

**Analýza – Kapitola III.
Nedostatek zdravotnického personálu v ČR a KHK**

Obsah

Analýza – Kapitola III. (Textová část)	3
Úvod a historický vývoj	4
Stav zdravotnického personálu v ČR	6
Mzdová problematika.....	7
Počty a stárnutí lékařů	8
Problematika sester.....	10
Shrnutí problematiky celé ČR a zkušenosti se specializačním vzděláváním lékařů	11
Statistický obraz personální situace zdravotníků a hlavní trendy v KHK.....	13
Přesuny zdravotníků mezi segmenty zdravotních služeb	16
Seznam použité literatury a citací	18
Analýza - Kapitola III. (Obrazová část)	19
Související obrazy a komentáře z dalších kapitol Analýzy	53

Stručný uživatelský manuál

- V sekci [Analýza – Kapitola III. \(Textová část\)](#) nabízejí **červené názvy obrazů** (nebo červený odkaz na obraz) možnost přejít na konkrétní obraz. Návrat zpět k původnímu textu je možný kombinací kláves Alt a šipka doleva.
- V části s názvem „[Související obrazy a komentáře z dalších kapitol Analýzy](#)“ jsou pro snazší orientaci uvedeny nejprve komentáře a následně obrazy, které jsou součástí jiných kapitol Analýzy. Jedná se však pouze o prvotní obrazy, na které je odkazováno v textové části této kapitoly. V případě, že je v komentáři uveden odkaz na další obraz, pak již není součástí této přílohy a je uveden v příslušné kapitole Analýzy. **Modrý název obrazu** je zde zároveň přímým odkazem na konkrétní obraz. **Zelený název obrazu** je přímým odkazem zpět na komentář ke konkrétnímu obrazu.

Analýza – Kapitola III. (Textová část)
Nedostatek zdravotnického personálu v ČR a KHK

Úvod a historický vývoj

Tato kapitola shrnuje personální problematiku, která v posledních letech v našem zdravotnictví dominuje. Problémy v ČR a v KHK mají podobné příčiny i rozsah, a proto jsou analyzovány dohromady a na situace, které se týkají přímo kraje, bude explicitně poukázáno. Některá specifika nedostatku zdravotníků, týkající se konkrétních zdravotnických segmentů a oborů se objeví i v ostatních kapitolách této Analýzy.

Je potřeba upozornit, že spolu s legislativními a technickými problémy okolo registrů lékařů a sester vznikaly v posledním desetiletí i problémy ve statistikách a vývojových řadách uvnitř ČR. Navíc srovnávání počtu lékařů, sester a dalších pracovníků ve zdravotnictví s různými zahraničními zdroji jsou obtížná metodicky, zejména kvůli různé kategorizaci zdravotníků, změnám zákonů o zdravotnických pracovnících v r. 2004 a přizpůsobování se evropské legislativě. Mimořádně složitým problémem mezinárodního srovnávání jsou také odlišné hranice zdravotnictví a sociálního systému v jednotlivých zemích. Sledování počtů pracovníků, činností nebo personálních nákladů ve zdravotnictví a v sociálním systému vychází i z odlišných klasifikací pracovníků a jejich nomenklatury. Příkladem může být různé zapojení obou systémů při poskytování dlouhodobé lůžkové či domácí péče u chronicky nemocných, při odvykací léčbě alkoholiků nebo přístup k úhradám kompenzačních pomůcek. Interpretace statistik musí proto být obezřetná, ne vždy jsou data konzistentní. Z uvedených důvodů je v této kapitole větší počet grafů a tabulek z různých zdrojů, aby je bylo možné mezi sebou konfrontovat z pohledu absolutních počtů, časového vývoje a srovnání se zahraničím a obecně vnímanou kritickou personální situací spolehlivě dokumentovat.

Na personální problémy si v minulosti stěžovali zdravotníci v ČR vždy. V období do r. 1989 to bylo zejména na nedostatek administrativních a technických pracovníků, kteří byli v hospodářské sféře placeni lépe než ve zdravotnictví. Do poloviny 90. let v době reorganizace zdravotnictví a v rámci snah o racionalizaci systému se vedle nadbytku lůžkových kapacit upozorňovalo i na poměrně vysoký stav lékařů a absenci jejich jakékoliv nezaměstnanosti.¹ V té době došlo nakrátko i ke zvýšení počtu sester, ale na druhou stranu se snížil počet českých studentů na Lékařských fakultách na úkor studentů zahraničních. Dokonce ještě v r. 2008 v rámci komplexní analýzy českého zdravotnictví (tzv. Kulatý stůl)² se o riziku nedostatku personálu prakticky nemluvílo, a pokud ano, tak jen epizodicky, jako např. upozornění na mimořádně nepříznivé věkové spektrum stomatologů s potřebou zvýšení počtu studentů tohoto oboru o 40 %, i když zrovna v tomto případě je v současné době prognóza počtu stomatologů dobrá, viz kapitola V. Ambulantní péče a zajištění prevence v KHK.

Od protestní akce lékařů „Děkujeme, odcházíme“, která kulminovala v letech 2010–2011 však začalo být naprosto jasné, že zdravotnictví v rámci požadavků na zvýšení financování systému lobuje nejen za zvyšování platů, ale že i nedostatek personálu a vysoká pracovní zátěž se stávají vážnou hrozbou, ohrožující sociální smír a přinášející konflikty na nejrůznějších úrovních. Během minulých deseti let se tato situace dále vyhroutil tak, že

¹ *Health care systems in transition: Czech Republic*. European Observatory on Health Care Systems, ©2000. ISSN 1020-9077. Dostupné online z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108357>

² *Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR. Zdravotnictví v číslech a názorech*. Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR. Praha, 2008. ISBN-13 978-80-85047-35-6.

i při využití veškerých politických, manažerských a racionalizačních kroků na centrálních i lokálních úrovních nejsou dnes již některé segmenty a obory zdravotnictví schopné garantovat bezpečnost a udržitelnost poskytování služeb. Nejvážnější situace je aktuálně v oblasti stavu zdravotních sester v nepřetržitém lůžkovém provozu, u praktických lékařů pro děti a dorost a v dětské psychiatrii, ale i v řadě dalších oborů je situace kritická. Dále je nutno zmínit obory, u nichž lze situaci zatím považovat za relativně stabilní, avšak dle prognózovaných údajů i zde v následujících letech bude docházet k postupnému zhoršování personální situace. Tato poznámka se týká personálu lékařského i nelékařského. Samozřejmě prognózy vývoje mohou být ovlivněny řadou nepředvídatelných jevů, mezi které zcela jistě patří i současná pandemie COVID-19, lze bohužel předpokládat, že i v tomto ohledu bude mít pandemie negativní vliv na situaci, která již před pandemií byla závažná.

Stav zdravotnického personálu v ČR

Obr. 3.1 Vývoj počtu pracovníků ve zdravotnictví 2008-2018

Tabulka ukazuje vývoj počtu pracovníků v jednotlivých sférách zdravotnictví podle domácích zdrojů.³ V letech 2008-2018 je průměrný nárůst v průměru 11,3 %. Nárůstu u lékařů je 13,8 %, u zdravotních sester pouze 3,0 %.

Obr. 3.2 Úvazky lékařů v ČR, r. 2010-2017

Obr. 3.3 Vývoj úvazků zdravotních sester a por. asistentek v ČR, r. 2010-2017

Lékařů přibývá v letech 2010-2018 zejména na akutních lůžkových odděleních v akutních nemocnicích. Vývoj počtu sester v jednotlivých segmentech naopak v tomto období ukazuje jejich masivní úbytek na akutních lůžkových odděleních. U obou profesí je situace stabilnější jen v ambulantní (nelůžkové) sféře.

Obr. 3.4 Praktikující lékaři na 1 000 obyvatel, r. 2000 a 2017

Obr. 3.5 Praktikující zdravotní sestry na 1 000 obyvatel, r. 2000 a 2017

Obr. 3.6 Shrnutí vývoje počtu lékařů a sester podle grafů OECD za období let 2000-2017

Podle mezinárodních zdrojů⁴ srovnání vývoje počtu lékařů a sester s jinými zeměmi ukazuje, že aktuálně (r. 2017) je počet lékařů na 1 000 obyvatel v ČR lehce nad průměrem OECD a u sester lehce pod průměrem. Neutěšenou situaci v ČR v této statistice spíše, než průměry lépe demonstrují dynamiky růstu počtů pracovníků. Na vývoji z let 2010-2017 je rychlost růstu u obou profesí více než dvaapůlkrát vyšší u průměru zemí OECD oproti ČR.

Obecné důvody pro vyšší potřebu personálu ve zdravotnictví souvisí s dvěma důvody, které jsou z části propojené. Díky bezpečnějšímu životu a pokrokům medicíny se prodlužuje průměrná délka života a přináší větší podíl seniorů v populaci, vyšší náklady zdravotnictví a pro zdravotníky více práce s vyššími věkovými skupinami. Druhým důvodem je výrazný technologický rozvoj medicíny, který přináší lepší výsledky péče, ale zároveň také potřebu vyššího počtu zdravotníků. Nové technologie a stále těžší pacienti se soustřeďují více do nemocnic, a tak růst počtu lékařů a sester je zde prioritní. Příklady personálně náročných činností, které to mohou dokladovat jsou např. pokroky v intenzivní medicíně, péče o nedonošené novorozence, náročná diagnostika typu magnetické rezonance nebo pozitronová emisní tomografie, robotické výkony, ortopedické náhrady kloubů a další. S náročnějšími technikami stoupá zároveň i potřeba ošetrovatelské péče, doléčování a rehabilitace pacientů.

Paralelně s bohatnutím společnosti a sociologickými změnami se objevují i další fenomény. Prohlubují se nároky mladších generací na volný čas a na sladování náročného profesního života s životem osobním a rodinným. Akceptování extrémních pracovních nároků se týká spíše jen mimořádných okolností a ve standardním zaměstnání je požadována práce s přiměřenou zátěží a dodržování pracovní doby. Ochota zapojovat se do trojsměnných provozů a do pohotovostních služeb výrazně klesla.

³ *Zdravotnická ročenka České republiky 2018*. Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky ČR, 2019. ISSN 1210-9991. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>

⁴ *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paříž: OECD Publishing, 2019. ISBN 978-92-64-38208-4 (print). Dostupné online z: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1599649482&id=id&accname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871>

Mzdová problematika

Obr. 3.7 Odměňování lékařů

Obr. 3.8 Odměňování sester

Jako třetí důvod, proč zejména v ČR personální napětí stále roste, bývá označovaná nízká mzdová úroveň ve zdravotnictví. Mzdy lékařů a sester v ČR od r. 2010 stoupají, ale ani tento nárůst však pracovníky neuspokojuje. **Obr. 3.7 a 3.8** zobrazují jak absolutní nárůsty, tak poměr mzdy oproti průměrné mzdě v ČR.

Mezinárodní srovnání mezd je proto namístě, není však úplně bez technických rizik, protože jednotlivé země nejsou ve své metodice statistik dobře sjednocené. Přesčasy, služby a vedlejší úvazky se posuzují a vykazují různě a ve srovnávaných zemích bývá velmi různě zavedeno odměňování všeobecných praktických lékařů vůči specialistům, nemocničních lékařů vůči lékařům v ambulancích nebo lékařů ve veřejném sektoru vůči lékařům privátním. Podobné je to i u sester a navíc z řady zemí nejsou k dispozici podrobnější údaje, které by mapovaly celý pracovní trh. Přesto mohou být tyto statistiky zajímavé, byť nejsou úplně aktuální a nereflktují ještě poslední vlnu zvyšování výdělků v letech 2018 a 2019 u nás.

Obr. 3.9 Průměr mzdy specializovaných lékařů k průměrné mzdě v zemi

Porovnání platů v ČR a v zahraničí je u lékařů k dispozici jen ve formě poměru mzdy k průměrné mzdě v dané zemi. Výsledky u českých lékařů (2,4) jsou chabé a jejich ohodnocení není zjevně tak dobré, jako by bylo třeba. Zajímavostí sice je, že relativní platy např. ve Švédsku a Norsku jsou lehce nižší než u nás (2,3 a 1,8), ale řada lékařů do Švédska přesto jezdí pracovat a díky reálné nominální mzdě jsou tamní poměry velmi uspokojující, a to i přes vyšší životní náklady. Ve Francii je relativní mzda rovněž nižší než u nás, ale je to kompenzováno výdělkem v silném a bohatém privátním ambulantním sektoru. V ostatních vyspělých zemích je však hodnocení lékařů zřetelně vyšší než u nás.

Obr. 3.10 Platy sester ve srovnání s průměrnou mzdou v zemi (vlevo) a korigované paritou kupní síly

U sester v ČR naopak relativní mzda, vztažená k průměrné mzdě v dané zemi, není zdánlivě tak špatná, jak by se čekalo. Průměr OECD je 1,1násobkem průměrné mzdy a u českých sester jsme proto s indexem 1,2 lehce nad průměrem. Zajímavé je, že ve většině bohatších evropských zemí se na rozdíl od velkých rozdílů u lékařů pohybují sestry jen v poměrně úzkém intervalu 0,9 – 1,3 uvedeného indexu (Švýcarsko nejnižší, Španělsko nejvyšší). Při porovnávání rozdílů mezi jednotlivými zeměmi v nominální výši, korigované paritou kupní síly, jsou však výsledky u našich sester mnohem horší a jejich mzdy se zde pohybují až v nejnižší třetině žebříčku.

