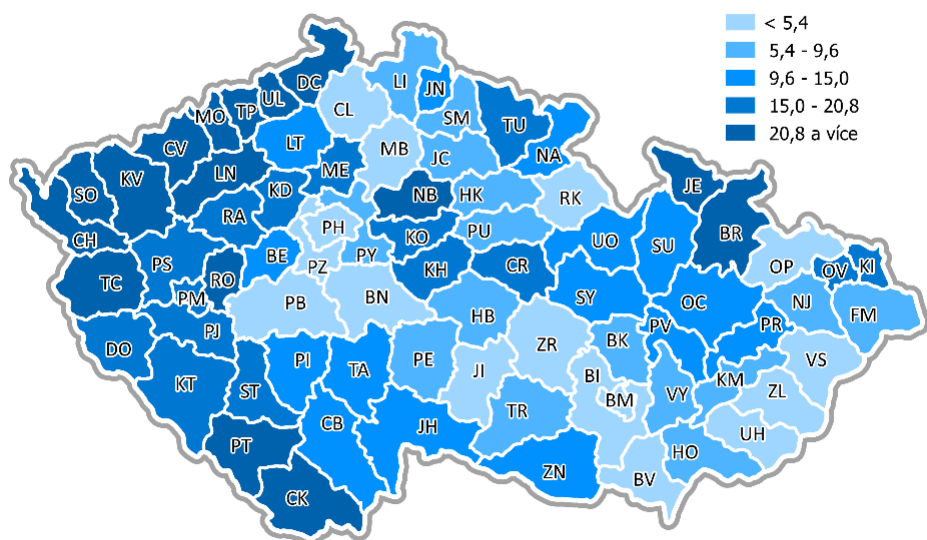
Rodičky, které kouřily v těhotenství, v letech 2017–2018: LBK



2017: N = 403
2018: N = 337

2017: 8,13 %
2018: 6,57 %

Podíl rodiček, které kouřily v těhotenství, 2018



Pozn.: N je počet rodiček, které kouřily na počátku nebo během těhotenství. N zahrnuje i rodičky s neudaným věkem rodiček. Graf odpovídá rodičkám s uvedeným věkem při porodu.

Podíl rodiček, které kouřily na počátku nebo v průběhu těhotenství, představuje v posledních 2 letech přibližně 11 % všech rodiček, kalkuluje-li všechny věkové kategorie spojené. Vyšší počty rodiček kuřáček obecně pozorujeme zejména v nižších věkových kategoriích. Jedná se pravděpodobně o ženy, které neplánovaly početí a kouřily na počátku těhotenství.

Kartogram ilustruje nevyšší koncentraci těhotných kuřáček v regionech severozápadních Čech a severní Moravy. Kouření u těhotných, zejména během těhotenství, do značné míry souvisí se sociálním postavením a vzděláním obyvatel v regionu.

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

Potratovost

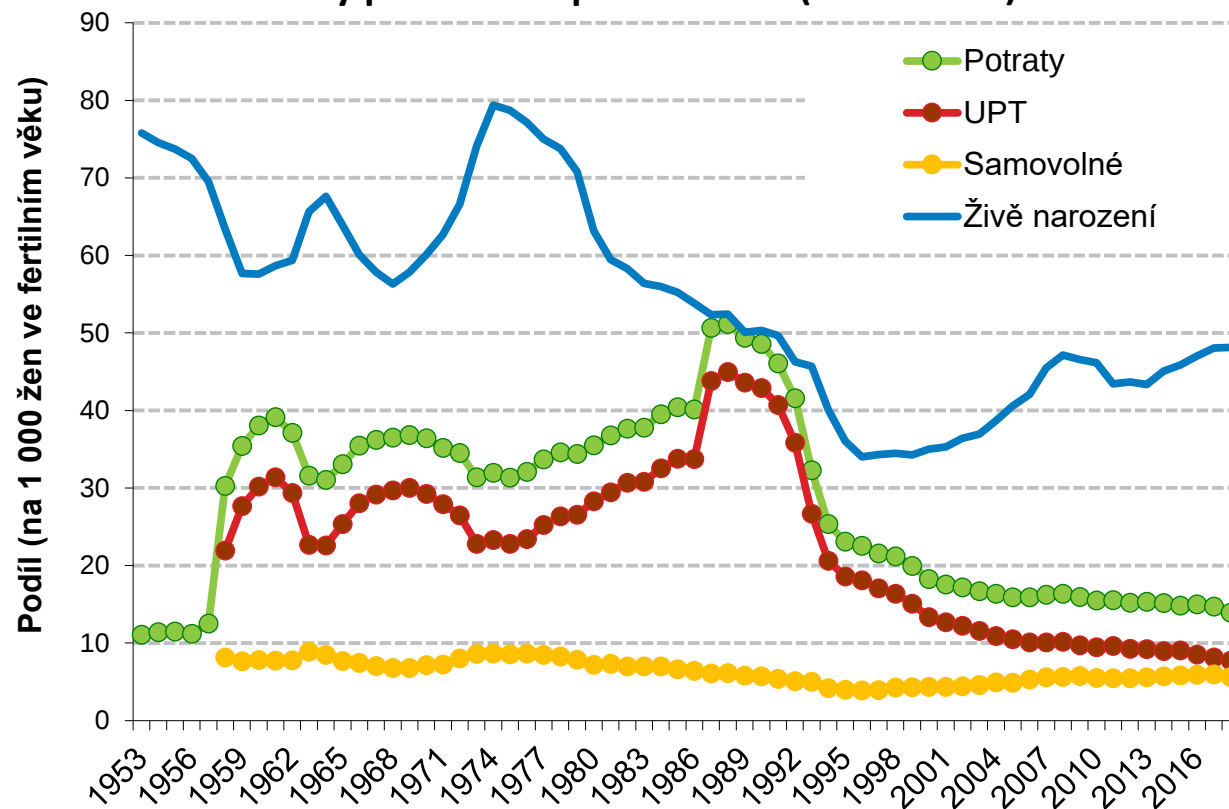
Zdroj: ÚZIS ČR – NRRZ - Potraty

Pozn.: Od roku 2000 jsou započítány i cizinky s trvalým nebo dlouhodobým pobytem na území ČR.

Potratem se rozumí ukončení těhotenství ženy, při němž plod neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je nižší než 500 g a pokud hmotnost nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů. Dále ukončení těhotenství při němž bylo z dělohy ženy vyňato plodové vejce bez obalu nebo těhotenská sliznice.

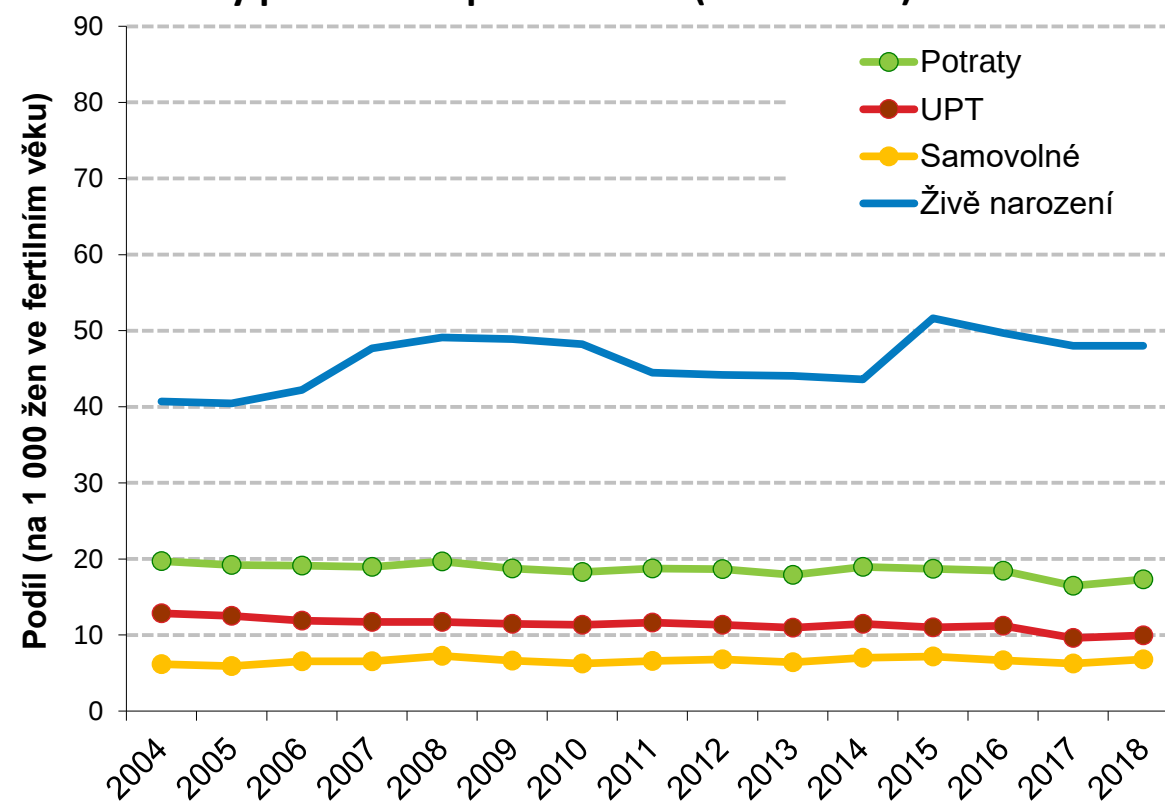


Obecné míry plodnosti a potratovosti (1953–2018): ČR



Pozn.: UPT Umělá přerušení těhotenství

Obecné míry plodnosti a potratovosti (2003–2018): LBK



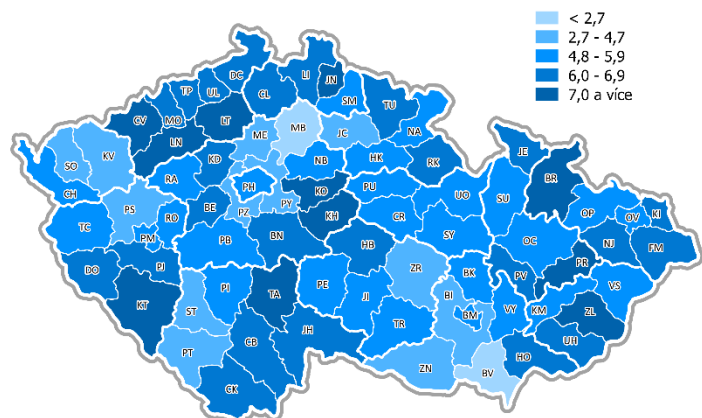
Pozn.: UPT Umělá přerušení těhotenství

Umělé přerušení těhotenství (UPT) z jiných než zdravotních důvodů bylo v českém prostředí uzákoněno v roce 1957. Až do počátku devadesátých let se porodnost a potratovost vyvíjely inverzně v závislosti na nastavení legislativních pravidel pro umělé přerušování těhotenství. Na počátku devadesátých let se potrácelo téměř stejné množství plodů, jako se rodilo dětí. Od té doby se absolutní počet potratů snižuje. Na intenzivním poklesu v průběhu 90. let se podílelo zejména snižování indukované potratovosti, urychlené zavedením poplatku za UPT v roce 1993. V posledních letech **pokračuje kontinuální pokles umělé potratovosti**, oproti tomu **narůstá samovolná potratovost**. K nárůstu samovolné potratovosti dochází zejména z důvodu stoupajícího věku těhotných.

Potratovost: srovnání regionů ČR

Zdroj: ÚZIS ČR – NRRZ - Potraty

Samovolné potraty na 1 000 žen fertilního věku v roce 2018



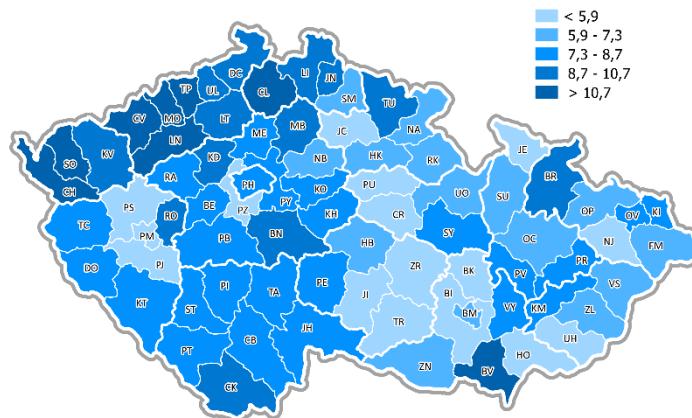
Samovolné potraty na 1 000 žen fertilního věku v roce 2018 podle okresu bydliště	
ČR	5,62
LBK	6,79
Česká Lípa	6,19
Jablonec n. Nisou	8,60
Liberec	6,85
Semily	5,22

Samovolné potraty na 1 000 žen fertilního věku v roce 2018 podle kraje bydliště	
Karlovarský	3,8
Jihomoravský	4,8
Středočeský	5,1
Hl. m. Praha	5,2
Pardubický	5,2
Vysočina	5,3
Královéhradecký	5,7
Plzeňský	6,0
Moravskoslezský	6,0
Olomoucký	6,0
Jihočeský	6,1
Zlínský	6,4
Liberecký	6,8
Ústecký	6,8

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

Nejvyšší umělá potratovost dlouhodobě je dlouhodobě hlášena především v severozápadních Čechách, tedy Ústeckém, Karlovarském kraji, ale také v Libereckém kraji. Úroveň umělé potratovosti lze do jisté míry označit za ukazatel sociálně demografické vyspělosti regionu. **V Libereckém kraji je četnost umělého přerušení těhotenství i samovolná potratovost významně vyšší než v celé populaci ČR.**

Uměle přerušená těhotenství na 1 000 žen fertilního věku v roce 2018



Umělá přerušení těhotenství na 1 000 žen fertilního věku v roce 2018 podle okresu bydliště	
ČR	7,72
LBK	9,95
Česká Lípa	13,79
Jablonec n. Nisou	10,10
Liberec	9,00
Semily	6,43

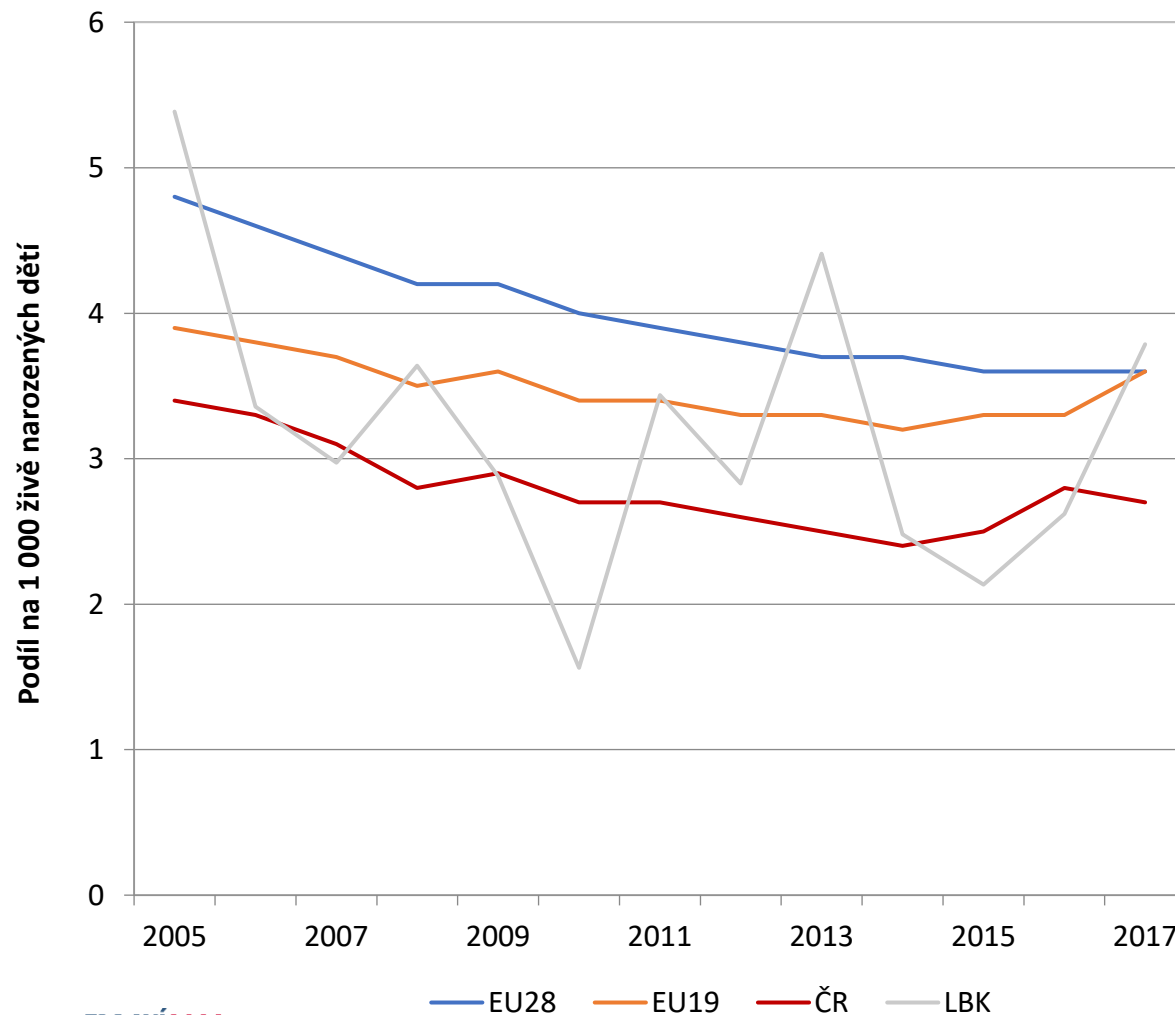
Umělá přerušení těhotenství na 1 000 žen fertilního věku v roce 2018 podle kraje bydliště	
Pardubický	6,1
Vysočina	6,1
Zlínský	6,5
Plzeňský	6,7
Jihomoravský	6,9
Olomoucký	7,1
Královéhradecký	7,3
Moravskoslezský	7,4
Hl. m. Praha	7,6
Středočeský	8,0
Jihočeský	8,4
Liberecký	9,9
Karlovarský	10,7
Ústecký	10,8

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

Kojenecká úmrtnost

Zdroj: EUROSTAT Database

Kojenecká úmrtnost v zemích EU v letech 2000–2017



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

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

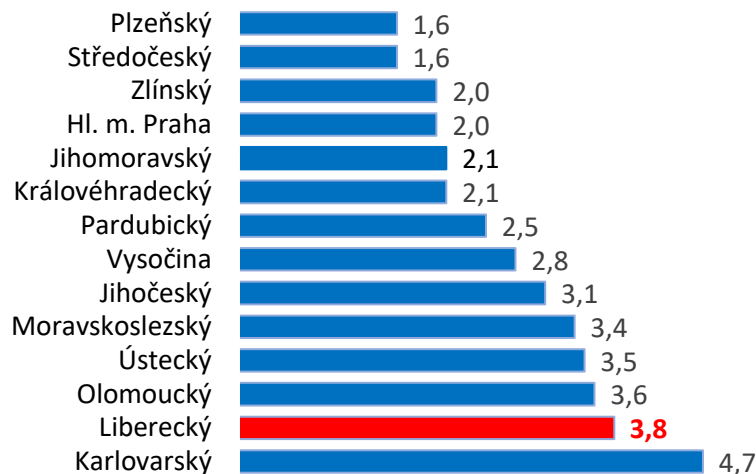
Kojenecká úmrtnost

Zdroj: ČSÚ – ISDEM: počet zemřelých do 1 roku věku na 1 000 živě narozených

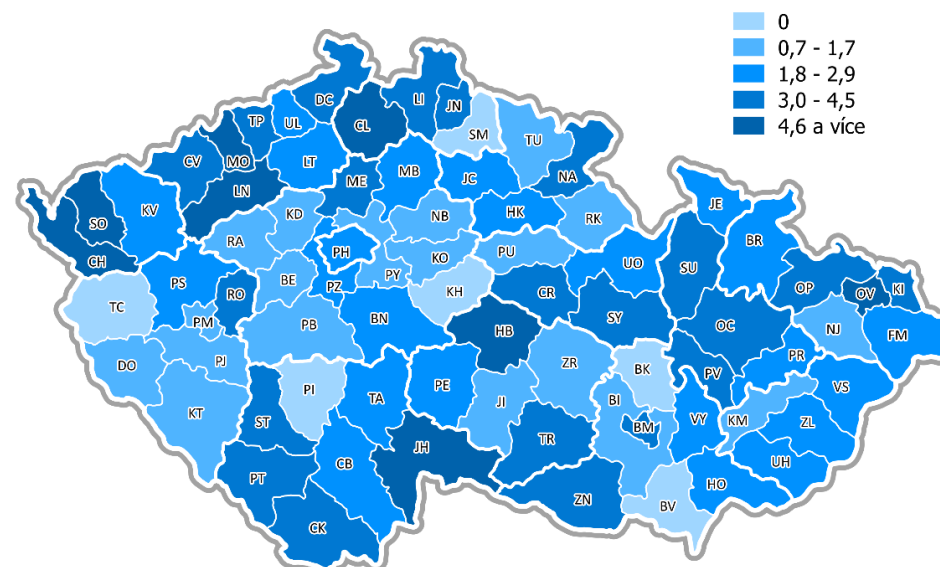
Kojenecká úmrtnost v letech 2010-2018 podle okresu bydliště matky

	2010	2014	2015	2016	2017	2018
ČR	2,7	2,4	2,5	2,8	2,7	2,6
LBK	1,6	2,5	2,1	2,6	3,8	3,8
Česká Lípa	0,8	1,9	2,8	1,8	3,7	6,7
Jablonec n. Nisou	2,9	2,2	1,1	4,7	2,0	4,2
Liberec	1,5	3,9	2,1	2,0	3,6	3,6
Semily	1,2	-	2,7	2,5	6,6	-

Kojenecká úmrtnost v roce 2018 podle kraje bydliště matky



Průměr kojenecké úmrtnosti za období 2014–2018



Ačkoli se kojenecká úmrtnost pohybuje v České republice **na velmi nízké úrovni**, přetrvávají mezi jednotlivými kraji značné rozdíly. Nejvyšší míry kojenecké úmrtnosti opět vykazují především regiony s větší četností sociálně problémových oblastí, což se týká zejména severozápadních Čech a severní Moravy. I v tomto ohledu je třeba apelovat na obyvatele těchto regionů a zvyšovat povědomí o rizikových faktorech během těhotenství a důležitosti primární prevence onemocnění plodu a vrozených vývojových vad.