Po mzdových analýzách je však potřeba velmi silně zdůraznit, že velké personální problémy s nedostatečným počtem sester, ale i lékařů a dalších zdravotníků, a jejich značná nespokojenost má i jiné příčiny než jen nízké mzdy. Jsou to především pracovní podmínky a přetížení v práci, špatné specializační vzdělávání, nedostatek absolventů aj., které vedou k dlouhodobé frustraci, k odchodům pracovníků do zahraničí a nebo k úplnému opuštění zdravotnictví a přesunu do jiných sektorů hospodářství. Okolnosti se však mezi lékaři a sestrami částečně liší. Obě kategorie jsou proto v dalším probrány samostatně, ale je na ně potřeba nahlížet nejen jako na uzavřené profesní skupiny, ale i jako na nejtypičtější reprezentanty dalších skupin pracovníků, které sdílejí podobné systémové nedostatky.

Počty a stárnutí lékařů

U lékařů není důležitý jen jejich absolutní počet v zemi, ale též jejich geografické a zejména oborové rozložení. (Větší počet lékařů ve velkých městech je celkem dobře zmapován, viz kapitola V. Ambulantní péče a zajištění prevence v KHK, **obr. 5.5**). Absolutní počet lékařů na 1 000 obyvatel je v ČR oproti stavu v zemích OECD lehce nadprůměrný (**viz obr. 3.4**). Vyšší stav než v ČR je v Rakousku, Norsku, Švýcarsku, Německu, nebo Dánsku. Naopak nižší počet lékařů, než u nás je v řadě jiných vyspělých zemí, kde je zdravotnictví rovněž považováno za vysoce kvalitní, jako např. v Holandsku, Francii, Izraeli, Belgii, Finsku nebo v Kanadě. Skutečnost, že vyšší počet lékařů na obyvatele nemusí znamenat jen lepší kvalitu zdravotnictví demonstruje fakt, že v pořadí před námi jsou Řecko (první v žebříčku), Portugalsko, Rusko, Itálie a Španělsko. Statistiky naopak dokladují, že i s nižším stavem lékařů lze systém provozovat bez ztráty kvality zdravotnictví, ale jistě je nutno vyvažovat menší počet lékařů jejich lepším zázemím (vyšší nasazení administrativních pracovníků, nemluvě o redukcii administrativy), vyššími kompetencemi sester, výchovou pacientů směrem k menšímu počtu kontaktů občanů s lékaři, dokonalejšími systémy elektronické dokumentace aj.

Obr. 3.11 Neoptimální demografický vývoj českých lékařů

Specifickým problémem u lékařů je jejich demografické stárnutí, které je nejvyšší u lékařů v ambulantním terénu, jak ukazuje graf, kde jsou lékaři rozděleni podle oborů i místa působení. Specializace, které mají zastoupení jak v nemocniční, tak ambulantní sféře, mohou lékaře v ambulancích nahrazovat z nemocničních zdrojů, protože o soukromý ambulantní sektor je dost velký zájem. U praktických lékařů je to však obtížnější, protože jediným zdrojem jsou aktuálně se připravující mladí lékaři ve specializačních programech v ambulancích zkušených PL, kteří fungují jako školitelé. Existuje i možnost pro lékaře základních a širších oborů se na praktické lékaře requalifikovat, ale v praxi to zejména pro starší lékaře úplně jednoduché není. Nejrizikovější v tomto ohledu je obsazování uvolňujících se ambulancí všeobecných praktických lékařů a zejména praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD), jejichž průměrný věk se blíží 60 rokům. Jejich úbytek je již nyní kritický.

Obr. 3.12 Podíl starších lékařů 55+ v celé lékařské populaci – mezinárodní srovnání

Jak již bylo uvedeno výše, jsou průměrné hodnoty relativního počtu lékařů v ČR nadprůměrné (**viz obr. 3.4**). Na grafu zde je k tomu zobrazen i podíl lékařů věku 55+ v zemích OECD, který je ukazatelem průměrného věkového složení lékařů. Toto věkové spektrum není u nás, podobně jako celkový počet lékařů, také nijak dramaticky špatné. Podíl starších lékařů (věk 55+) je jen lehce vyšší než průměr v OECD (37 % oproti 35 %), přičemž řada zemí se pohybuje okolo hranice 45 % (mj. Francie a Německo). Spolu s relativním nadprůměrným počtem lékařů, rozumným věkovým průměrem a s výraznými věkovými rozdíly na předchozím grafu **obr. 3.11** se tedy ukazuje, že problém nedostatku lékařů spočívá též ve velkých věkových rozdílech mezi jednotlivými obory. Je proto prioritně potřeba řešit nedostatek lékařů zejména v příslušných takto ohrožených oborech a hledat, proč jejich atraktivita poklesla a jaké mají podmínky pro uspokojivou práci. Dobrým modelem pro tyto snahy by mohli být porodníci, protože jejich obor byl před 30 lety mimořádně atraktivní a dnes patří mezi mladšími lékaři do skupiny, o kterou je malý zájem.

Obr. 3.13 Podíl žen v celé lékařské populaci

Obr. 3.14 Lékaři – absolventi lékařských fakult – dle pohlaví

Obr. 3.15 Počet absolventů lékařského studia

Naopak se zdá, že výraznou příčinou nedostatku lékařů nejsou dva tradované důvody, a to vysoká feminizace lékařského stavu a nízký počet studujících medicíny. Na grafech jsou prezentované podíly žen mezi lékaři a mezi studenty lékařských fakult a celkový počet absolventů lékařských fakult v zemích OECD. Vyšší feminizace českého zdravotnictví sice určitou roli hraje, ale poměr absolventi / absolventky medicínského studia se podle statistik ÚZIS ČR ani OECD nijak dramaticky neliší od stavu v zahraničí a ani se výrazněji nevyvíjí. Celkový počet absolventů medicíny je vyšší, než je průměr v OECD a před dvěma roky bylo Ministerstvem zdravotnictví ČR prosazené zvýšení počtu mediků o 15 %, ale budoucí vývoj by nemusel být podporován jen v oblasti růstu absolutního počtu lékařů, ale ve více oblastech – zejména tak, aby lékaři neodcházel hned po promoci do zahraničí nebo mimo obor. Velká rezerva v tomto směru stále zůstává v lokální celokrajské spolupráci KHK s LF UK HK a FN HK, týkající se specializačního studia, která by mohla pro mladé lékaře vytvořit v kraji atraktivnější prostředí a přivést jich do místních nemocnic větší počet než dosud.

Problematika sester

Pokud jde o sestry, tak v jejich počtu na 1 000 obyvatel jsme oproti lékařům naopak pod průměrem OECD, i když ne nijak výrazně (*viz obr. 3.5*). Počty sester ve vyspělých zemích jsou podstatně vyšší a výjimkou jsou v rámci vyspělých zemí Velká Británie a Izrael, kde dokonce došlo k jejich poklesu. Praktický dopad v ČR je takový, že nedostatek sester v ČR došel do tak tristního stavu, že jsou kvůli němu uzavírána celá lůžková oddělení. Pravděpodobně je to dáno i délkou trvání problému, který sahá až k roku 2000. Tehdy jsme sice byli těsně nad průměrem OECD a téměř všechny vyspělejší země EU byly před námi a od té doby své stavy ještě zřetelně zvýšily, zatímco u nás je v tomto směru naprostá stagnace.

Obr. 3.16 Objem práce sester ve směnném provozu podle věku

Krize zájmu o sesterské povolání má více příčin. V ČR je největší deficit sester v nemocnicích. Na akutních lůžkách jich téměř 2/3 pracují ve směnném provozu, jehož náročnost není stále ještě přes opakované pokusy finančně dostatečně ohodnocena. Jak tento fakt, tak přetíženost sester při jejich nízkém počtu u lůžek obecně zasahuje do jejich osobního života a potlačuje jejich ochotu pracovat v nemocnicích.

Obr. 3.17 Počet zdravotních sester na lékaře

Vysokou pracovní zátěž pro sestry signalizuje i podprůměrný počet sester v přepočtu na jednoho lékaře (kalkulováno v rámci celého systému). Tento nízký poměr je de facto ještě nepříznivější než ukazuje statistika, protože v zahraničí jsou rozšířené tzv. „pomocnice sestry“ (nursing aides). U nás byla od r. 2004 zavedena pracovní kategorie zdravotní asistentky (tč. praktická sestra). Tato profese se bohužel zatím prakticky nerozšířila a až nedávno došlo k přehodnocení jejich kompetencí, které může situaci zlepšit.

Obr. 3.18 Podíl zaměstnanců ve zdravotnictví a v sociální sféře na celkové zaměstnanosti země

Nízký počet sester u nás potvrzuje ještě další statistika, zobrazující procentuální podíl všech pracovníků ve zdravotnictví a sociální sféře na celkovém pracovním trhu v příslušných zemích OECD. ČR je na uvedeném grafu hluboce pod průměrem a navíc je jasně patrné, jak ČR zanedbala rozvojový trend v obou sektorech a namísto výrazného zvýšení počtu těchto pracovníků ve vyspělých zemích došlo u nás v letech 2000-2017 k jejich redukci. Ukazuje to, jak jsou u nás ošetrovatelské a pečovatelské profese zanedbané a podceněné. Jak je dobře známo ze zdravotnictví, nedostatek potřebných sester způsobuje jejich pracovní zneužívání a vytváří tak bludný kruh, díky kterému se jejich počet dále snižuje. Graf není specificky zaměřen na sestry, ale propad ČR je tak velký, že výsledky grafu ignorovat nelze.

Obr. 3.19 Počet absolventek sesterského studia

Nezpochybnitelnou podporou hlubokého podcenění významu sester v našem zdravotnictví má i prezentovaná statistika absolventek v sesterském vzdělávání. Zatímco počet mediků u nás (*viz obr. 3.15*) signalizuje, že se nedostatek lékařů snad již nebude dále dramaticky snižovat, jsou u sester absolventek výsledky opačné. Jejich průměrný počet na 100 000 obyvatel v OECD je 43,6. Maximum ukazuje Švýcarsko (100,6) a minimum ČR (14,1). Jsme na beznadějně posledním místě, kde jsou před námi již jen Mexiko, Řecko a Turecko. Tuto pozici podporují i domácí zkušenosti z debat o řešení nárůstu počtu sester, které ukazují, že počty nastupujících absolventek sesterského studia u nás do zdravotnictví jsou asi 2–4krát nižší oproti tomu, co by bylo potřeba pro prostou reprodukci aktuálního stavu.

Shrnutí problematiky celé ČR a zkušenosti se specializačním vzděláváním lékařů

Nedostatečný stav zdravotnického personálu je možno považovat za objektivně prokázaný a velmi vážný. Samovolné zlepšování situace bez razantního systémového zásahu není možno očekávat a finanční posílení této sféry zde bude pravděpodobně nezbytné. Nedostatečný počet zdravotníků není jednoduchou záležitostí, kterou by bylo možno zvrátit rychle. Je to komplexní záležitost, kterou je nutno jak u lékařů, tak ještě více u sester považovat za nejvyšší prioritu.

Problém s počtem a kvalitním vzděláváním pracovníků proniká do všech oblastí poskytování zdravotních služeb, je v současnosti vedle financování druhým největším problémem zdravotnického systému a je proto zmiňován i na dalších místech Analýzy, zejména v oblasti ambulantní péče a praktického lékařství, kde jsou hrozby díky stárnutí lékařů obzvláště výrazné. Péče o pacienta je zde atomizována do velkého množství poskytovatelů, kteří formují jednotlivé ambulance nebo společenství lékařů, a každý výpadek pracovníka u nich ohrožuje jejich fungování. Problém se však týká i nemocnic a v některých oborech vede již k riziku zavírání lůžkových oddělení (všeobecná interna, ORL, gynekologie a porodnictví) a u ambulantních specialistů ke zhoršování dostupnosti péče, jako např. ve všeobecné interně, psychiatrii, dětské neurologii a psychiatrii.

Vzdělávání specializovaných lékařů se s výjimkou oborů praktického lékařství odehrává převážně v akutních nemocnicích. V r. 2004 z části z důvodů legislativní konformity s EU byly zákony o vzdělávání zdravotnických pracovníků změněny a u lékařů byl z důvodů kompatibility specializačního vzdělávání původně dvoustupňový systém 1. a 2. atestace změněn na jednostupňový, kde povýšená základní atestace teprve po 4-5 letech dovoluje lékaři vykonávat činnost bez dohledu seniorního pracovníka. Při této příležitosti vznikl centralizovaný systém, kdy vzdělávat může pouze pracoviště s akreditací. Systém modifikovaný podle amerického a britského vzoru však v ČR nebyl nikdy doveden k dokonalosti a nedošlo k očekávanému zvýšení efektivity vzdělávání, kvůli které byla změna prosazena. Důvodem selhání je nedostatečné financování akreditovaných primariátů, kde se má odehrávat hlavní část výuky absolventů a nabírání jejich praktických zkušeností.