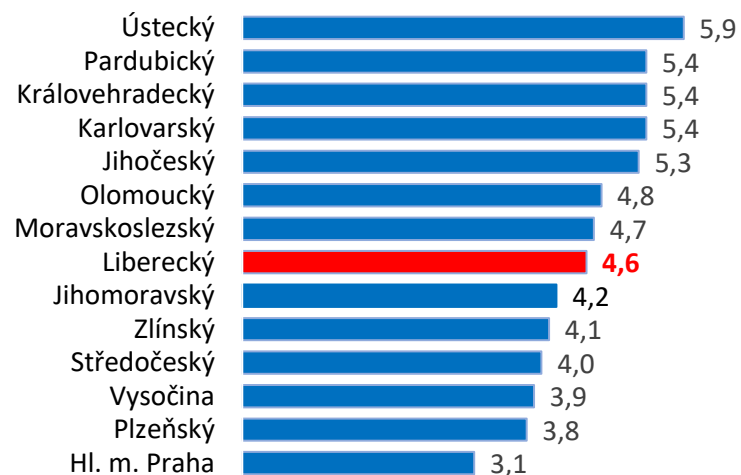
Perinatální úmrtnost

Zdroj: ČSÚ – ISDEM: počet plodů mrtvě narozených nebo zemřelých do 7 dnů po porodu na 1000 narozených dětí

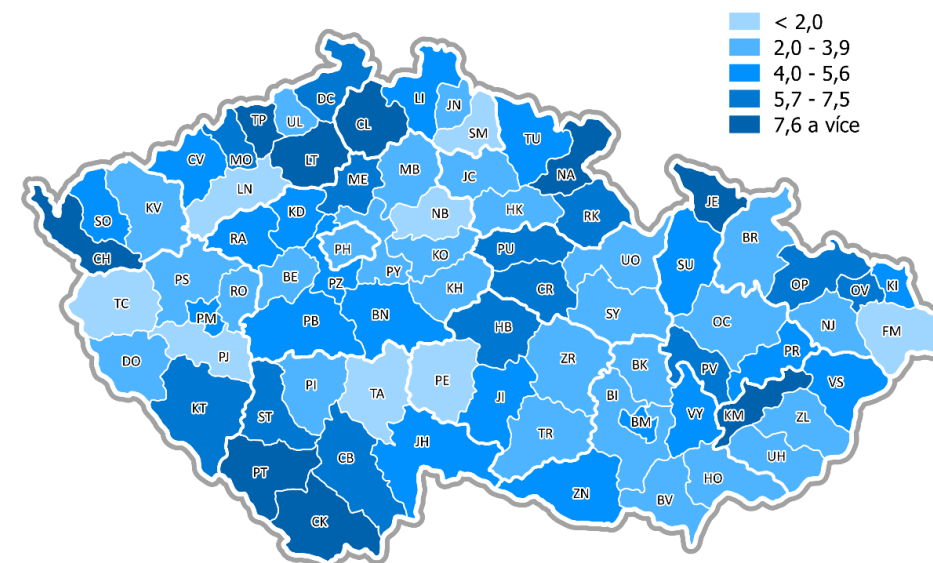
Perinatální úmrtnost v letech 2010-2018 podle okresu bydliště matky

	2010	2014	2015	2016	2017	2018
ČR	3,5	4,6	4,5	4,9	4,5	4,4
LBK	2,5	8,1	5,1	4,4	4,8	4,6
Česká Lípa	2,4	13,0	7,5	4,5	5,6	7,6
Jablonec n. Nisou	2,0	4,5	2,1	4,7	4,0	3,1
Liberec	2,9	7,8	5,6	5,5	4,1	5,1
Semily	2,5	5,8	4,0	1,3	6,6	1,3

Perinatální úmrtnost v roce 2018 podle kraje bydliště matky



Průměr perinatální úmrtnosti za období 2014–2018



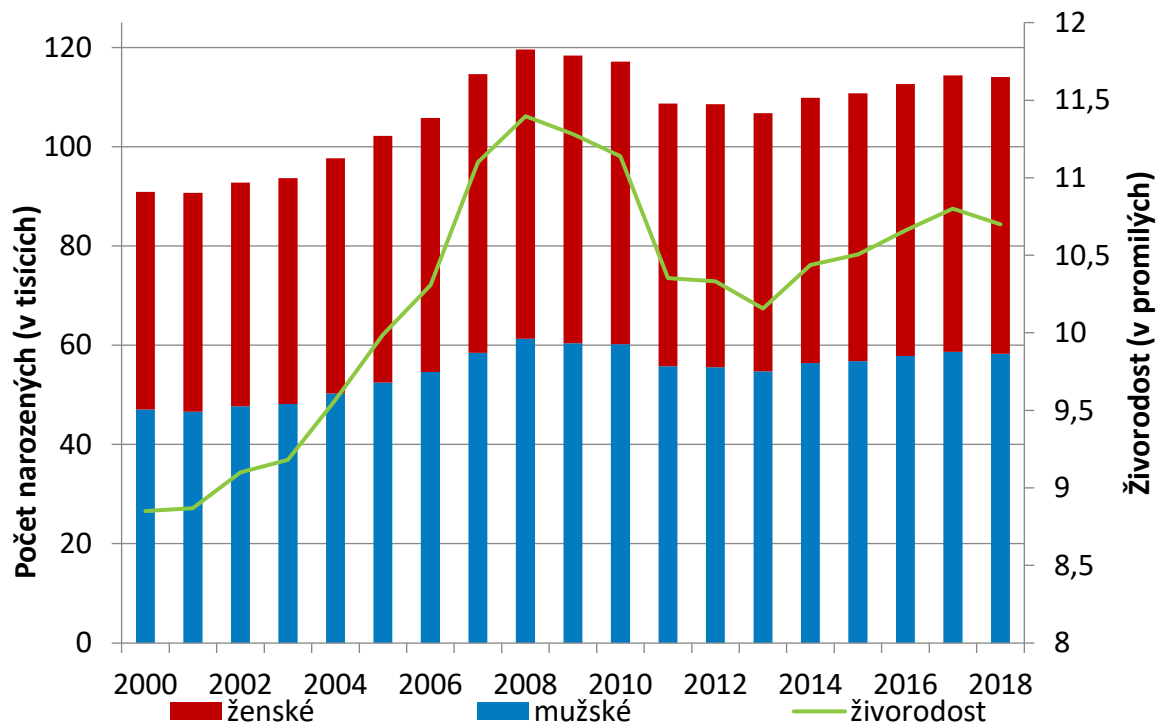
Perinatální úmrtnost je součtem mrtvorozenosti a časné novorozenecké úmrtnosti (0-6 dní po narození), přičemž větší část perinatální úmrtnosti je tvořena mrtvě narozenými (přibližně v poměru 3:1). Ačkoli novorozeneckou úmrtnost se daří úspěšně snižovat, **mrtvorozenost v posledních letech mírně stoupá**. Z regionálního pohledu lze opět sledovat vyšší perinatální úmrtnost v západní části Čech, nicméně koncentrace této úmrtnosti do určitých oblastí není v tomto případě tak patrná, jako v případě kojenecké úmrtnosti.

Narození dle vitality: vývoj v čase pro ČR

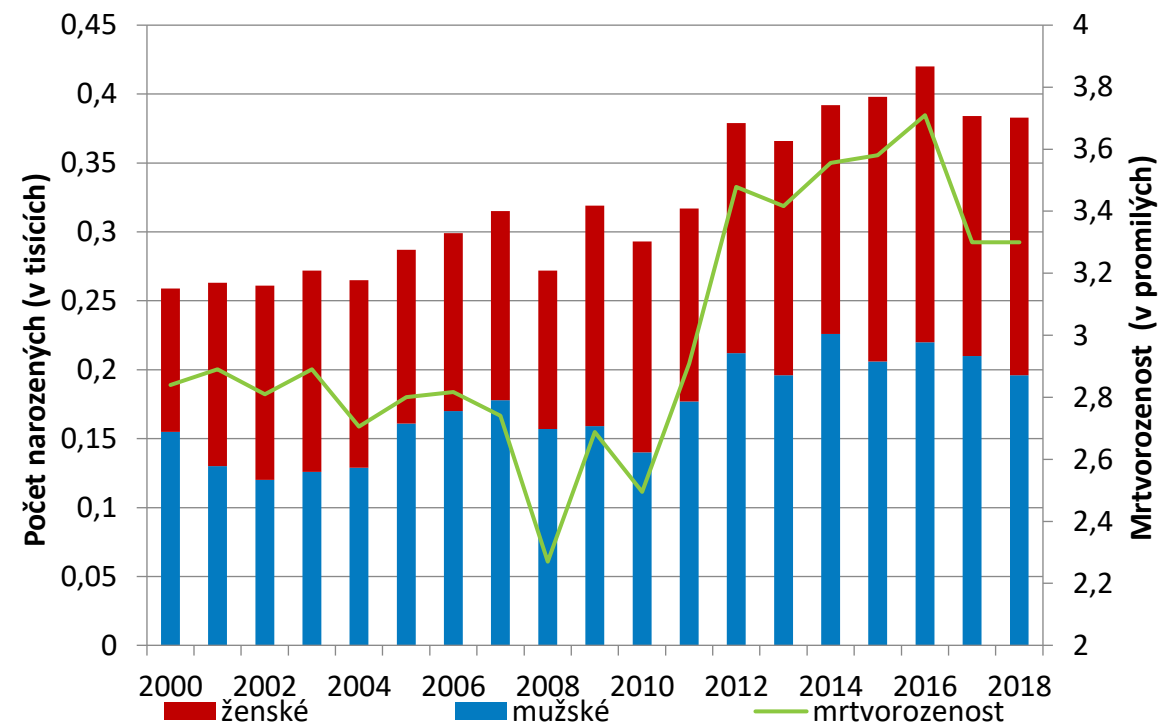


Zdroj: ČSÚ - ISDEM

Živě narození podle pohlaví v letech 2000–2018: ČR



Mrtvě narození podle pohlaví v letech 2000–2018: ČR

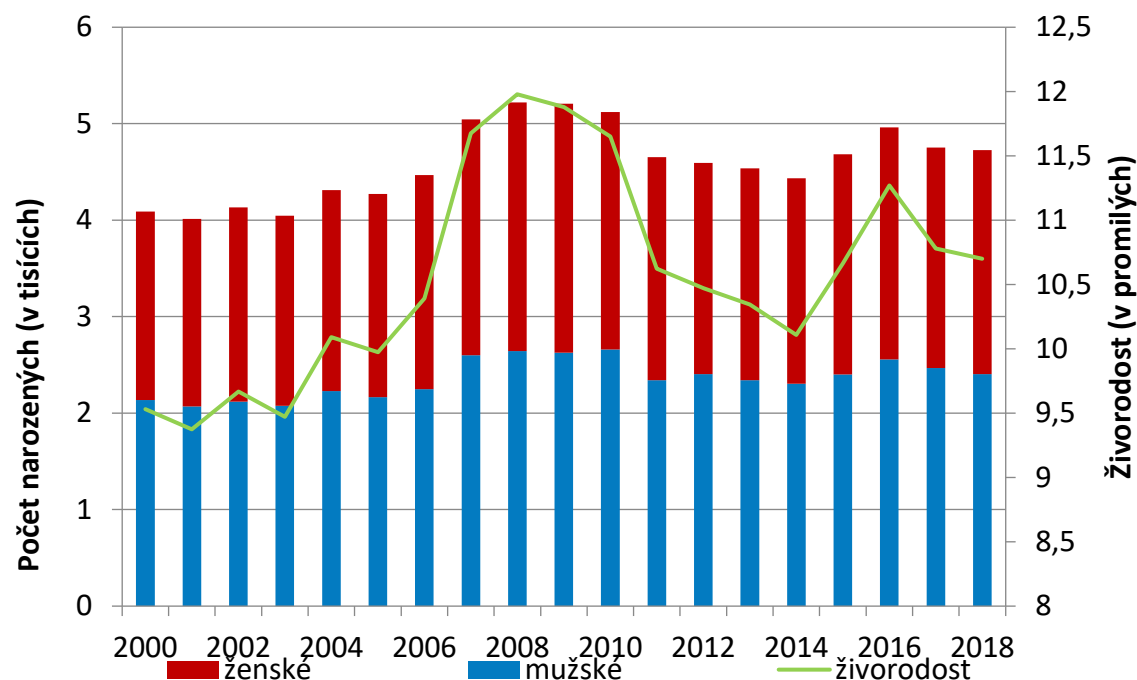


Vývoj počtu narozených je zapotřebí sledovat v závislosti na věkové struktuře populace. Za výkyvy v počtech narozených stojí populačně silnější ročníky žen narozených v 70. letech. Od roku 2013 díky relativně stabilní struktuře žen počet narozených stoupá. V následujících 10-20 letech dojde pravděpodobně k poklesu počtu narozených v důsledku nízkého počtu žen ve fertilním věku. Mrtvorozenost je v ČR na velmi nízké úrovni. V celorepublikovém vývoji pozorujeme od roku 2012-2016 mírný nárůst, což může být částečně způsobeno změnou metodiky hlášení mrtvě narozeného dítěte (od r. 2012 se mezi mrtvě narozené započítávají i narození bez známek života s porodní hmotností vyšší 500 g, namísto do té doby platných 1000 g). Jedná se ale o velmi malé počty, proto je nutné si uvědomit, že i malý rozdíl v počtu mrtvě narozených může způsobit nárůst či pokles mrtvorozenosti.