Organizace vzdělávání je často kritizovaná a přispívá k tomu mj. i systém dlouhodobých stáží na externích pracovištích bez navázání zaměstnaneckého poměru, který se v našem prostředí absolutně neosvědčil. Mateřská pracoviště platí lékařům mzdy, musí hradit náklady jejich stáží a stážisté se na vyšších pracovištích často cítí zanedbávání. Školící pracoviště také nikdy nepřijala princip, že jsou určena jen pro dočasný pobyt rezidentů a že musí produkovat dostatek specialistů nejen pro potřeby vlastních nemocnic, ale i pro zbytek systému, zejména pro ambulantní terén a malé nemocnice, kde vzdělávání neprobíhá. Představa, že nemocnice, akreditované pro vzdělávání budou vzdělávat lékaře hlavně pro sebe, je špatná a celý systém musí být nastaven tak, aby absolventi byli připraveni z pracovišť, kde získali specializaci, odejít do dalších oblastí, kde budou potřeba.

Jak již bylo zmíněno, nedostatek lékařů v praxi je velmi slyšitelný v médiích, ale je doprovázen ještě závažnějším nedostatkem sester a jejich nadměrnou pracovní zátěží, která byla již zmíněna v kapitole I. Zdravotnický systém ČR. To je obzvláště nebezpečná situace, protože zkušenosti ze zahraničí ukazují, že při dobrém vzdělání mohou být sestry mnohem

samostatnější, než je tomu u nás, a mohou v řadě činností lékaře nahradit a uvolnit ho k tomu, aby se věnoval věcem, kde je nezastupitelný. Obdobný efekt by se mohl objevit, pokud by zdravotnická zařízení byla schopná z úhrad zdravotních pojišťoven zaplatit dostatečný počet nezdravotnických asistentů pro výkon administrativy a ekonomických, technických a organizačních agend, které dnes sestry i lékaře výrazně zatěžují. Problematika nedostatku sester se na zavírání nemocničních oddělení podílí především. I když v tomto textu nelze do detailů analyzovat všechna další zdravotnická povolání, jsou vedle lékařů a sester i další riziková zdravotnická povolání. Při diskuzích se zástupci jednotlivých oborů bylo téměř vždy konstatováno, že jim chybí oborově specifický personál jako rehabilitační pracovníci, laboratorní asistenti, praktické sestry, kliničtí psychologové, lékařští fyzici a další, takže řešení otázek lidských zdrojů se dostalo mezi hlavní priority krajského zdravotnictví.

Jak bylo demonstrováno výše, je celkový počet lékařů na obyvatele v ČR lehce nadprůměrný (viz obr 3.4). Pro snížení deficitu je potřeba nejen zvyšovat počty studentů na lékařských fakultách, ale především optimalizovat postgraduální vzdělávání lékařů absolventů, kde je velký prostor pro působení krajů. Absolventi lékařských fakult musí mít takové podmínky, aby neodcházeli do zahraničí a i doma se mohli soustředit na své povolání a poznat celý obor, nikoliv jen řešit havarijní personální potřeby svých oddělení. Dostatečnou podporu v administrativě nebo výkaznictví ze strany nezdravotnických profesí potřebují pro svoji činnost ostatně i plně erudovaní lékaři, jak již bylo zmíněno, aby jejich znalosti a činnost mohly být plně využité.

Jednou z možností, jak s nedostatkem zdravotnického personálu je dobrovolnická aktivita. Význam dobrovolnických aktivit se velmi osvědčil i v době pandemie nemoci COVID-19, kdy vyvstala zvýšená potřeba zapojení občanské společnosti do pomoci druhým, kteří jsou touto nemocí či její hrozbou a souvisejícími opatřeními zasaženi a neumí se s těmito dopady jednoduše vypořádat (zejména lidé nemocní, osamocení, senioři, ale i další). Tato pomoc k potřebným směřuje buď napřímo, nebo cestou zařízení, v nichž pobývají, zejména zařízení zdravotních a sociálních služeb. Tato zařízení se vlivem nemoci a karanténních opatření personálu potýkají s problémy, jak zajistit poskytování svých služeb. Dobrovolníci se pak k pomoci hlásí individuálně, nebo cestou specializovaných profesionálních organizací

Vznik dobrovolnických center a rozvoj dobrovolnických aktivit ve zdravotnictví podporuje MZ ČR finančními dotacemi již od roku 2002, a to prostřednictvím dotačního programu: Vyrovnavání příležitostí pro občany se zdravotním postižením. Jen pro rok 2020 byla z tohoto dotačního programu na podporu dobrovolnictví vyplacena částka v celkové výši 1 445 224 Kč.⁸

⁸ *Dobrovolnictví v době pandemie aktualizace únor 2021.* Vláda České republiky 19.02.2021. Dostupné z: [Dobrovolnictví v době pandemie aktualizace | Vláda ČR \(vlada.cz\)](#)

Statistický obraz personální situace zdravotníků a hlavní trendy v KHK

Statistiky ohledně aktuálního počtu lékařů v ČR byly v posledních letech předmětem debat okolo registrů zdravotnických pracovníků a po optimalizaci metodik starší a novější zdroje ÚZIS ČR nejsou úplně kompatibilní. Např. začátkem 90. let byly některé časové řady přerušeny a ocitly se v nich nevyjasněné skoky, tak jak se postupně měnily definice lékaře, všeobecného lékaře a zubního lékaře. Pro analýzu v tomto textu byly proto použity hlavně poslední údaje, které jsou k dispozici z podkladů pro vládní Strategický záměr Zdraví 2030.^{5,6}

Obr. 3.20 Úvazky lékařů dle poskytovatelů zdravotní péče v ČR a v KHK

Schématy ukazují jednoduché členění počtu lékařů (bez zubních lékařů) v ČR a v KHK podle tří segmentů – akutní lůžková péče, ostatní lůžková péče a nelůžková péče, a to důsledně podle počtu přepočtených úvazků. V segmentu nelůžkové péče jsou všechna samostatná zdravotnická ambulantní zařízení a nezapočítávají se sem úvazky lékařů v nemocnicích, kteří pracují po část pracovní doby v nemocničních ambulancích. Technické detaily členění akutní a ostatní lůžkové péče budou upřesněny v kapitole VI. Lůžková péče včetně sociálních pobytových služeb a problematika paliativní medicíny a geriatrické péče v KHK. Celkový počet úvazků lékařů byl v KHK asi o 36 úvazků nižší, než by odpovídalo proporcí populace KHK (5,2 %) z celé ČR.

Obr. 3.21 Časový vývoj počtu lékařů v ČR

Obr. 3.22 Časový vývoj počtu lékařů v KHK

Obrazy ukazují vývoj počtu lékařů v ČR a KHK v čase podle hlavních segmentů péče. Nad řádkem pro r. 2018 jsou vloženy absolutní a relativní údaje o nárůstu, respektive poklesu úvazků lékařů v zobrazených segmentech péče během celého sledovaného období. Je patrné, že v období r. 2012–2018 přibylo v KHK celkem 26 úvazků lékařů, z toho nejvíce v akutních nemocnicích (v absolutních počtech o 35), zatímco v ambulancích jejich počet poklesl o 25. Vzestup úvazků lékařů v následné a dlouhodobé lůžkové péči o 16 je vzhledem k velikosti segmentu relativně nejvyšší (46 %). Celkový počet lékařů v ČR stoupl o 6,97 %, v KHK pouze o 1,21 %.

Obr. 3.23 Úvazky sester dle poskytovatelů zdravotní péče v ČR a v KHK

Obr. 3.24 Časový vývoj počtu sester v ČR

Obr. 3.25 Časový vývoj počtu sester v KHK

Obrazy ukazují analogická schémata pro sestry v ČR a v KHK. Nad řádkem pro r. 2018 jsou vloženy absolutní a relativní údaje o nárůstu, respektive poklesu úvazků zdravotních sester v zobrazených segmentech péče během celého sledovaného období. V r. 2018 bylo v KHK asi o 255 úvazků sester více, než by odpovídalo průměru ČR a proporcí populace KHK (5,2 %)

⁵ *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* s citací Usnesení vlády z 13. července 2020 č.734, které aktualizovalo původní verzi dokumentu z r. 2019 o poznatky z epidemie Covid-19 (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č.817). Dostupné online z:

http://www.hygraha.cz/Admin/_upload/files/1/2020_1/11042020_aktualizace_Zdravi%202030/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf

⁶ *Analytický podklad pro Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* - schválený dokument (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č. 817). Analytický podklad byl MZ ČR zveřejněn jako prezentace, datovaná 17.5.2019. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17382/37700/Strategick%C3%BD%20r%C3%A1mec%20Zdrav%C3%AD%202030.pdf>

z celé ČR. V období 2012–2018 ubylo v KHK celkem 19 sester. 62 sester ubylo v akutních nemocnicích, 22 ubylo v ambulancích a v následné péči přibylo 65 sester. Celkový počet sester v ČR poklesl o 1,64 %, v KHK jen o 0,42 %.

Obě uvedené statistiky lze porovnat s trendy, zmiňovanými již v přehledu situace v ČR na základě srovnání se stavem v zemích OECD v delším období r. 2000-2017 (na **obr. 3.4, 3.5 a 3.6**). Za toto období byl růst počtu lékařů i sester v průměru OECD téměř 3krát vyšší než u nás. V posledním desetiletí se růst počtu lékařů v ČR dále zpomalil a v KHK se téměř zastavil, a počet sester v ČR i v KHK začal klesat. Je to u sester o to dramatičtější situace, že na rozdíl od lékařů je jejich relativní stav i počet na 1 lékaře dlouhodobě pod průměrem OECD (**viz obr. 3.5 a 3.17**) a chybí i značný počet sester v pobytových zařízeních sociální péče.

Obr. 3.26 Počty lékařů v nemocniční péči

Grafy ukazují strukturu lékařů v ČR a v KHK v akutních i neakutních nemocnicích. V ČR bylo v roce 2018 v nemocnicích 33 % lékařů bez specializace (lékaři L1+L2, tj. neatestovaní lékaři před a po zkoušce z odborného kmene). V KHK bylo v roce 2018 stejných lékařů jen 28 %, což znamená, že do nemocnic v KHK nastupuje méně absolventů, než je průměr v ČR (!).

Obr. 3.27 Počty lékařů v ambulantní péči

Podobné grafy ukazují nižší proporci mladých lékařů v terénních ambulancích, protože většina z nich se musí specializovat v akutních nemocnicích.

Obr. 3.28 Regionální rozložení úvazků lékařů v ČR

Obr. 3.29 Regionální rozložení úvazků sester v ČR

Na obou prezentovaných grafech jsou počty lékařů, resp. sester na 1 000 obyvatel a ukazují relativní počet všech lékařů a sester v r. 2017 a 2018 podle krajů. Počet lékařů v KHK je v r. 2018 lehce pod průměrem ČR, počet sester je lehce nad průměrem ČR, což odpovídá stavu, popisovanému u **obr. 3.23**.

Obr. 3.30 Regionální rozložení úvazků lékařů v ČR

Obr. 3.31 Regionální rozložení úvazků sester v ČR

Na analogických grafech pro lékaře a pro sestry jsou pracovní úvazky rozvrstvené do tří oblastí. Ve sféře akutních nemocnic je stav lékařů i sester KHK nadprůměrný, což je dáno obecně vysokou koncentrací personálu ve fakultních nemocnicích (dále jen „f.n.“), kde je nejtěžší spektrum pacientů a jsou zde nejnáročnější technologie (v KHK se jedná o FN HK). Počet lékařů v neakutních nemocnicích (ostatní lůžková péče) je v KHK vysoce podprůměrný a méně lékařů je i v ambulantní péči. Sestry jsou v obou těchto sférách mírně pod průměrem.

Poznámka: průměry za celý kraj, zejména v akutních nemocnicích, dobře nereflektují personální podmínky v okresech KHK mimo HK. Obecně lze v této souvislosti poukázat na absenci analýz počtu lékařů a sester zvláště ve fakultních a větších referenčních nemocnicích, kde je vyšší koncentrace technologií a těžkých případů, ve srovnání se standardními akutními nemocnicemi „okresního charakteru“. Nerovnoměrné rozložení personálu v grafech, týkajících se akutních nemocnic je patrné při porovnání všech krajů. Kraje, kde nejsou fakultní nemocnice, jsou převážně v dolní polovině žebříčku počtu lékařů a sester. Bez srovnání počtu personálu v těchto nemocnicích napříč kraji nelze (i vzhledem k absenci přehledných výkonových parametrů typu Casemix indexu z DRG) dělat jasné závěry, která sféra je nedostatkem lékařů i sester postižena více.

Obr. 3.32 Úvazky pracovníků v nemocniční a ambulantní péči v KHK

Personální vývoj v tabulce za KHK v období 2012-2018 je zobrazen vedle lékařů a zdravotních sester i v dalších kategoriích zdravotnických pracovníků. Nejzajímavější z této tabulky, která replikuje již zmíněný vývoj v kategorii lékařů a zdravotních sester je výrazný nárůst v kategorii „Ostatní nelékaři s odbornou způsobilostí (zdravotničtí pracovníci bez odborného dohledu, ZPBD) Patří sem především vysokoškoláci se zdravotnickou kvalifikací, kteří působí jako fyzioterapeuti, kliničtí psychologové a radiační fyzici, kterých je na trhu práce nedostatek, ale přibývá hodně laboratorních pracovníků s přírodovědným vzděláním, kteří přebírají některé tradiční lékařské funkce v laboratořích. Jinak celá skupina poměrně nehomogenní a patří sem laboratorní či radiologičtí asistenti nebo biomedicínské inženýři. Po zvýšení kompetencí byla v r. 2017 byla do této kategorie přeřazena i skupina zdravotnických asistentů, přejmenovaná na praktické sestry (s maturitou, bez vyšší kvalifikace), které jsou schopné přebírat některé úkoly sester či pracovat jako zdravotníci v sociálních zařízeních. Není bez zajímavosti, že podle aktuálních informací z FN HK se zde zvýšil jejich stav mezi r. 2015-2020 na dvojnásobek. Je to sice v absolutních počtech stále málo (z cca 30 na 60), ale je to správný trend, který umožňuje řešit některé výpadky výše kvalifikovaného personálu.

Přesuny zdravotníků mezi segmenty zdravotních služeb

Obr. 3.33 Průměrný věk lékařů v různých oborech

Tabulka navazuje na diskuzi o specializačním vzdělávání lékařů a je vytvořena z dat **na obr. 3.11**. Ukazuje za celou ČR výrazný věkový rozdíl mezi lékaři v akutních nemocnicích a lékaři, pracujícími v ambulantním terénu. Tento jev má dvě příčiny. První je dána tím, že s výjimkou oborů PLD a donedávna i PLDD musí lékař absolvent své specializační vzdělávání absolvovat v akreditované nemocnici, což jsou v naprosté většině nemocnice akutní péče. Specializační vzdělání sice není pro lékaře povinné, ale lékař bez něj nemůže vykonávat větší část výkonů samostatně bez dohledu, a to ani jako zaměstnanec nemocnice. Z tohoto důvodu u nás absolvují specializační vzdělání prakticky všichni lékaři a snižují tak průměrný věk na nemocničních odděleních.

Druhým důvodem je však atraktivita samostatné ambulantní práce mimo nemocnici. Od 90. let byl o ni vysoký zájem a tehdy, než zdravotní pojišťovny začaly počty lékařských praxí regulovat, vznikl velký počet ambulantních specialistů, který vysoce převyšuje počet všeobecných praktických lékařů. Lékař specialista v ambulanci si může regulovat svoji pracovní dobu a nemusí vykonávat lékařské pohotovostní služby, zatímco v nemocnicích jsou lékaři službami výrazně zatíženi a dle četných vyjádření České lékařské komory a Lékařského odborového klubu⁷ je při tom navíc porušován zákoník práce, nemluvě o situaci z posledních let, kde stavy lékařů často nedosahují vyhláškou předepsaných hodnot. Dokonalé statistiky, které by porovnávaly objem práce v samostatných ambulancích a nemocnicích nejsou veřejně k dispozici, ale je známým faktem, že jakmile se nějaké ambulantní místo pro specialistu uvolní, řada lékařů v nemocnicích se ho snaží získat a je rychle obsazeno.

Uvedená fakta nemají za cíl aktivitu práce v nemocnicích a v terénních ambulancích hodnotit a jsou zde uváděna jen jako podpora názoru, že přesto že řada ambulantních specialistů je obsazena lékaři v důchodovém věku, není se potřeba obávat jejich výpadků, protože jakmile budou tato místa volná, budou na nich starší lékaři nahrazeni lékaři z nemocnic a problém, který nastane, se bude týkat zejména nemocnic. Je proto nutné zvyšovat počet rezidentů, kteří by místa v nemocnicích doplňovali výrazně rychleji, než je tomu dosud.

Uvedená analýza se jen částečně týká praktických lékařů, kteří podstatně větší část své specializační přípravy absolvují mimo nemocnice a účastní se tam výuky převážně jen ve formě časově omezených stáží. Doplnění jejich počtu na uvolněných místech praktických lékařů podléhá proto jiným mechanismům. Uvolněná místa PLD ve větších městech jsou obsazována poměrně snadno a pokud není na trhu práce dostatek nových absolventů této specializace, je v nemocnicích poměrně dost mladých lékařů různých oborů, kteří jsou ochotni se pro PLD requalifikovat ze svého oboru mateřského. Není to úplně snadné, ale principiálně to možné je, zejména u širokých oborů jako je vnitřní lékařství, chirurgie nebo anesteziologie a resuscitace. Výjimkou jsou samozřejmě neatraktivní lokality, kam PLD nechťejí, a též celý obor PLDD, který má v posledních letech málo vlastních rezidentů a pediatrů v nemocnicích je velmi málo na to, aby jejich requalifikací bylo možno obor PLDD výrazněji sanovat.

⁷ *Zdravotnictví volá o pomoc*, Tempus Medicorum – Časopis České lékařské komory 7–8/2017, ROČNÍK 26, s. 8-12. Dostupné online z: https://www.lkcr.cz/doc/tempus_file/tm-07_08_17-130.pdf

Odlíšná situace je i se sestrami, kde hlavní roli v jejich nedostatku v nemocnicích hraje málo atraktivní trojasměnný provoz, který zejména mladším lidem často nevyhovuje. I bez podrobnějších sociologických výzkumů lze spoléhat na fakt, že dlouhodobé epizody nedostatku sester za posledních 30 let se vždy týkaly lůžkových oddělení a týká se to i současné hluboké krize. Nejsou časté situace, kdy by se ambulantnímu lékaři nepodařilo sestru do ambulance sehnat.

Velmi negativní roli navíc u sester hraje i obecné povědomí o vysoké pracovní náročnosti oboru a jeho relativní mzdové podcenění. Vysoká odpovědnost povolání, vysoká náročnost odborného studia a mimořádnou pracovní zátěž v lůžkových zařízeních. způsobují, že desítky procent absolventek zdravotnických programů po dokončení vzdělání do zdravotnictví nenastoupí a své kvalitní vzdělání dokáží lépe zúročit v jiných oblastech. V této souvislosti je též nutno připomenout graf (viz obr. 3.19), kde byl za rok 2017 dokladován absolutně nejnižší počet absolventů v sesterském studiu na 100 tis. lidí v populaci v rámci zemí OECD.

Další konkrétní personální problémy jsou zmiňovány v oblasti praktické medicíny (kapitola VI. Lůžková péče včetně sociálních pobytových služeb a problematika paliativní medicíny a geriatric v KHK) a u některých dalších ohrožených oborů.

Seznam použité literatury a citací

1. *Health care systems in transition: Czech Republic*. European Observatory on Health Care Systems, ©2000. ISSN 1020-9077. Dostupné online z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108357>
2. *Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR. Zdravotnictví v číslech a názorech*. Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR. Praha, 2008. ISBN-13 978-80-85047-35-6.
3. *Zdravotnická ročenka České republiky 2018*. Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky ČR, 2019. ISSN 1210-9991. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>
4. *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paříž: OECD Publishing, 2019. ISBN 978-92-64-38208-4 (print). Dostupné online z: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1599649482&id=id&accname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871>
5. *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* s citací Usnesení vlády z 13. července 2020 č.734, které aktualizovalo původní verzi dokumentu z r. 2019 o poznatky z epidemie Covid-19 (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č.817). Dostupné online z: http://www.hygp Praha.cz/Admin/_upload/files/1/2020_1/11042020_aktualizace_Zdravi%202030/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf
6. *Analytický podklad pro Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* - schválený dokument (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č. 817). Analytický podklad byl MZ ČR zveřejněn jako prezentace, datovaná 17.5.2019. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17382/37700/Strategick%C3%BD%20r%C3%A1mec%20Zdrav%C3%AD%202030.pdf>
7. *Zdravotnictví volá o pomoc*, Tempus Medicorum – Časopis České lékařské komory 7–8/2017, ROČNÍK 26, s. 8-12. Dostupné online z: https://www.lkcr.cz/doc/tempus_file/tm-07_08_17-130.pdf
8. *Dobrovolnictví v době pandemie aktualizace únor 2021*. Vláda České republiky 19.02.2021. Dostupné z: [Dobrovolnictví v době pandemie aktualizace | Vláda ČR \(vlada.cz\)](https://www.vlada.cz)

Analýza - Kapitola III. (Obrazová část)
Nedostatek zdravotnického personálu v ČR a KHK

Obr. 3.1 Vývoj počtu pracovníků ve zdravotnictví 2008-2018

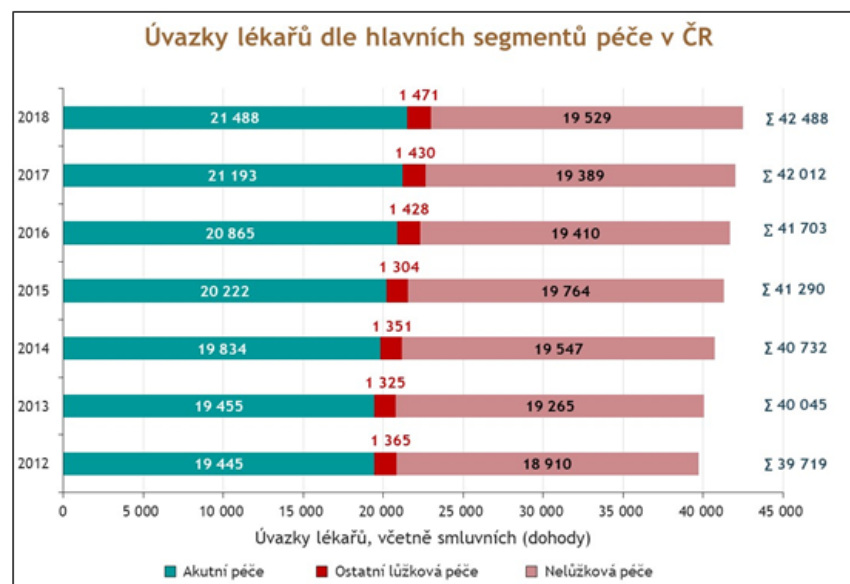
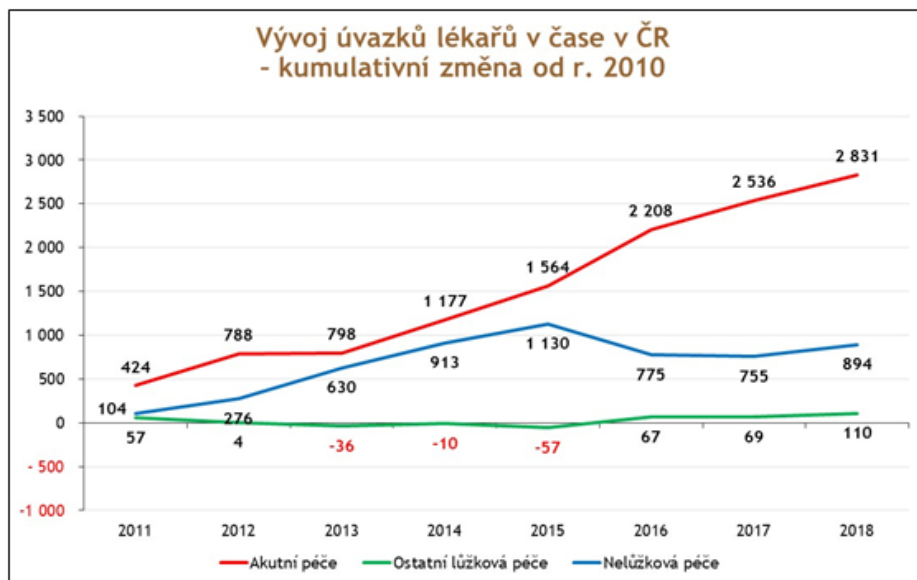
Zdroj: Zdravotnická ročenka České republiky 2018, Praha: Ústav zdravotních informací a statistiky ČR, 2019, str.130-139, tab. 4.1.1 a 4.1.2. ISSN 1210-9991. Dostupné online z: <https://www.uzis.cz/res/f/008280/zdrroccz-2018.pdf>

Pracovníci (přepočtený počet)	r.2008	r.2018	r.2018-2008	r.2018/2008
Zdravotníci celkem, z toho:	201 248	223 907	22 659	111,3%
lékaři	37 355	42 493	5 138	113,8%
stomatologové	6 831	7 621	790	111,6%
farmaceuti	5 898	6 526	628	110,6%
všeob.a dět.sestry, porodní as.	83 586	86 093	2 507	103,0%
Nezdravotníci celkem	45 414	50 759	5 345	111,8%
<i>Celkem</i>	246 662	274 665	28 003	111,4%

Evidenční počet zaměstnanců, zaměstnavatelé a smluvní pracovníci (přepočtený počet)	r.2008			r.2018			r.2018-2008 (z celkem)	r.2018/2008 (z celkem)
	smluvní úvazky	zaměstnanecké a zaměstnavatelské úvazky	celkem	smluvní úvazky	zaměstnanecké a zaměstnavatelské úvazky	celkem		
Zdravotníci celkem, z toho:	4 955,52	196 292,41	201 247,93	11 641,60	212 265,00	223 906,60	22 658,67	111,3%
lékaři	2 606,62	34 748,20	37 354,82	3 226,23	39 266,54	42 492,77	5 137,95	113,8%
stomatologové	70,04	6 761,22	6 831,26	525,24	7 095,96	7 621,20	789,94	111,6%
farmaceuti	105,24	5 792,79	5 898,03	398,74	6 126,94	6 525,68	627,65	110,6%
všeob.a dět.sestry, porodní as.	1 249,26	82 336,98	83 586,24	3 134,03	82 959,07	86 093,10	2 506,86	103,0%
Nezdravotníci celkem	1 621,28	43 792,71	45 413,99	3 667,67	47 091,04	50 758,71	5 344,72	111,8%
<i>Celkem</i>	6 576,80	240 085,12	246 661,92	15 309,27	259 356,04	274 665,31	28 003,39	111,4%