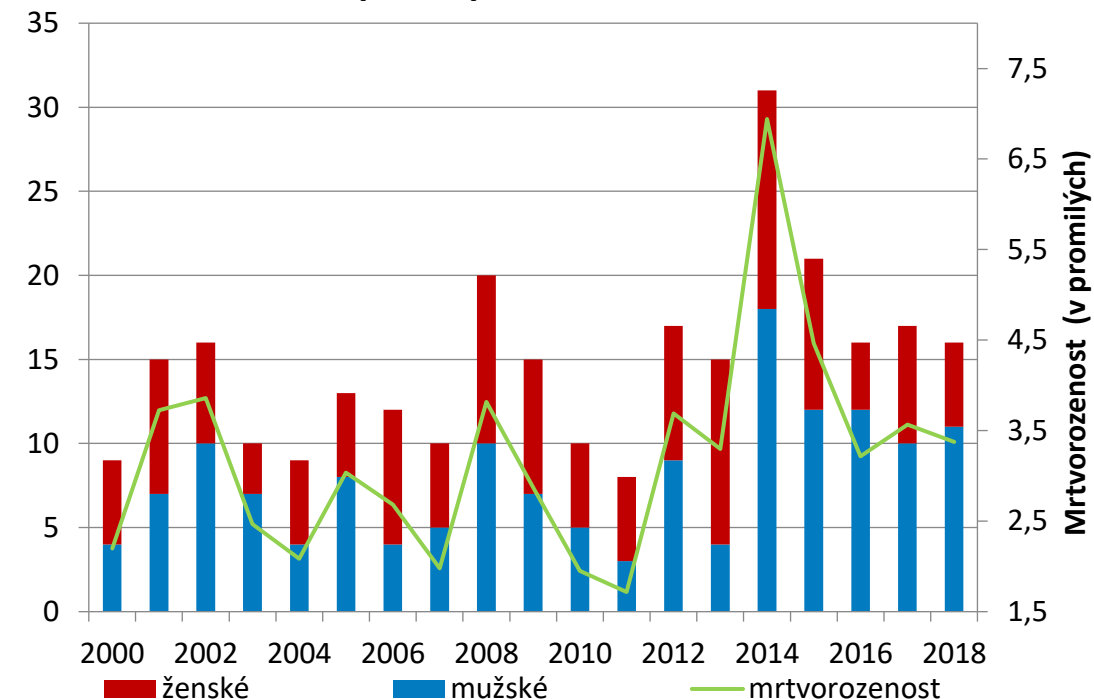
Narození dle vitality: vývoj v čase pro LBK

Zdroj: ČSÚ - ISDEM

Živě narození podle pohlaví v letech 2000–2018: LBK



Mrtvě narození podle pohlaví v letech 2000–2018: LBK



Vývoj počtu narozených je zapotřebí sledovat v závislosti na věkové struktuře populace. Za výkyvy v počtech narozených stojí populačně silnější ročníky žen, narozených v 70. letech. Od roku 2013 díky relativně stabilní struktuře žen počet narozených stoupá. V následujících 10-20 letech dojde pravděpodobně k poklesu počtu narozených v důsledku nízkého počtu žen ve fertilním věku. Vývoj živě narozených v LBK kopíruje celorepublikový trend, počet živě narozených v LBK se v dlouhodobě pohybuje nad celorepublikovým průměrem.

Mrtvorozenost je v ČR na velmi nízké úrovni. V celorepublikovém vývoji pozorujeme od roku 2012-2016 mírný nárůst, což může být částečně způsobeno změnou metodiky hlášení mrtvě narozeného dítěte (od r. 2012 se mezi mrtvě narozené započítávají i narození bez známek života s porodní hmotností vyšší 500 g, namísto do té doby platných 1000 g). Jedná se ale o velmi malé počty, proto je nutné si uvědomit, že i malý rozdíl v počtu mrtvě narozených může způsobit nárůst či pokles mrtvorozenosti.

Rozložení porodní hmotnosti

Zdroj: ČSÚ - ISDEM

Živě narození podle hmotnosti v letech 2000–2018: ČR

	2000	2005	2010	2015	2016	2018
Neudáno	0	0	672	1 623	1 033	1 296
999	320	385	446	453	494	441
1000–2499	4 976	6 485	8 530	8 013	7 991	7 410
2500–4499	84 529	94 263	106 493	99 811	102 169	103 925
4500+	1 085	1 078	1 012	864	976	964
Celkem	90 910	102 211	117 153	110 764	112 663	114 036
V procentech:						
Neudáno	0,00	0,00	0,57	1,47	0,92	1,14
999	0,35	0,38	0,38	0,41	0,44	0,39
1000–2499	5,47	6,34	7,28	7,23	7,09	6,50
2500–4499	92,98	92,22	90,90	90,11	90,69	91,13
4500+	1,19	1,05	0,86	0,78	0,87	0,85
Celkem	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Živě narození podle hmotnosti v letech 2000–2018: LBK

	2000	2005	2010	2015	2016	2018
Neudáno	0	0	27	57	45	52
999	22	22	18	11	16	26
1000–2499	238	326	374	421	384	331
2500–4499	3 783	3 879	4 672	4 171	4 484	4 286
4500+	47	44	29	23	31	30
Celkem	4 090	4 271	5 120	4 683	4 960	4 725
V procentech:						
Neudáno	0,0	0,0	0,5	1,2	0,9	1,1
999	0,5	0,5	0,4	0,2	0,3	0,6
1000–2499	5,8	7,6	7,3	9,0	7,7	7,0
2500–4499	92,5	90,8	91,3	89,1	90,4	90,7
4500+	1,1	1,0	0,6	0,5	0,6	0,6
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

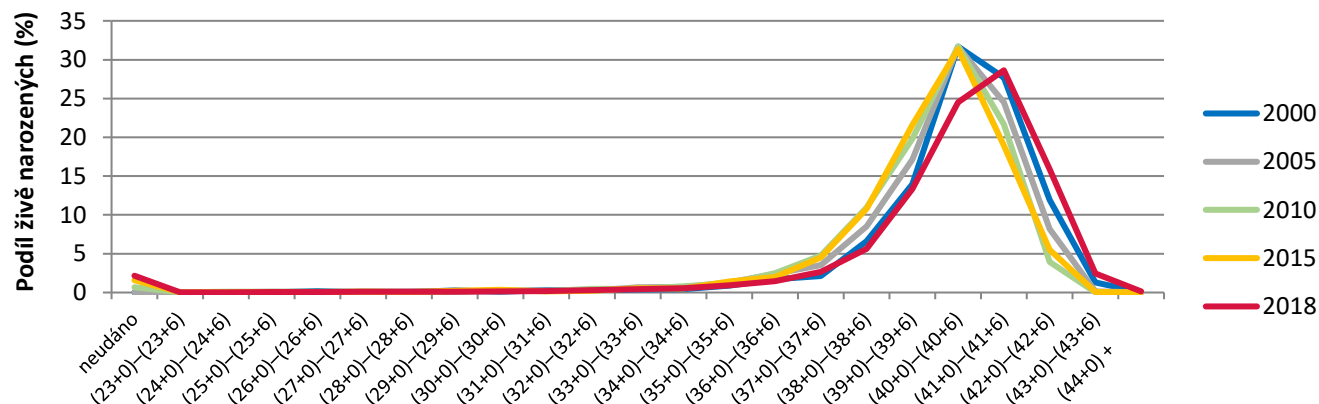
Podíl živě narozených s nízkou porodní hmotností (do 2 500 g) se sleduje od počátku 70. let a do počátku 90. let mírně klesal. Příčinou tohoto pozitivního trendu byl rozvoj lékařské vědy a lepší odhadování rizik v těhotenství. Od poloviny 90. let se podíl narozených s nízkou porodní hmotností zvyšuje. Od roku 2011 dochází opět k mírnému poklesu. Příčinou celkově vyšších hodnot v posledních letech je komplex mnoha jevů. Narůstá počet dětí z vícečetných porodů, zvyšuje se průměrný věk matek při porodu a tím i žen ve věku nad 35 let (tedy žen, které mají k předčasnému porodu vyšší sklony). Vliv má i rostoucí efektivita zdravotní péče, často se podaří zachránit děti narozené ve 26. týdnu těhotenství i dříve.

Porodní hmotnost je jedním ze základních ukazatelů **viability** narozeného a do značné míry **determinuje jeho poporodní adaptaci**. Podíl dětí s nízkou porodní hmotností do 2500 g („nedonošenost“) v posledních letech mírně klesá, přesto však v ČR zůstává nad 7% narozených; v populaci LBK je tomu také tak. Rizikové porody, tedy porody dětí s nízkou porodní hmotností, jsou v ČR vysoce centralizovány do perinatologických a intermediárních center. Je to velmi pozitivní jev, který se významně podílí na kvalitě péče o tyto děti.