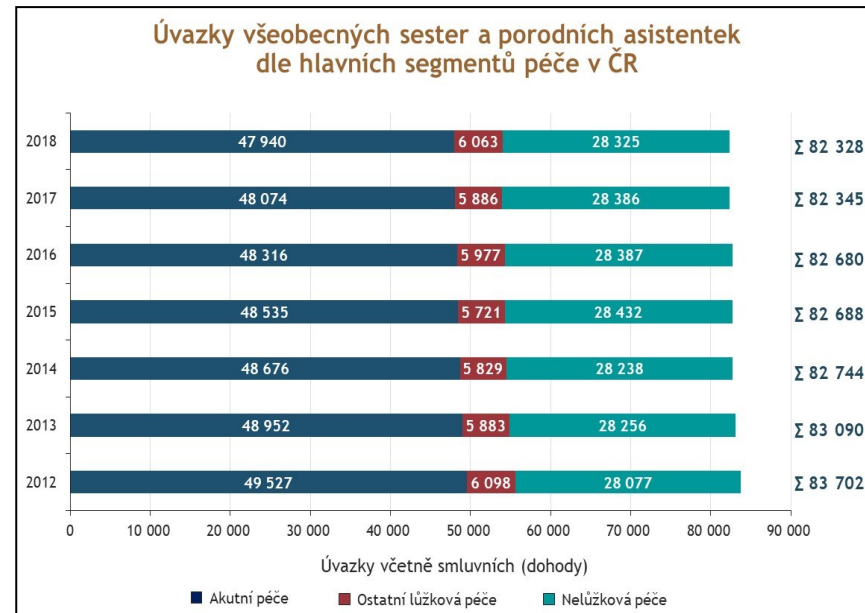
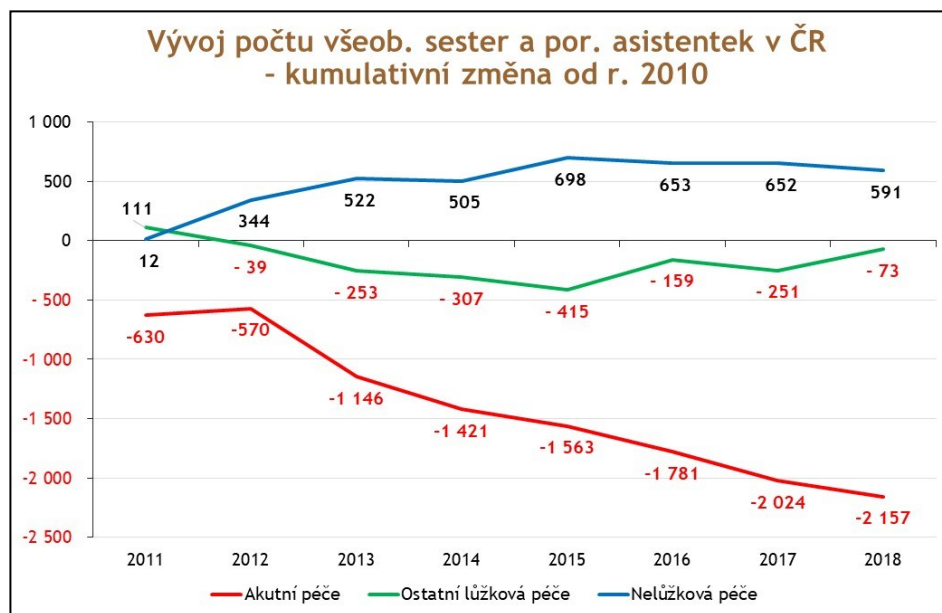
Obr. 3.2 Úvazky lékařů v ČR, r. 2010-2017

Zdroj: citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-101. Dostupné online z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/



Obr. 3.3 Vývoj úvazků zdravotních sester a porodních asistentek v ČR, r. 2010-2018

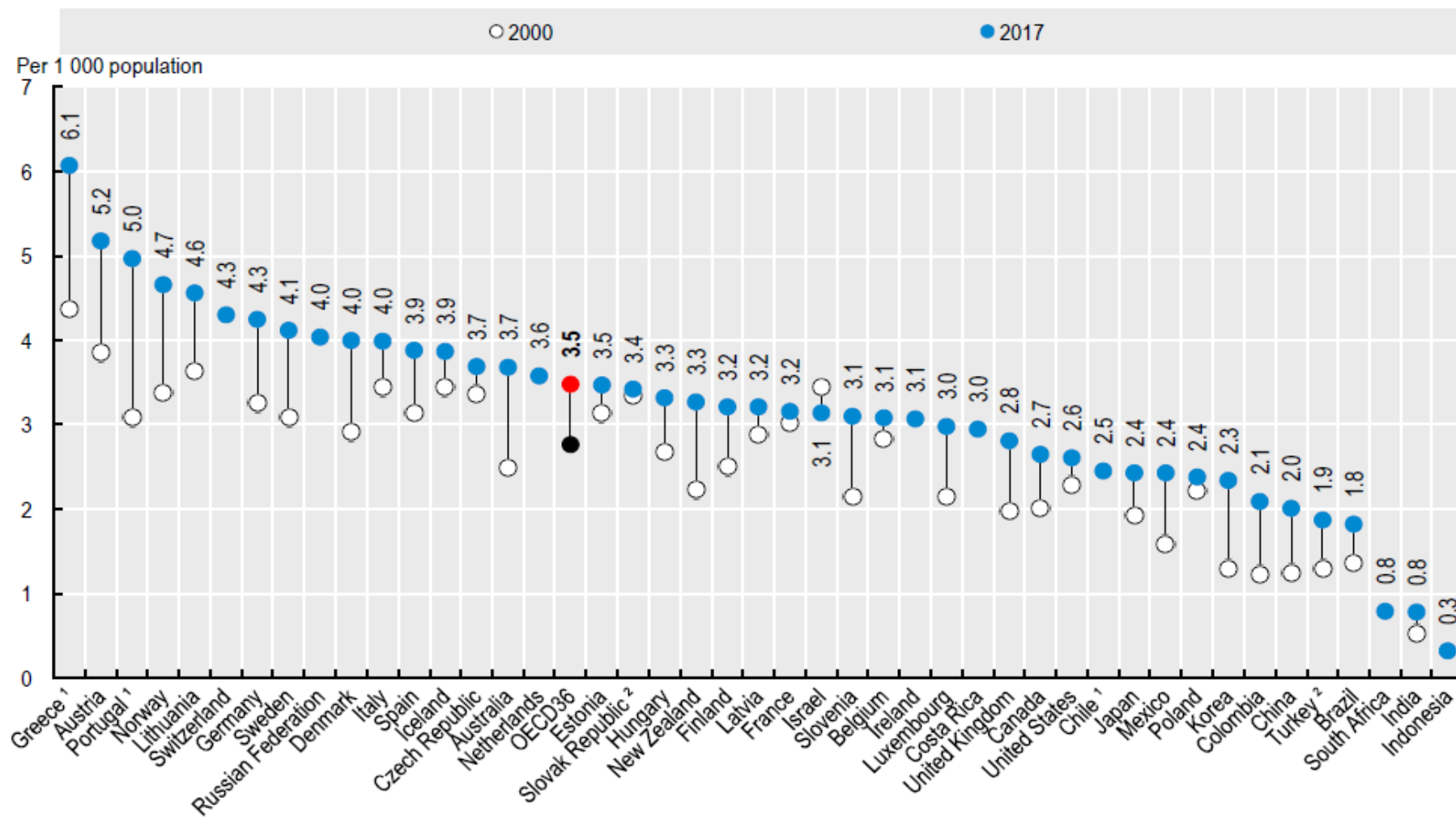
Zdroj: citováno dle Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-111. Dostupné online z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/



Obr. 3.4 Praktikující lékaři na 1 000 obyvatel, r. 2000 a 2017

Zdroj: *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paříž: OECD Publishing, 2019, str. 173, obr. 8.3. ISBN 978-92-64-38208-4 (print), str. 173, obr. 8.3. Dostupné online z: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1599649482&id=id&acname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871>

Practising doctors per 1 000 population, 2000 and 2017 (or nearest year)



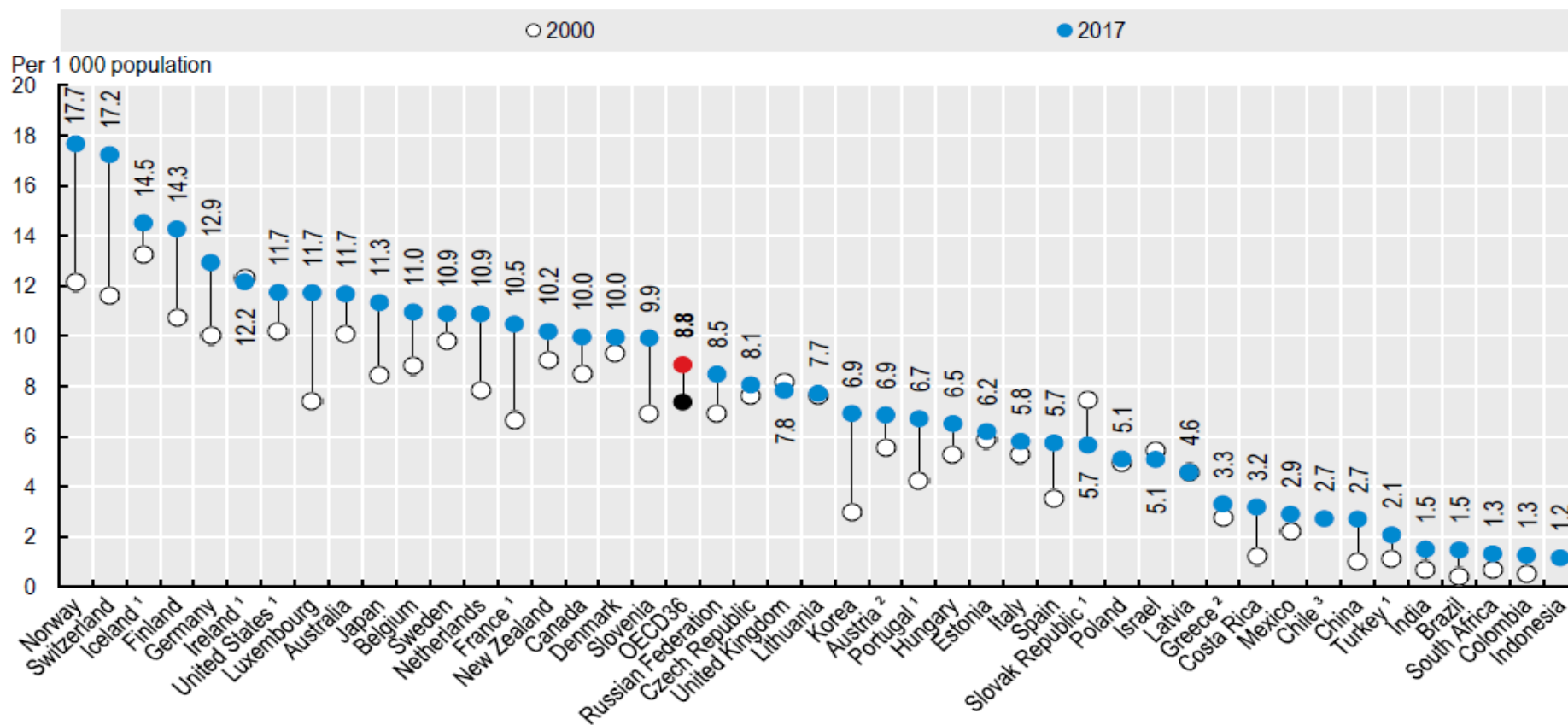
Obr. 3.5 Praktikující zdravotní sestry na 1 000 obyvatel, r. 2000 a 2017

Zdroj: *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paříž: OECD Publishing, 2019, str. 179, obr. 8.10. ISBN 978-92-64-38208-4 (print).

Dostupné online z:

<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1599649482&id=id&accname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871>

Practising nurses per 1 000 population, 2000 and 2017 (or nearest year)



Obr. 3.6 Shrnutí vývoje počtů lékařů a sester podle grafů OECD za období let 2000-2017

Shrnutí předcházejících obr. 3.4 a 3.5

Zdroj: *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paříž: OECD Publishing, 2019. ISBN 978-92-64-38208-4 (print). Dostupné online z:

<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09->

[en.pdf?expires=1599649482&id=id&accname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1599649482&id=id&accname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871)

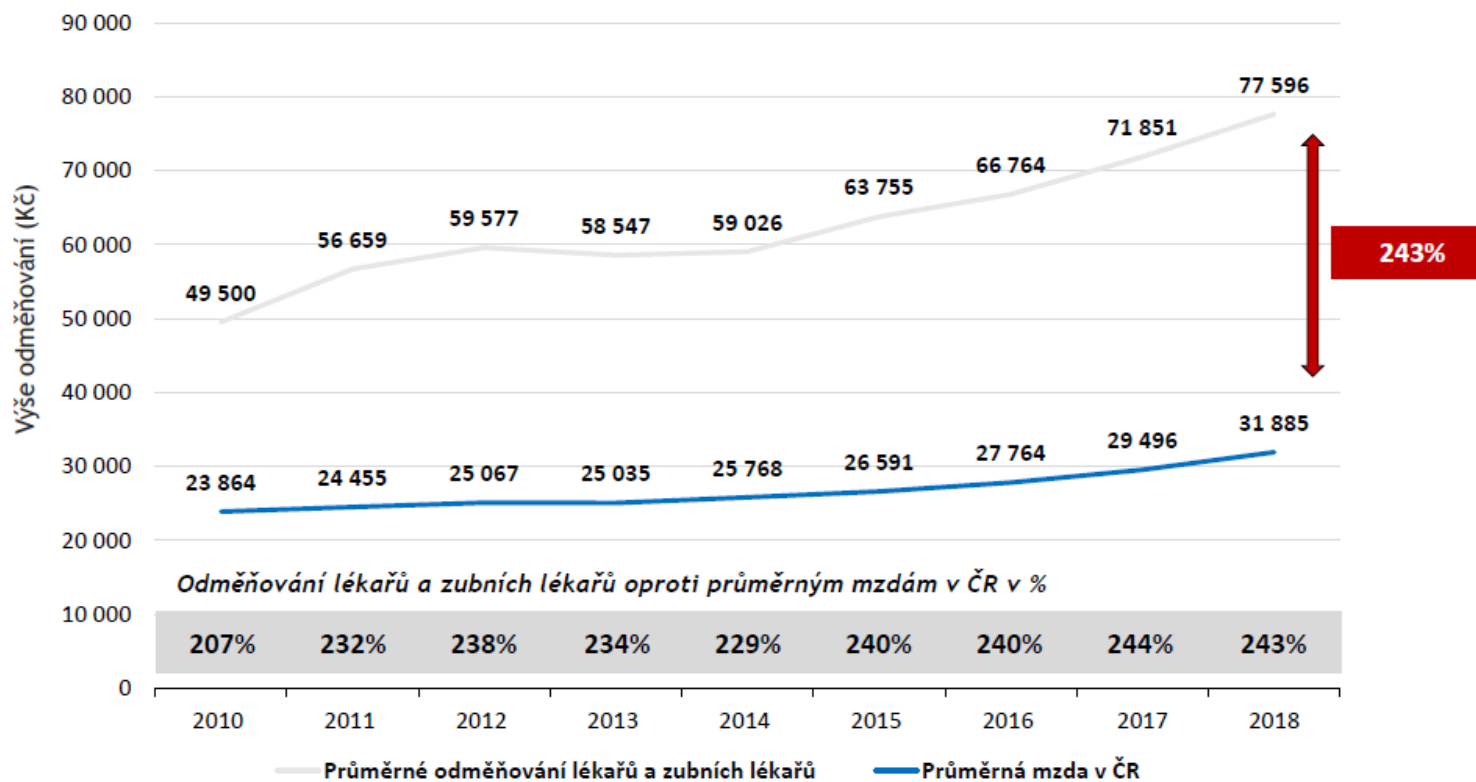
počet na 1000 obyvatel	Rok 2000	Rok 2017	2017/2000 (nárůst v %)
lékaři ČR	3,37	3,70	9,7 %
lékaři OECD	2,76	3,50	26,8 %
sestry ČR	7,60	8,10	6,6 %
sestry OECD	7,40	8,80	18,9 %

Obr. 3.7 Odměňování lékařů

Zdroj: ČSÚ citováno dle *Analytický podklad pro Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* - schválený dokument (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č. 817). Analytický podklad byl MZ ČR zveřejněn jako prezentace, datovaná 17.5.2019, s. 101. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17382/37700/Strategick%C3%BD%20r%C3%A1mec%20Zdrav%C3%AD%202030.pdf>

Odměňování lékařů – vývoj v čase ve vztahu k průměrné mzdě ČR

Zdroje: Výkaz E 2-01 Roční výkaz o zaměstnancích a o složkách platu ve zdravotnických organizacích a E 3-01 Roční výkaz o zaměstnancích a o složkách mezd ve zdravotnických organizacích; ČSÚ 2018, Průměrná hrubá měsíční mzda v letech 2000 až 2016

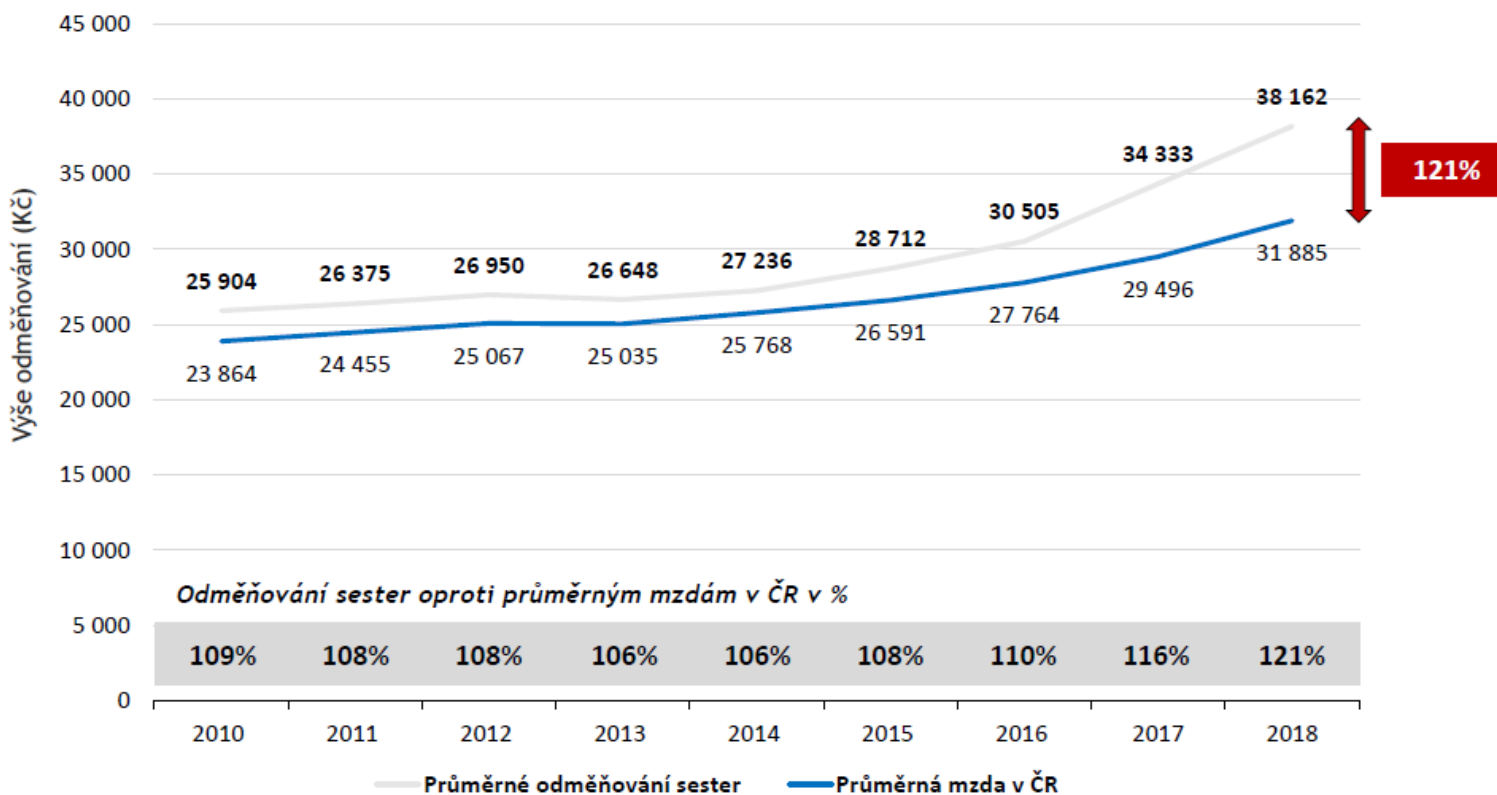


Obr. 3.8 Odměňování sester

Zdroj: Analytický podklad pro Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030 - schválený dokument (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č. 817). Analytický podklad byl MZ ČR zveřejněn jako prezentace, datovaná 17.5.2019, s. 103. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17382/37700/Strategick%C3%BD%20r%C3%A1mec%20Zdrav%C3%AD%202030.pdf>

Odměňování sester – vývoj v čase ve vztahu k průměrné mzdě ČR

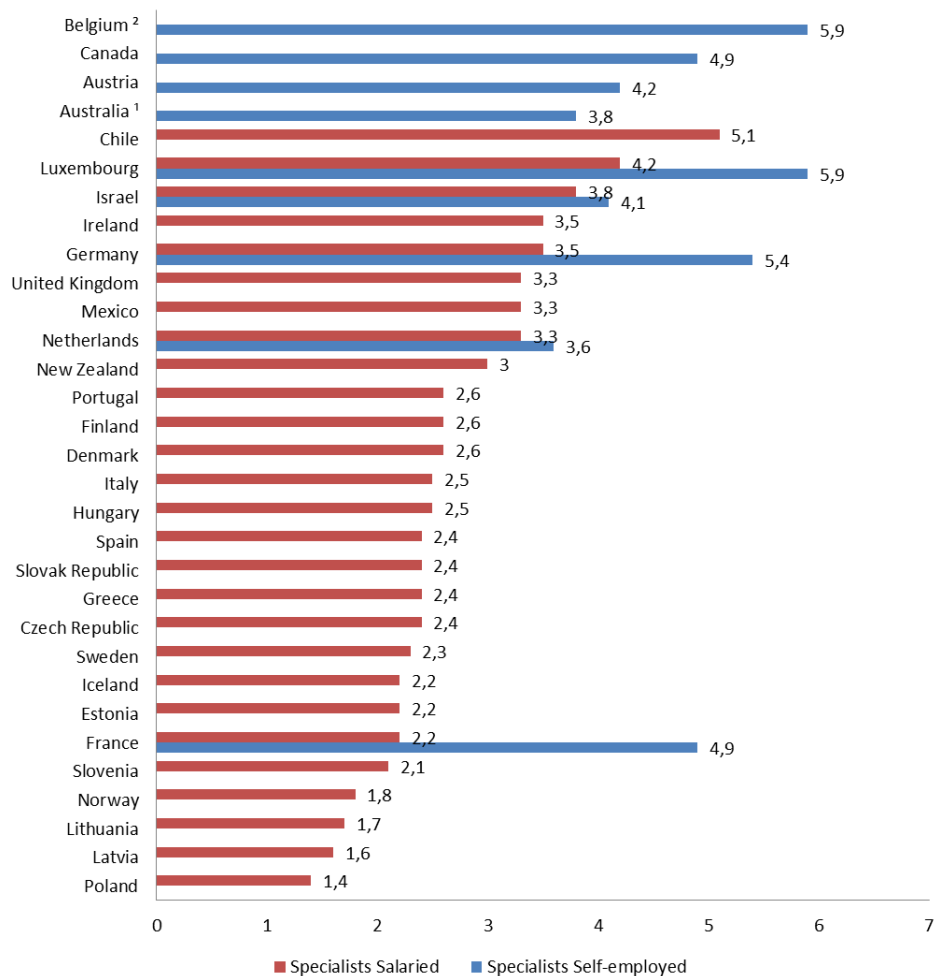
Zdroje: Výkaz E 2-01 Roční výkaz o zaměstnancích a o složkách platu ve zdravotnických organizacích a E 3-01 Roční výkaz o zaměstnancích a o složkách mezd ve zdravotnických organizacích; ČSÚ 2018, Průměrná hrubá měsíční mzda v letech 2000 až 2016



Obr. 3.9 Průměr mzdy specializovaných lékařů k průměrné mzdě v zemi

(modré – platy, červené soukromí lékaři)

Zdroj: *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paříž: OECD Publishing, 2019, str. 177, obr. 8.8. ISBN 978-92-64-38208-4 (print). Dostupné online z: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1599649482&id=id&acname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871>



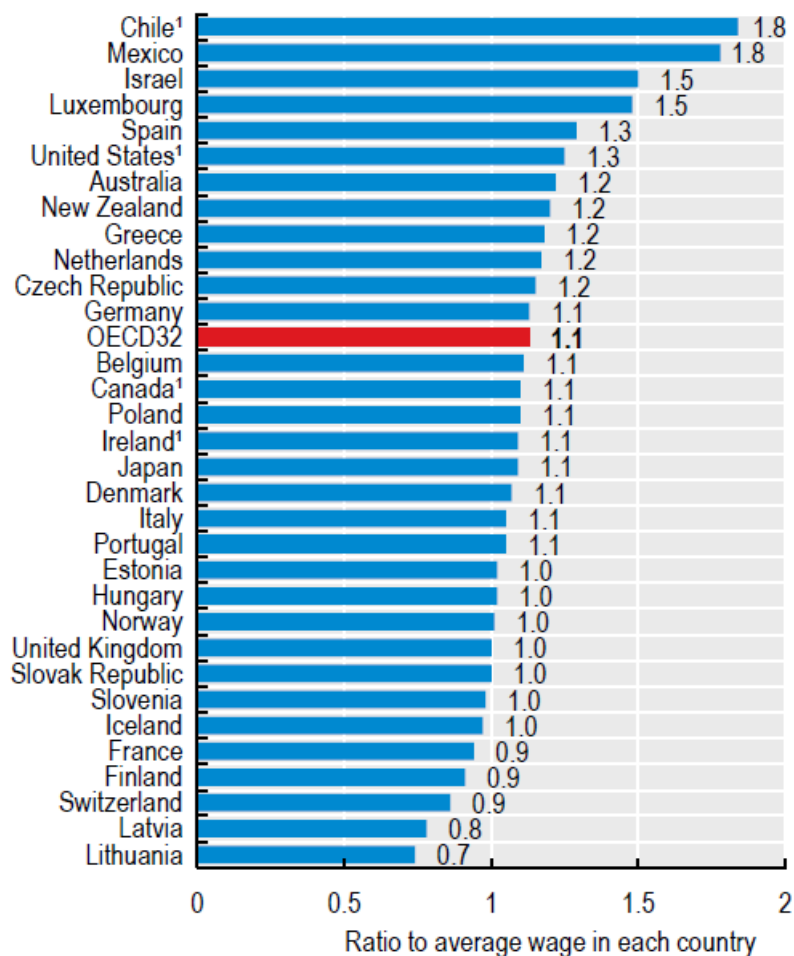
Obr. 3.10 Platy sester ve srovnání s průměrnou mzdou v zemi (vlevo) a korigované paritou kupní síly

Zdroj: *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paříž: OECD Publishing, 2019, str. 181, obr. 8.12 a 8.13. ISBN 978-92-64-38208-4 (print).