Rozložení gestačního stáří

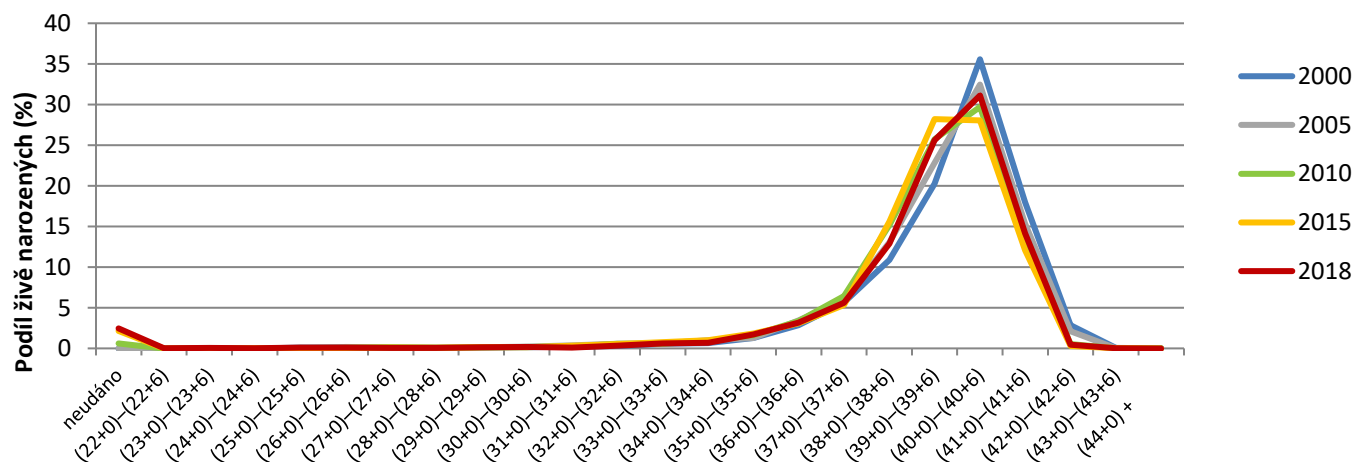
Zdroj: ČSÚ - ISDEM

Živě narození podle gestačního stáří v letech 2000–2018: ČR



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

Živě narození podle gestačního stáří v letech 2000–2018: LBK



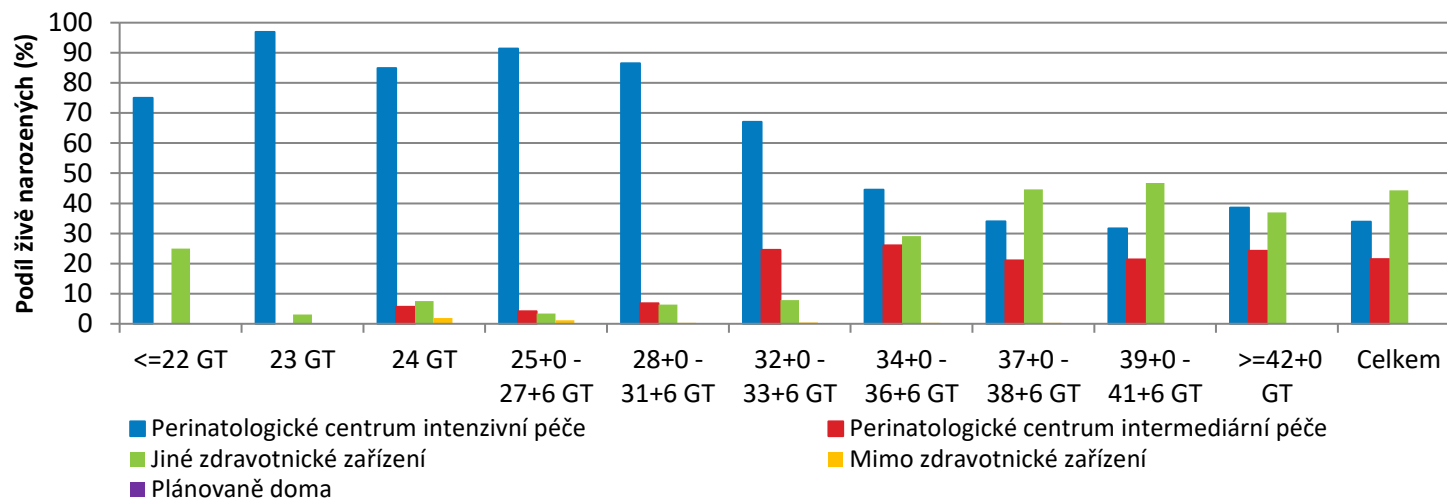
Živě narození před 38. týdnem těhotenství v letech 2000–2018

	ČR				
	2000	2005	2010	2015	2018
do 37 t. t. (včetně)	9 326	11 670	16 100	14 164	13 973
do 37 t. t. v procentech	10,3 %	11,4 %	13,7 %	12,8 %	12,3 %
živě narození celkem	90 910	102 211	117 153	110 764	114 036
	LBK				
	2000	2005	2010	2015	2018
do 37 t. t. (včetně)	504	606	742	636	624
do 37 t. t. v procentech	12,32 %	14,19 %	14,49 %	13,58 %	13,21 %
živě narození celkem	4 090	4 271	5 120	4 683	4 725

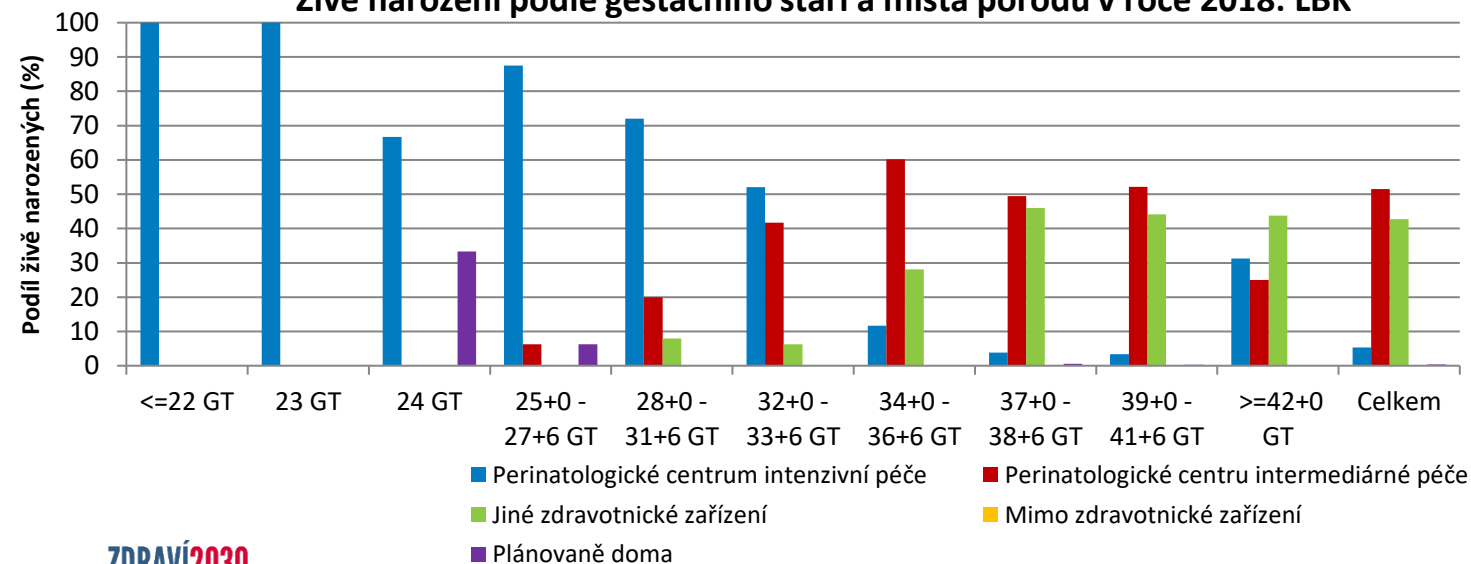
Živě narození dle gestačního stáří a místa porodu

Zdroj: ÚZIS ČR – NRRZ – Novorozenec

Živě narození podle gestačního stáří a místa porodu v roce 2018: ČR

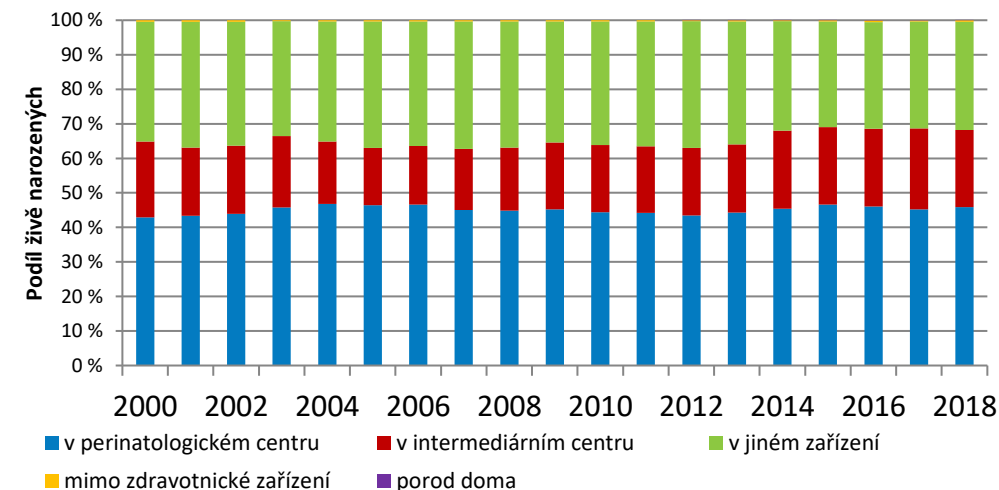


Živě narození podle gestačního stáří a místa porodu v roce 2018: LBK



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

Živě narození před 38. týdnem těhotenství podle místa porodu pro ČR v letech 2000-2018

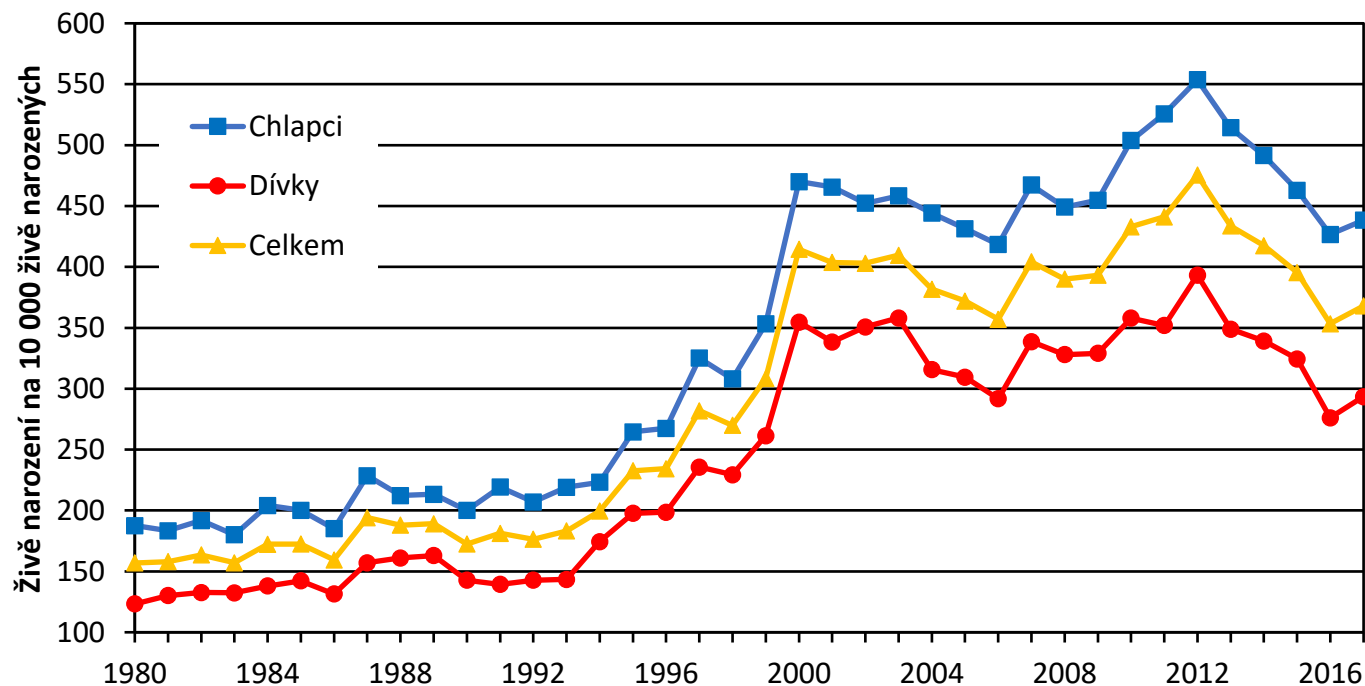


Vrozené vady u živě narozených: vývoj v čase pro ČR



Zdroj: ÚZIS ČR – NRRZ – Vrozené vady

Vývoj počtu živě narozených s vrozenou vadou v letech 1980-2017 pro ČR



Pozn.:

Vrozené vady zjištěné do 1 roku života uváděné podle roku narození.

Hlášení do NRVV zaznamenalo během vývoje značné výkyvy spojené se změnou metodiky registru. V průběhu let se měnil počet možných vrozených vad, které se do NRVV mohly zadávat. Od roku 1964 se zaznamenávalo pouze 36 vybraných VV a od roku 1975 již 60 VV. V období let 1994–1996 bylo možné pořizovat všechny VV, zařazené do XVII. kap. MKN-10, a to pouze u dětí do 15 let věku. Od roku 1997 lze do NRVV zadávat všechny vrozené vady i mimo XVII. kap. MKN-10. **Od roku 2000** jsou zahrnuti i živě narození s vrozenou vadou, za které nebylo odevzdáno Hlášení vrozené vady, ale **vada byla uvedena na Zprávě o novorozenci**.

Výskyt vrozených vad v populaci ČR lze v čase srovnatelně hodnotit od roku 2000, kdy jsou do registru dohlášeny vady z Hlášení o novorozenci. Vrozené vady se uvádějí za narozené, kterým byla vrozená vada diagnostikována do 1 roku života.

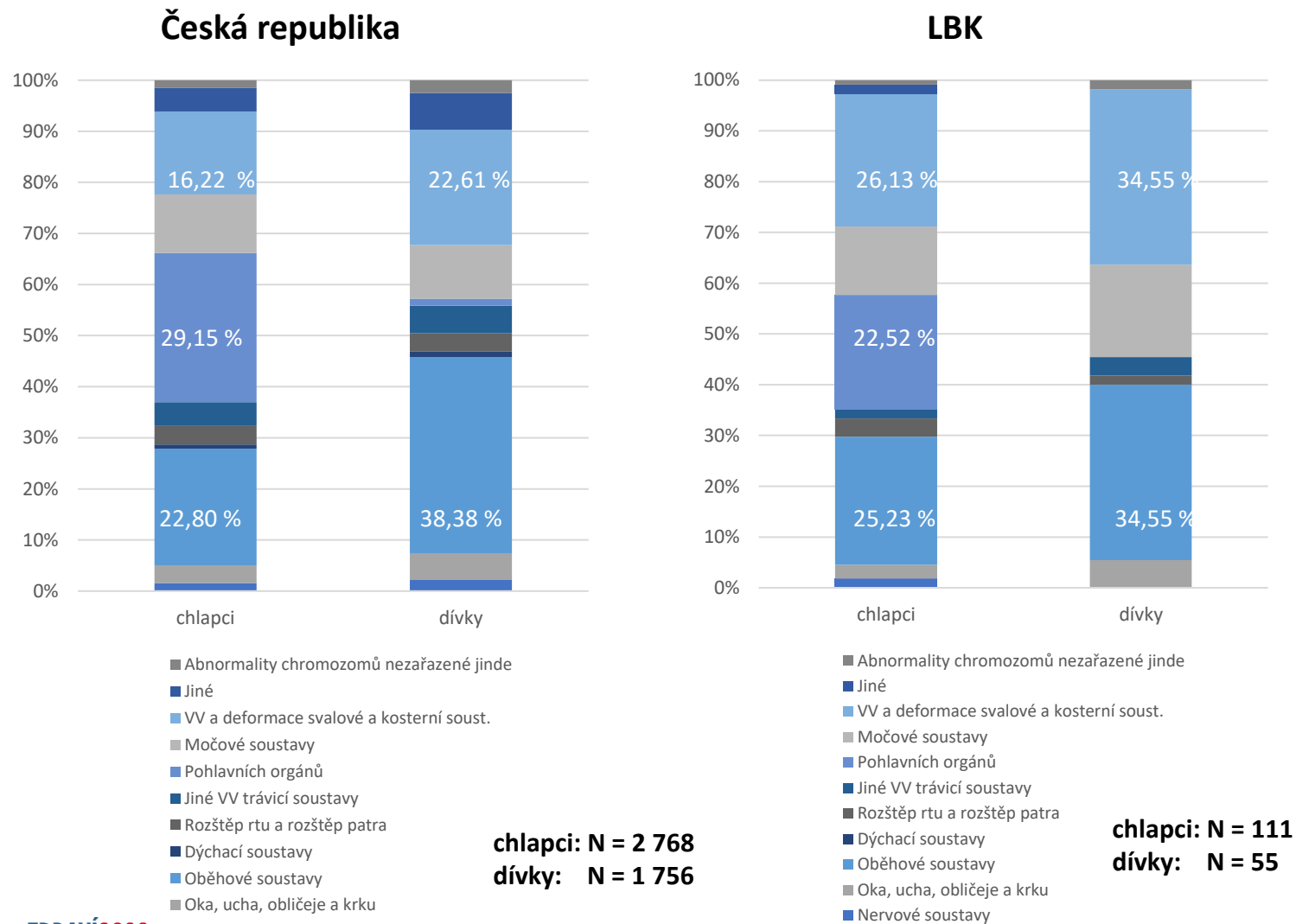
Celková **incidence vrozených vad** se v posledních letech **výrazně nemění**. Mírné kolísání je způsobené kolísáním četnosti vybraných diagnóz. U některých diagnóz navíc dochází ke změně poměru mezi diagnózami prenatalně a postnatálně diagnostikovanými. Díky tomu se mění spektrum zastoupení závažných vrozených vad u narozených.

Zvyšující se průměrný věk rodiček nepříznivě ovlivňuje nejen reprodukční status ČR, ale předpokládá se, že také nepříznivě ovlivňuje **výskyt vrozených vad**. Vliv vyššího věku rodiček byl jednoznačně prokázán u **vrozených chromozomových aberací**. V případě jiných vrozených vad tento vliv nebyl jednoznačně prokázán, ale v některých případech ani vyloučen.

Druhy vrožených vad u živě narozených

Zdroj: ÚZIS ČR – NRRZ – Vrozené vady

Druhy vrožených vad z kapitoly XVII. (Q00-Q99) podle pohlaví v roce 2017



Často se vyskytujícími vroženými vadami u chlapců i dívek jsou vrožené vady srdeční (Q20-Q28). U chlapců představovaly v roce 2017 22,80 % a u dívek 38,38 %. V LBK představovaly 25,23 % u chlapců a 34,55 % u dívek.

Dalšími četnými vroženými vadami jsou u chlapců vrožené vady pohlavních orgánů (ČR – 29,15 %, LBK – 22,52 %) a u dívek svalové a kosterní soustavy (ČR – 22,61 %, LBK – 34,55 %).

Jednotlivé skupiny diagnóz se podílí svými vzestupy a poklesy na celkové incidenci všech vrožených vad.

Živě narození s vroženou vadou v roce 2017

ČR		
	chlapci	dívky
živě narození s VV	2 572	1 635
živě narození s VV na 1 000 živě narozených	43,84	29,34
z toho živě narození s dg. Q00-Q99	2 553	1 625
LBK		
	chlapci	dívky
živě narození s VV	101	49
živě narození s VV na 1 000 živě narozených	40,97	21,42
z toho živě narození s dg. Q00-Q99	99	49

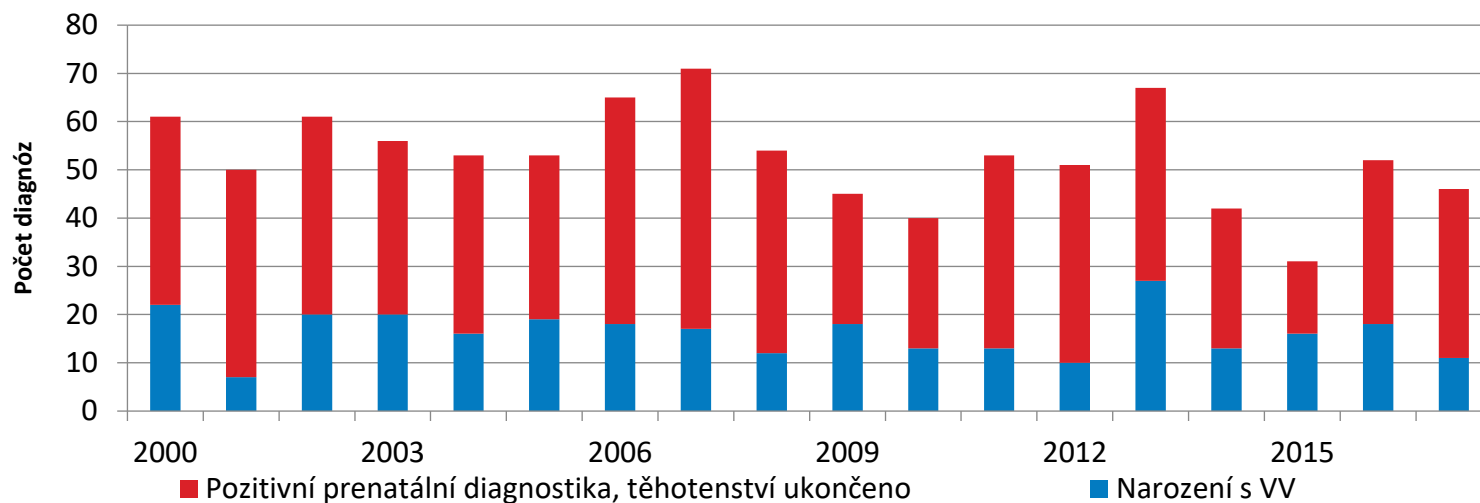
Pozn.: Vrozené vady zjištěné do 1 roku života uváděné podle roku narození a kraje bydliště matky.

Výskyt vybraných vývojových vad: ČR

Zdroj: ÚZIS ČR – NRRZ – Vrozené vady



Výskyt anencefalie, spina bifida a encefalokély v ČR v letech 2000-2017



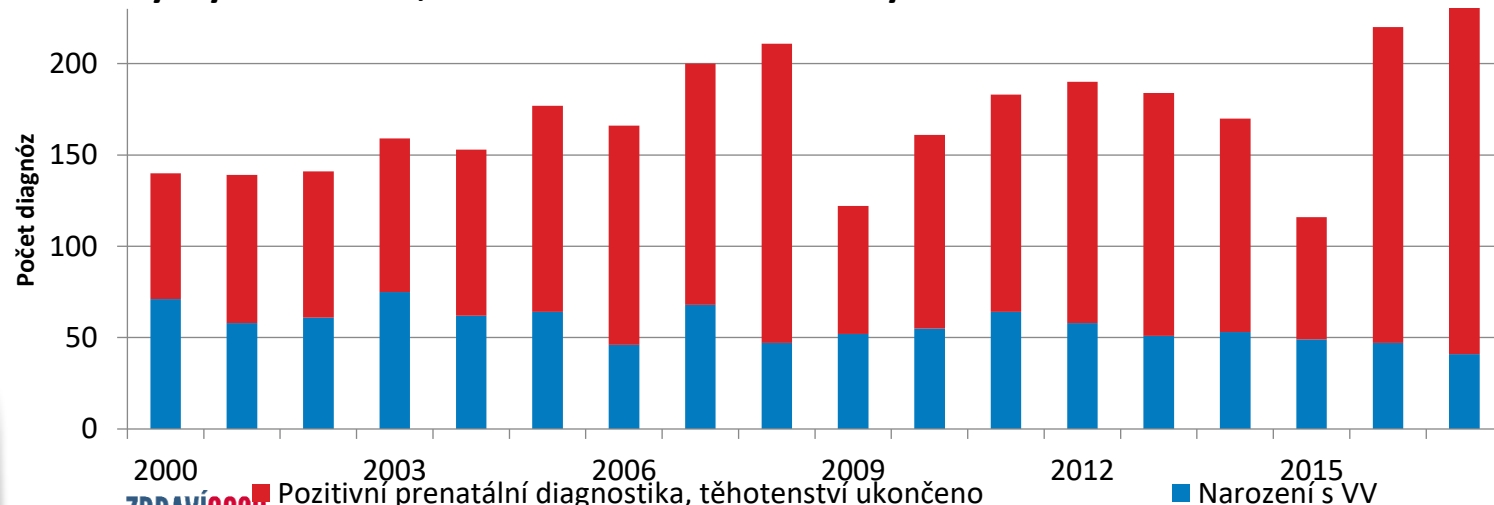
Výskyt vrozených vad v populaci velmi významně ovlivňuje stále se rozvíjející a úspěšnější prenatalní diagnostika vrozených vad. Velké množství vrozených vad je odhaleno ještě v prenatalním období vývoje plodu a značná část těchto dětí se ani nenarodí. Nejčastěji prenatalně zachycovanými vadami jsou vrozené chromozomové aberace, z nichž především Downův syndrom.