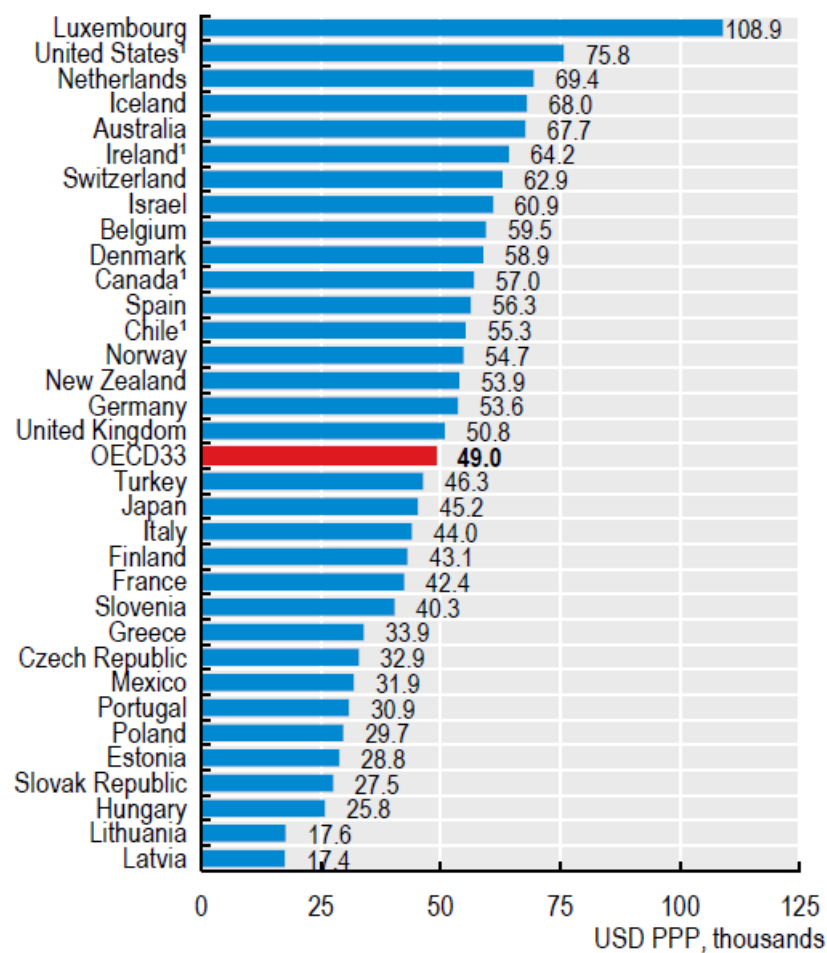
Dostupné online z: [https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1599649482&id=id&accname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871)

[en.pdf?expires=1599649482&id=id&accname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1599649482&id=id&accname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871)

8.12. Remuneration of hospital nurses, ratio to average wage, 2017 (or nearest year)



8.13. Remuneration of hospital nurses, USD PPP, 2017 (or nearest year)

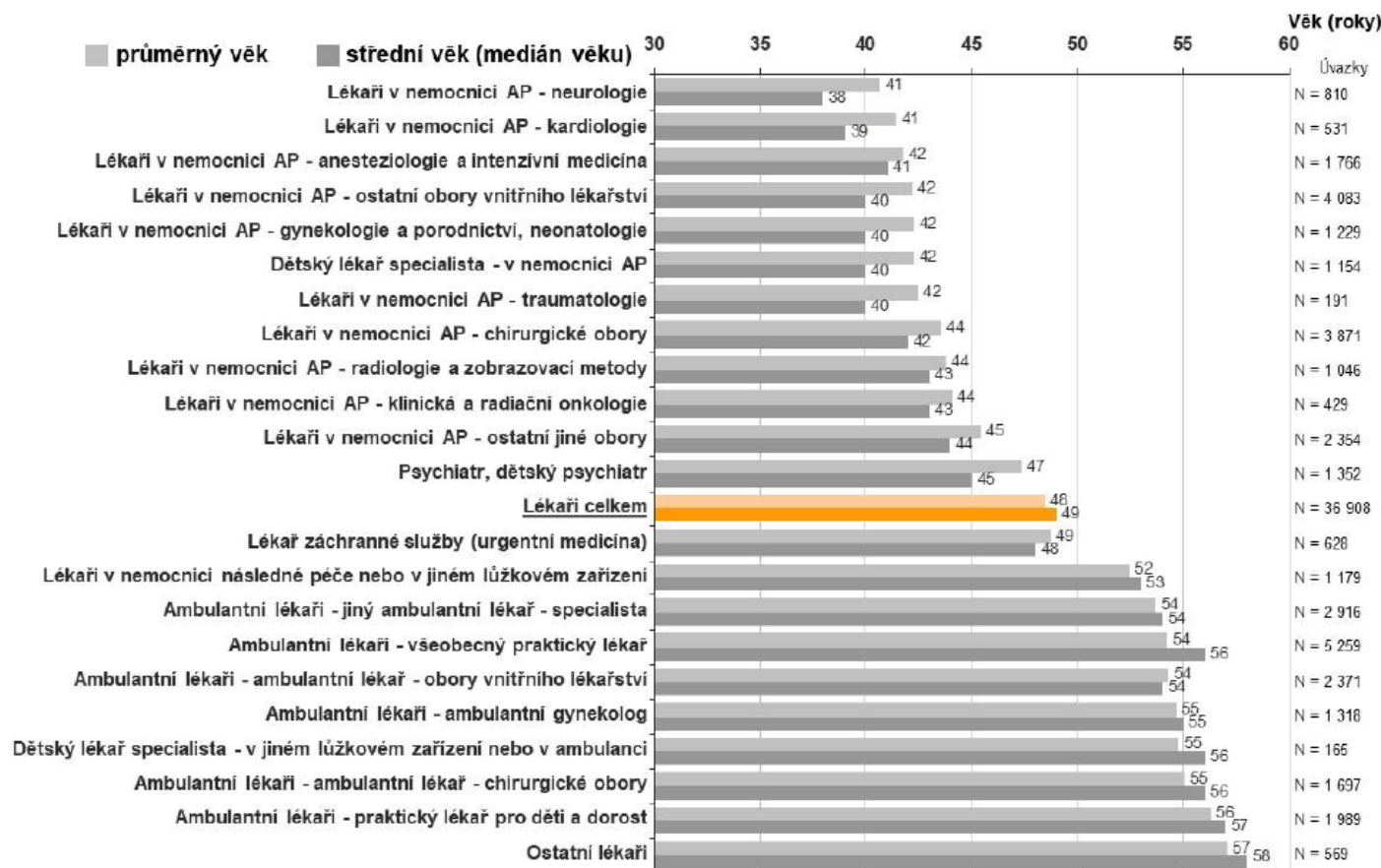


Obr. 3.11 Neoptimální demografický vývoj českých lékařů

Zdroj: NR-ZP, citováno dle *Analytický podklad pro Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* - schválený dokument (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č. 817). Analytický podklad byl MZ ČR zveřejněn jako prezentace, datovaná 17.5.2019, s. 37. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17382/37700/Strategick%C3%BD%20r%C3%A1mec%20Zdrav%C3%AD%20202030.pdf>

Neoptimální demografický vývoj českých lékařů

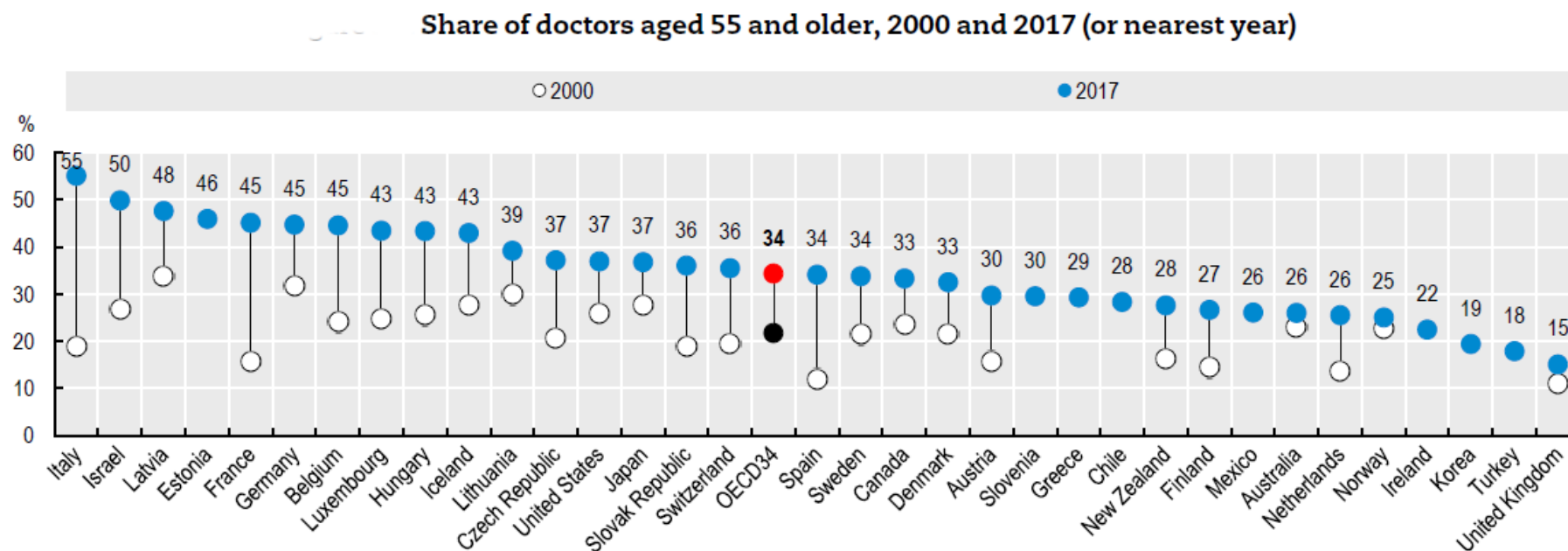
Zdroj: Národní registr zdravotnických pracovníků (NR-ZP)



Dostupná data nově vybudovaného Národního registru zdravotnických pracovníků potvrzují významné demografické stárnutí populace českých lékařů, zejména v primární péči. Řada ambulantních profesí, včetně praktických lékařů, se průměrným věkem blíží hranici 60 let.