K tomu dochází díky vyššímu využívání prvotrimestrálního screeningu těhotných, který má vyšší detekční potenciál nejen Downova syndromu, ale také dalších vad. Díky častějšímu screeningu také stoupá možnost využívání časnějších diagnostických metod, jako je odběr choriových klků.

Riziko chromozomových aberací se zvyšuje se stoupajícím věkem těhotných a z důvodu nepříznivě se vyvíjejícím průměrným věkem rodiček se zvyšuje i incidence těchto diagnóz.

Prevalence diagnóz ze skupiny rozštěpových vad centrálního nervového systému se příliš nemění.

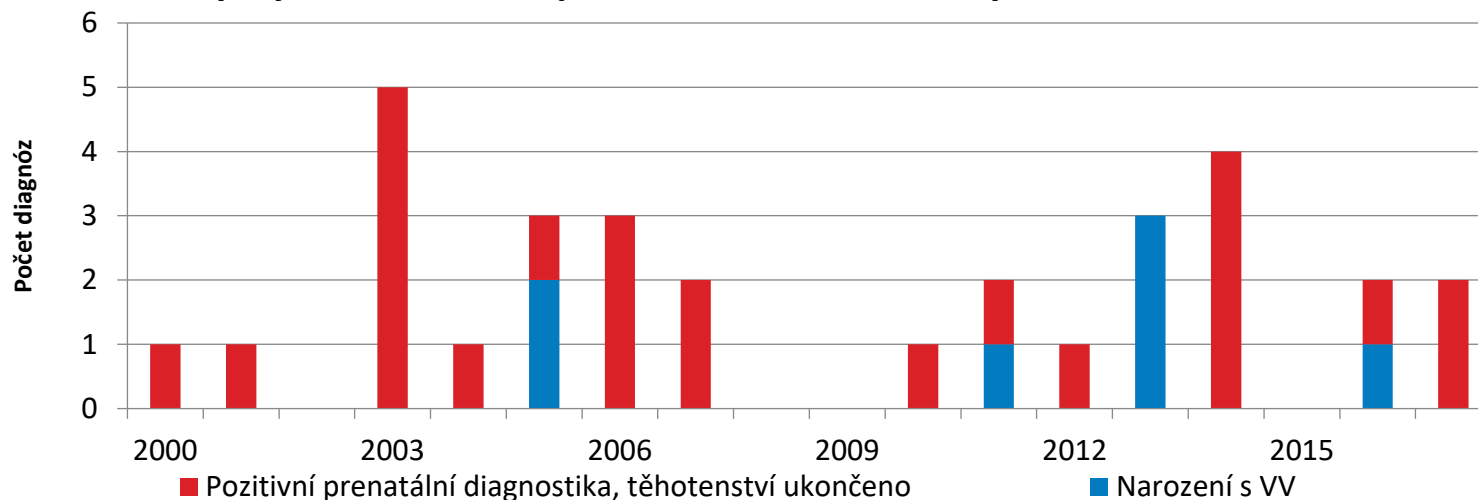
Výskyt Downova, Edwardsova a Patauova syndromu v ČR v letech 2000-2017



Výskyt vybraných vývojových vad: LBK

Zdroj: ÚZIS ČR – NRRZ – Vrozené vady

Výskyt anencefalie, spina bifida a encefalokély v letech 2000-2017



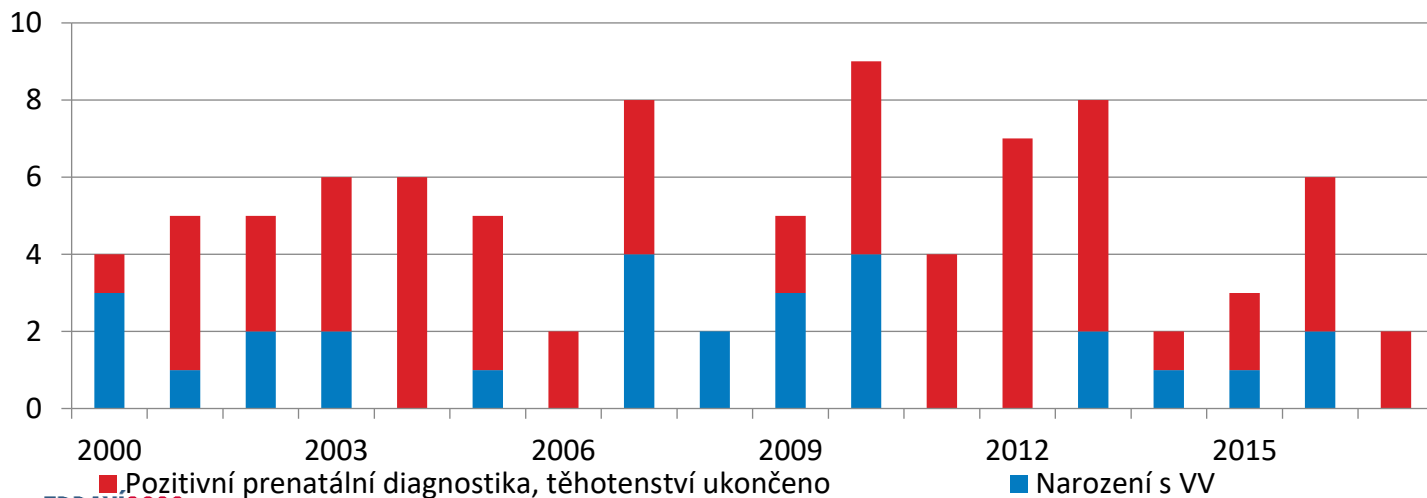
Výskyt vrozených vad v populaci velmi významně ovlivňuje stále se rozvíjející a úspěšnější prenatalní diagnostika vrozených vad. Velké množství vrozených vad je odhaleno ještě v prenatalním období vývoje plodu a značná část těchto dětí se ani nenarodí. Nejčastěji prenatalně zachycovanými vadami jsou vrozené chromozomové aberace, z nichž především Downův syndrom.

K tomu dochází díky vyššímu využívání prvotrimestrálního screeningu těhotných, který má vyšší detekční potenciál nejen Downova syndromu, ale také dalších vad. Díky častějšímu screeningu také stoupá možnost využívání časnějších diagnostických metod, jako je odběr choriových klků.

Riziko chromozomových aberací se zvyšuje se stoupajícím věkem těhotných a z důvodu nepříznivě se vyvíjejícím průměrným věkem rodiček se zvyšuje i incidence těchto diagnóz.

Prevalence diagnóz ze skupiny rozštěpových vad centrálního nervového systému se příliš nemění.

Výskyt Downova, Edwardsova a Patauova syndromu v letech 2000-2017

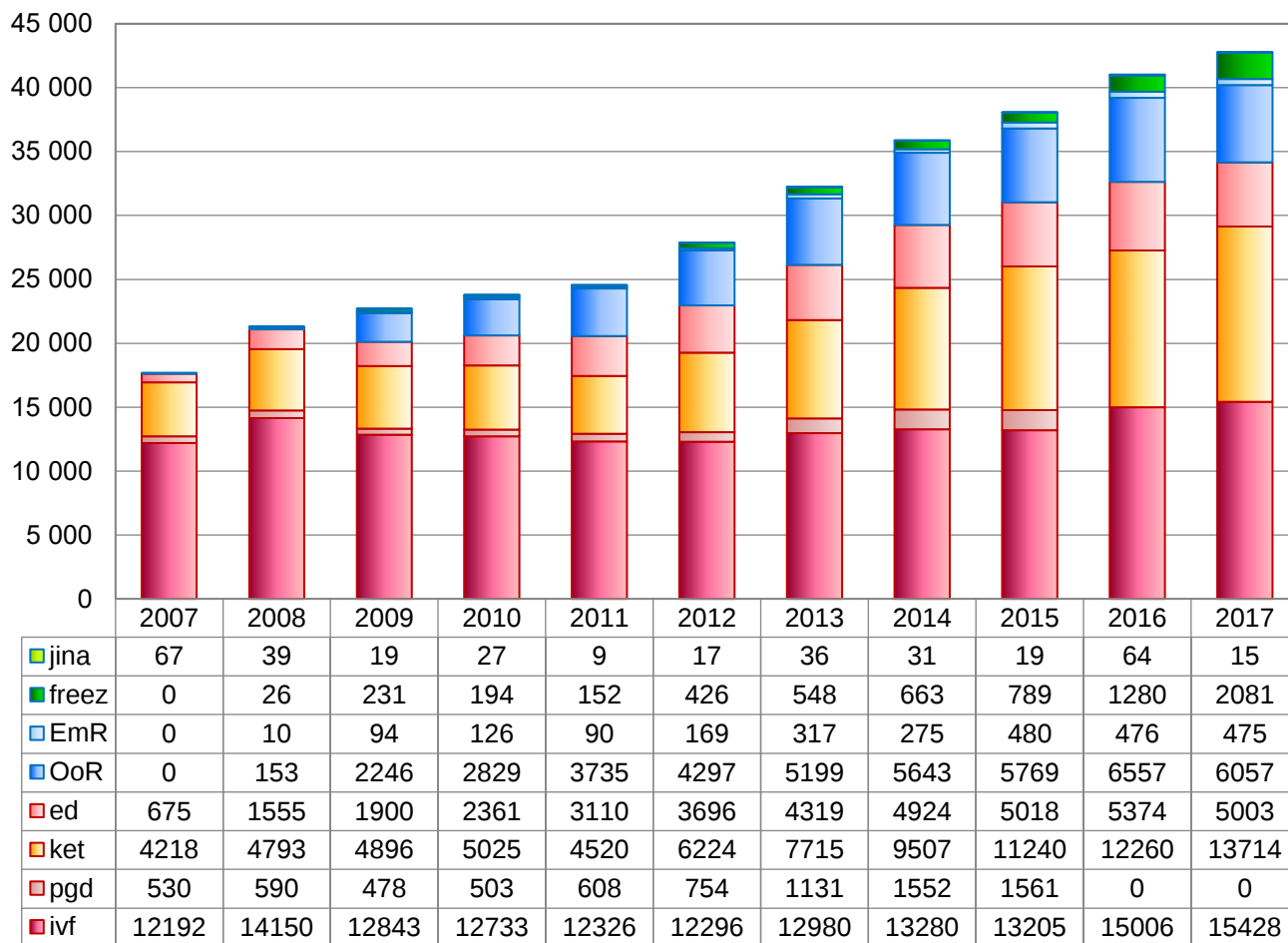


Asistovaná reprodukce: trend v ČR

Zdroj: ÚZIS ČR – NRRZ – Asistovaná reprodukce



Počet cyklů asistované reprodukce podle zamýšleného cíle cyklu



Pozn.: Cyklus EmR je cyklus přijímající embryo jiného páru. Cyklus Freez je cyklus, který má za cíl zamrazit všechny oocyty nebo embryo. Cyklus PGD byl do roku 2016 takový cyklus, který měl jako cíl provést preimplentační genetické testování.

Základní jednotkou sledovanou v asistované reprodukci je cyklus. Je to proces léčby, který směřuje za pomoci metod asistované reprodukce k otěhotnění dané ženy. V registru bylo rozlišováno 7 druhů těchto cyklů, od roku 2016 se sleduje 6 základních druhů cyklu.

Z hlediska otázky počtu narozených dětí po asistované reprodukci nás nejvíce zajímají cykly IVF a KET. IVF cyklus je cyklus, kde bylo provedeno mimotělní oplodnění. Samo oplození se provádí buď přidáním spermií k vajíčku nebo vpíchnutí spermií do vajíček. Cyklus KET je cyklus s transferem rozmražených embryí, uchovaných z předchozího cyklu IVF.

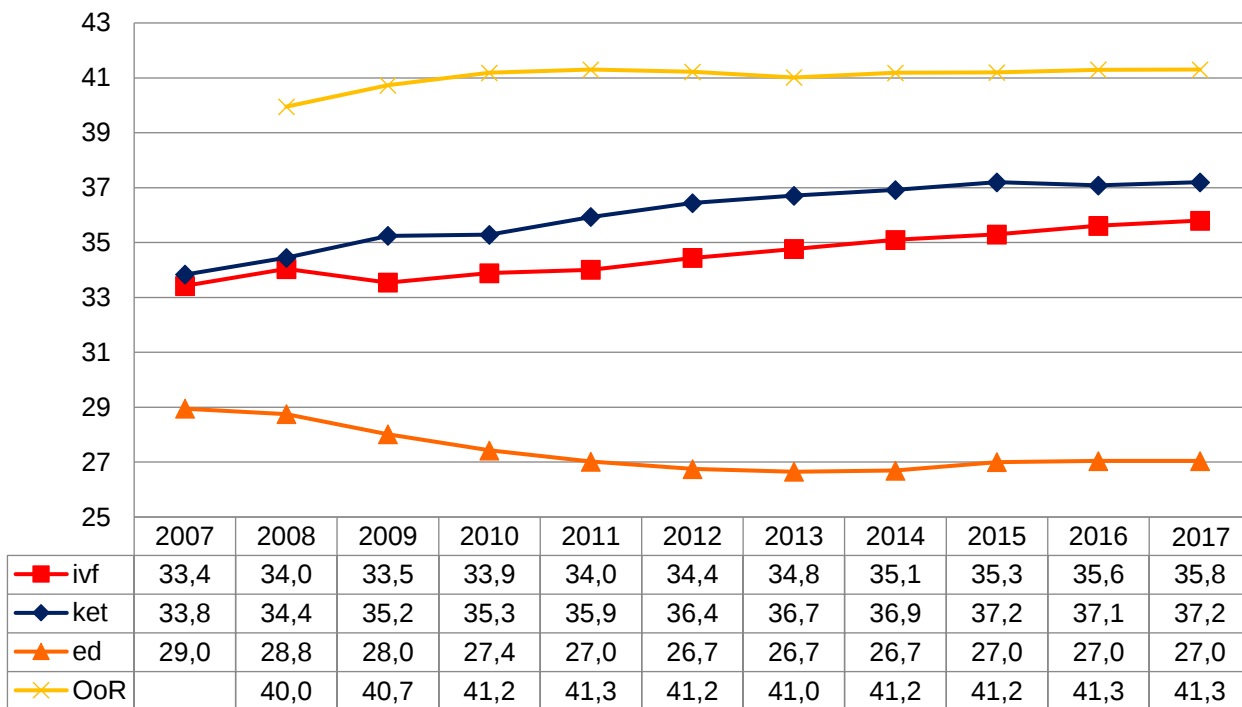
Počet cyklů s cílem léčby neplodnosti IVF je přibližně stabilní. Počty cyklů s cílem darování vajíček (Ed) či cyklů s přijetím darovaných vajíček (OoR) rostou. Výrazný je i časový nárůst cyklů s kryoembryotransferem (KET), což souvisí se strategií single embryotransferu.

Asistovaná reprodukce: věk pacientek

Zdroj: ÚZIS ČR – NRRZ – Asistovaná reprodukce



Průměr věk žen při zahájení cyklu v letech 2007-2017 pro ČR



Jakýkoliv výsledek vyjadřující efektivitu léčby asistovanou reprodukcí, který by nebral v úvahu věk ženy, postrádá téměř vždy reálnou informační hodnotu.

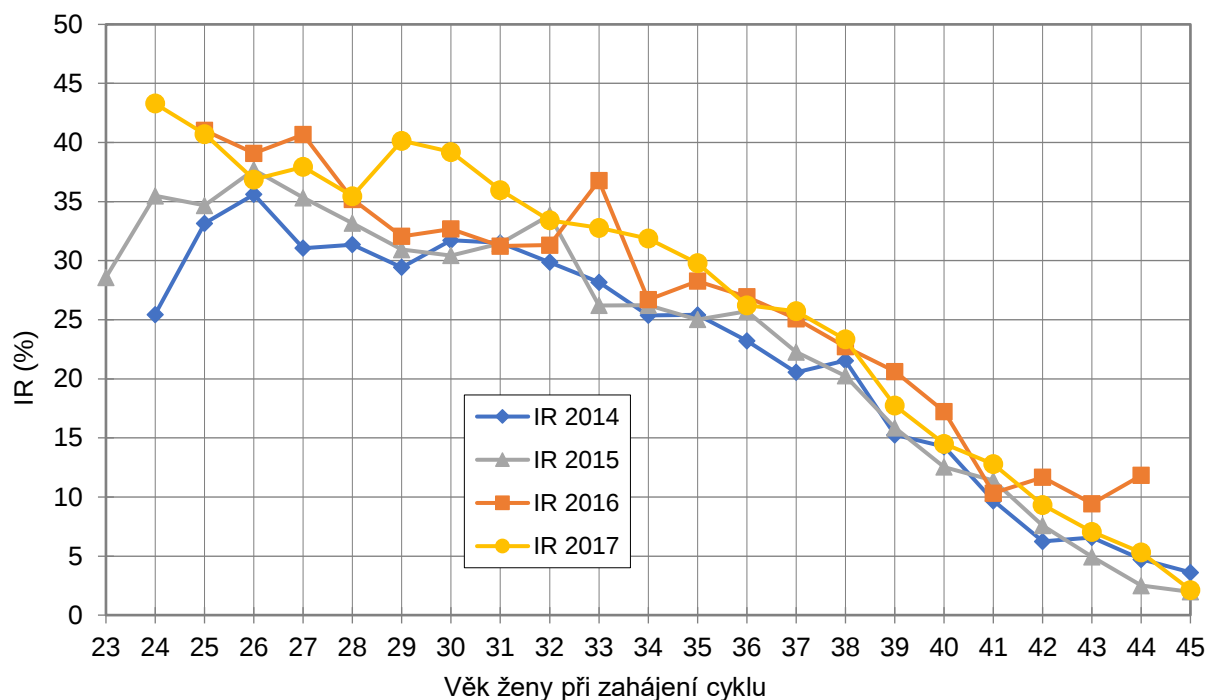
Vzestup průměrného věku žen při zahájení cyklu IVF odráží jednak obecný časový trend ve věku matek a jednak vyšší zastoupení žen vyššího věku, které absolvují tzv. ivf cykly s minimální stimulací. Tyto cykly jsou levnější, avšak z medicínského pohledu je ve vyšším věku výsledkem jen malý počet oocytů po jakékoliv stimulaci. Opakování těchto cyklů se projevuje v posunu průměrného věku v uvedeném grafu. Vyšší průměrný věk KET cyklů oproti IVF cyklům je výsledkem toho, že KET navazuje až po IVF cyklu.

Asistovaná reprodukce: implantation rate po IVF/ICSI



Zdroj: ÚZIS ČR – NRRZ – Asistovaná reprodukce

Implantion rate po IVF/ICSI v letech 2014-2017 podle věku ženy pro ČR



Implantation rate (IR) je základní parametr efektivity asistované reprodukce, který je vztahovaný na cykly s provedením embryotransferu. IR je podíl počtu plodových vajec (gestačních váček viditelných ultrazvukovým vyšetřením v děloze) a počtu transferovaných embryí.

Od 33 let věku ženy se naděje na implantaci embrya snižuje. Implantation rate do 32 let dosahuje přibližně hodnoty 32 %, tedy 2krát vyšší než je pravděpodobnost otěhotnění v přirozeném cyklu bez lékařské asistence. To je dáno tím, že jsou transferována embrya, která jsou vybrána jako nejlepší.

Asistovaná reprodukce: porody po cyklech s cílem IVF a KET



Zdroj: ÚZIS ČR – NRRZ – Asistovaná reprodukce

Porody po cyklech s cílem IVF (mimotělní oplození) pro ČR

Rok a věková skupina	2010			2011			2012			2013			2014			2015			2016			2017		
	–34	35–39	40+	–34	35–39	40+	–34	35–39	40+	–34	35–39	40+	–34	35–39	40+	–34	35–39	40+	–34	35–39	40+	–34	35–39	40+
Počty cyklů IVF	13 058			12 853			12 955			13 994			14 651			14 668			15 002			15 426		
Rozděleno podle věku ženy při zahájení cyklu	7 838	4 238	982	7 428	4 393	1 032	7 041	4 604	1 310	7 081	5 173	1 740	6 955	5 599	2 097	6 526	5 820	2 322	6 474	5 716	2 812	6 435	5 841	3 150
Cykly s výsledkem grav.: porod	1 874	716	58	1 478	563	41	1 880	849	68	1 666	869	98	1 455	787	105	1 309	746	79	1 289	786	111	1 201	670	106
Podíl porodů z celkového počtu cyklů (%)	23,9	16,9	5,9	19,9	12,8	4,0	26,7	18,4	5,2	23,5	16,8	5,6	20,9	14,1	5,0	20,1	12,8	3,4	19,9	13,8	3,9	18,7	11,5	3,4
Počty porozených dětí za rok	3 241			2 515			3 230			2 939			2 607			2 353			2 356			2 086		
Rozděleno podle věku ženy při zahájení cyklu	2 340	839	62	1 809	665	41	2 194	959	77	1 857	976	106	1 638	857	112	1 445	824	84	1 387	850	119	1 266	706	114

Porody po cyklech s cílem KET (kryoembryotransfer) pro ČR

Rok a věková skupina	2010			2011			2012			2013			2014			2015			2016			2017		
	–34	35–39	40+	–34	35–39	40+	–34	35–39	40+	–34	35–39	40+	–34	35–39	40+	–34	35–39	40+	–34	35–39	40+	–34	35–39	40+
Počty cyklů KET	5 010			4 496			6 179			7 671			9 477			11 226			12 259			13 714		
Rozděleno podle věku ženy při zahájení cyklu	2 665	1 367	978	2 176	1 291	1 029	2 699	1 824	1 656	3 240	2 141	2 290	3 747	2 792	2 938	4 249	3 350	3 627	4 669	3 743	3 847	5 141	4 163	4 410
Cykly s výsledkem grav.: porod	413	199	136	309	145	86	539	295	242	677	410	374	783	517	501	772	474	481	966	606	402	996	665	381
Podíl porodů z celkového počtu cyklů (%)	15,5	14,6	13,9	14,2	11,2	8,4	20,0	16,2	14,6	20,9	19,1	16,3	20,9	18,5	17,1	18,2	14,1	13,3	20,7	16,2	10,4	19,4	16,0	8,6
Počty porozených dětí za rok	894			641			1 264			1 645			1 974			1 905			2 148			2 166		
Rozděleno podle věku ženy při zahájení cyklu	486	236	172	365	173	103	616	344	304	758	450	437	843	556	575	835	517	553	1 028	650	470	1 044	710	412

K porodu dle očekávání dospěje více žen mladších než starších. Přibližně ¼ žen těhotných po IVF cyklech ve věku do 35 let potratí, ve věku nad 40 let je to přibližně polovina. Od roku 2012 klesá počet vícečetných porodů, což je pozitivní trend. Důvodem je doporučení Sekce asistované reprodukce České gynekologicko-porodnické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně ke snižování počtu transferovaných embryí. Trend podporují i změny v úhradách zdravotními pojišťovnami, které motivují ke snížení počtu embryí na 1 v prvních dvou cyklech.