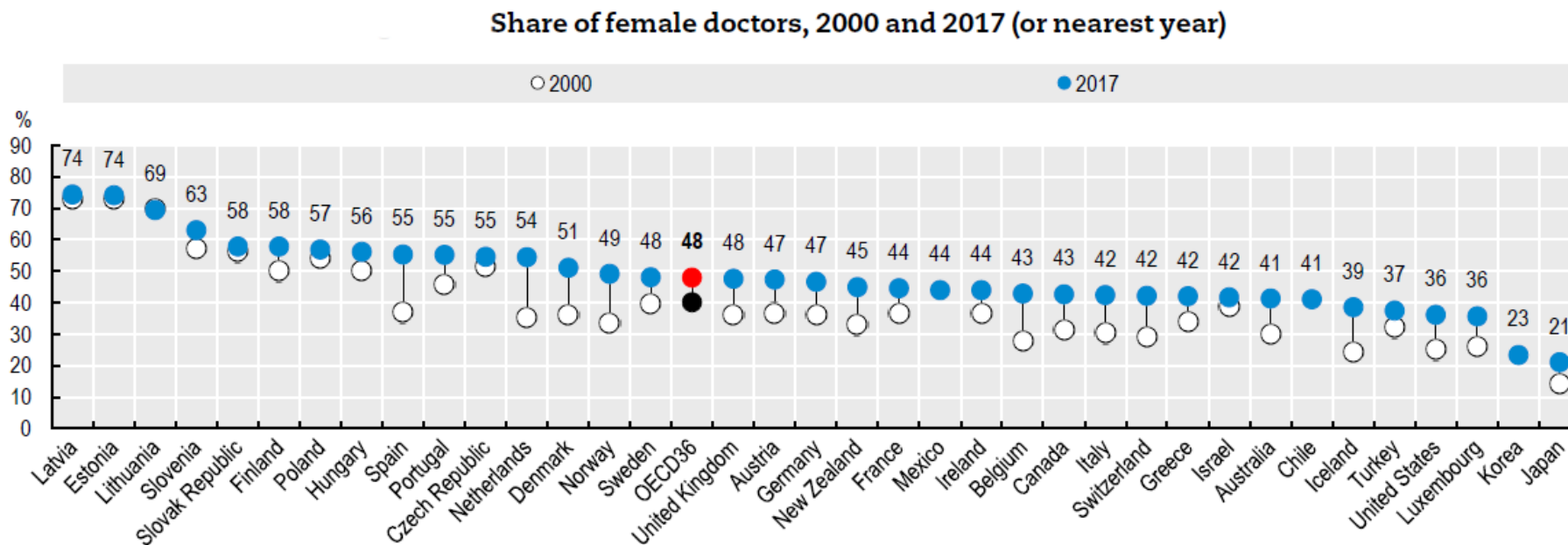
Obr. 3.12 Podíl starších lékařů 55+ v celé lékařské populaci – mezinárodní srovnání

Zdroj: *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paříž: OECD Publishing, 2019, str. 175, obr. 8.5. ISBN 978-92-64-38208-4 (print). Dostupné online z: <https://www.oecd-ilibrary.org/docs/server/4dd50c09-en.pdf?expires=1599649482&id=id&accname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871>



Obr. 3.13 Podíl žen v celé lékařské populaci

Zdroj: *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paříž: OECD Publishing, 2019, str. 175, obr. 8.6. ISBN 978-92-64-38208-4 (print). Dostupné online z: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1599649482&id=id&acname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871>

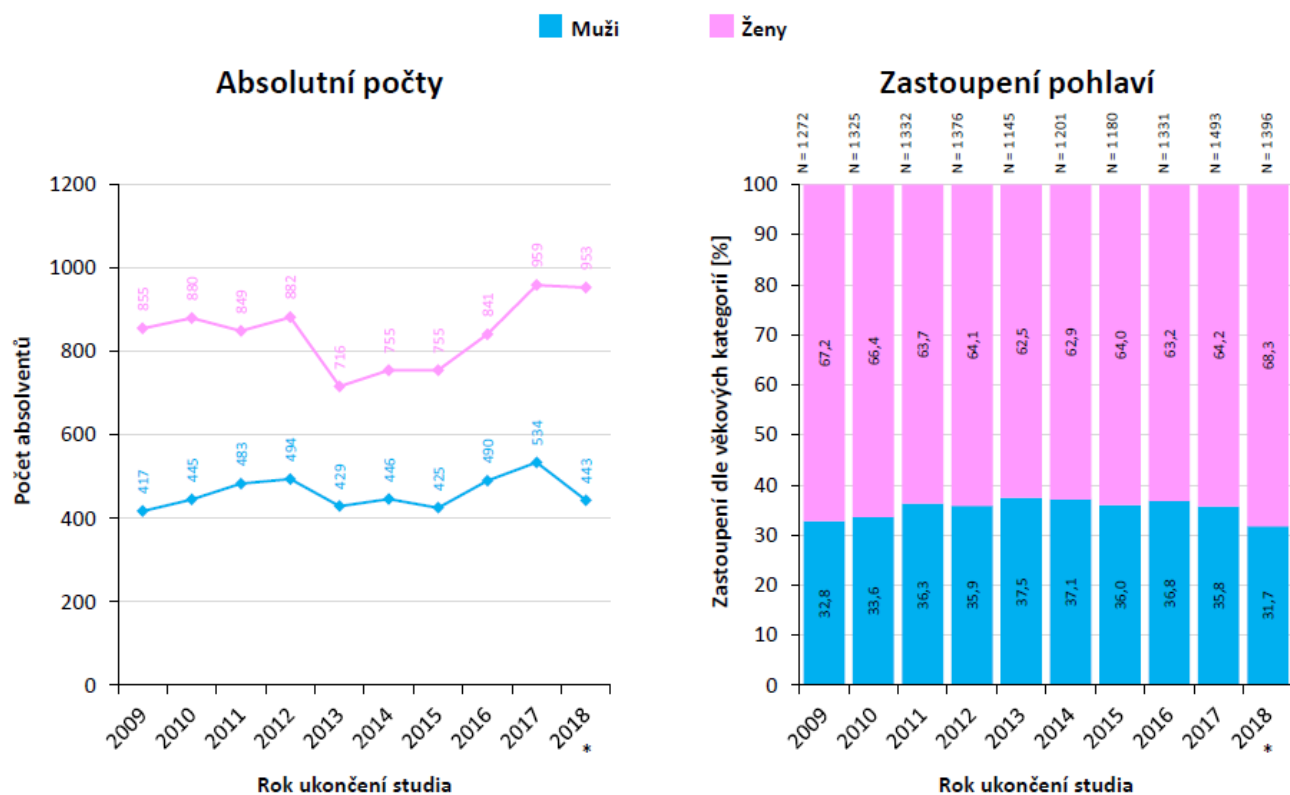


Obr. 3.14 Lékaři – absolventi lékařských fakult – dle pohlaví

Zdroj: NR-ZP citováno dle *Analytický podklad pro Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* - schválený dokument (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č. 817). Analytický podklad byl MZ ČR zveřejněn jako prezentace, datovaná 17.5.2019, s. 99. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17382/37700/Strategick%C3%BD%20r%C3%A1mec%20Zdrav%C3%AD%202030.pdf>

Lékaři – absolventi lékařských fakult – dle pohlaví

Zdroj: Národní registr zdravotnických pracovníků (NR-ZP), stav k 2. 1. 2019



* za rok 2018 jsou uvedeny předběžné údaje

Určitým problémem demografické struktury populace českých lékařů je rovněž nevyváženost podílu pohlaví. Zejména v posledních deseti letech absoluuje lékařské fakulty výrazně vyšší podíl žen než mužů (průměrně 64% : 36%) a tento nepoměr se v čase mírně prohlubuje. Značná feminizace povolání lékaře musí být promítnuta do modelů predikujících dostupnost kapacit v následujících letech, neboť předpokládané odchody lékařek na mateřskou dovolenou budou mít na zajištění rozsahu péče značný vliv.

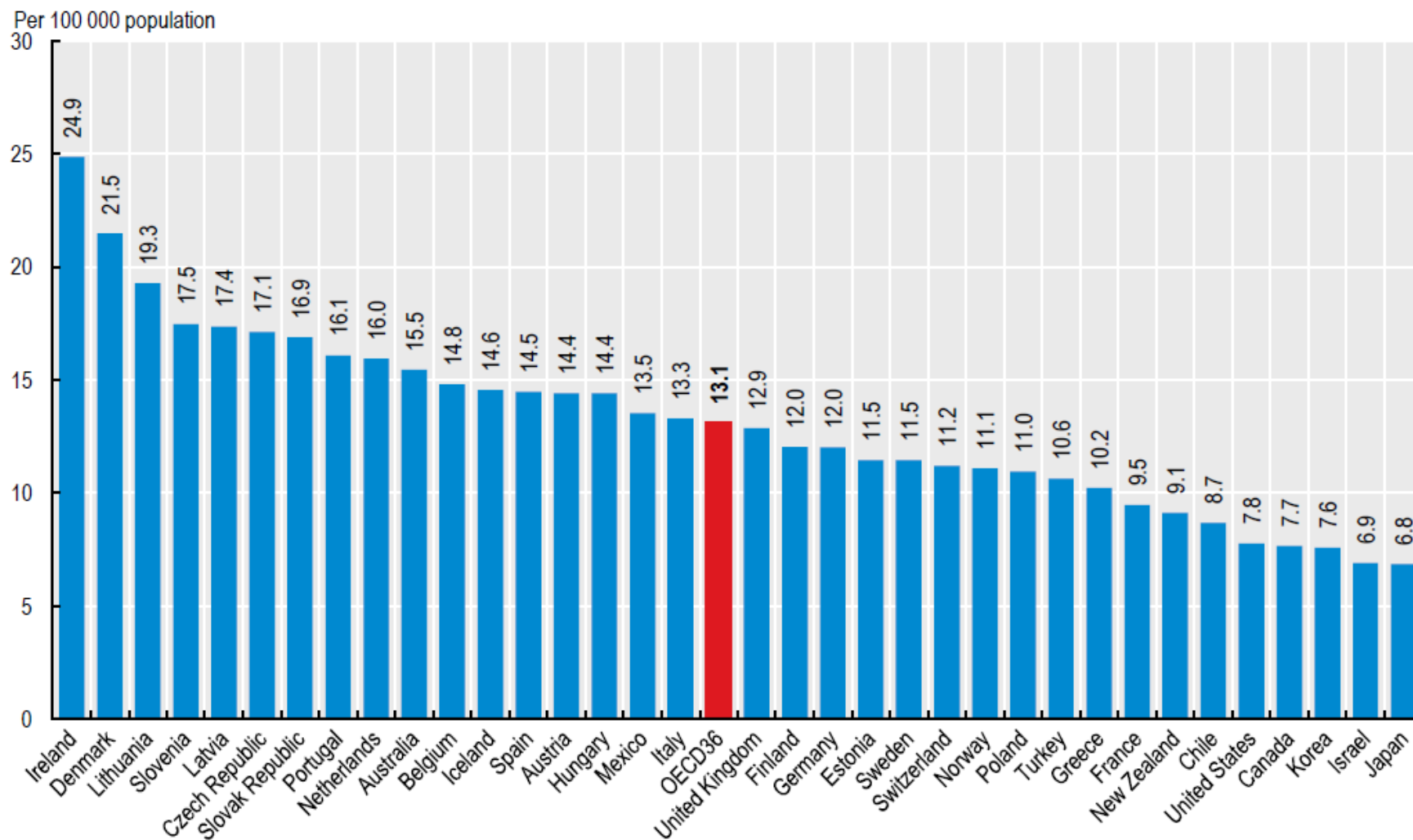
Obr. 3.15 Počet absolventů lékařského studia

Zdroj: *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paříž: OECD Publishing, 2019. ISBN 978-92-64-38208-4 (print), str.183, obr. 8.15.

Dostupné online z: [https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1599649482&id=id&accname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871)

[en.pdf?expires=1599649482&id=id&accname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1599649482&id=id&accname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871)

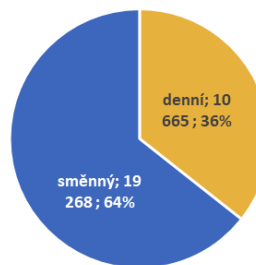
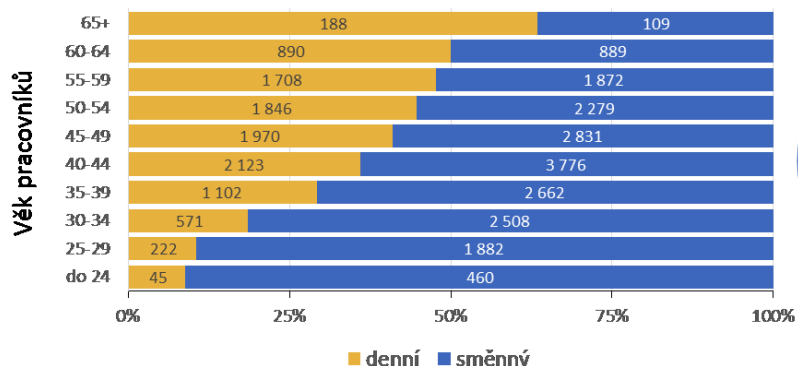
Medical graduates, 2017 (or nearest year)



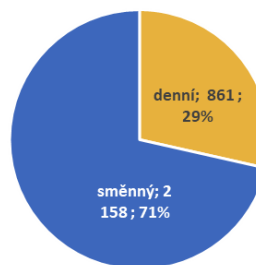
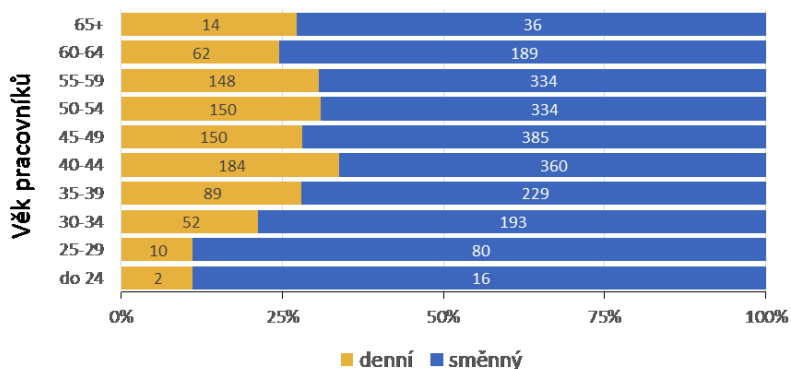
Obr. 3.16 Objem práce sester ve směnném provozu podle věku

Zdroj: Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-118. Dostupné online z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

PZS akutní lůžkové péče



PZS následné lůžkové péče



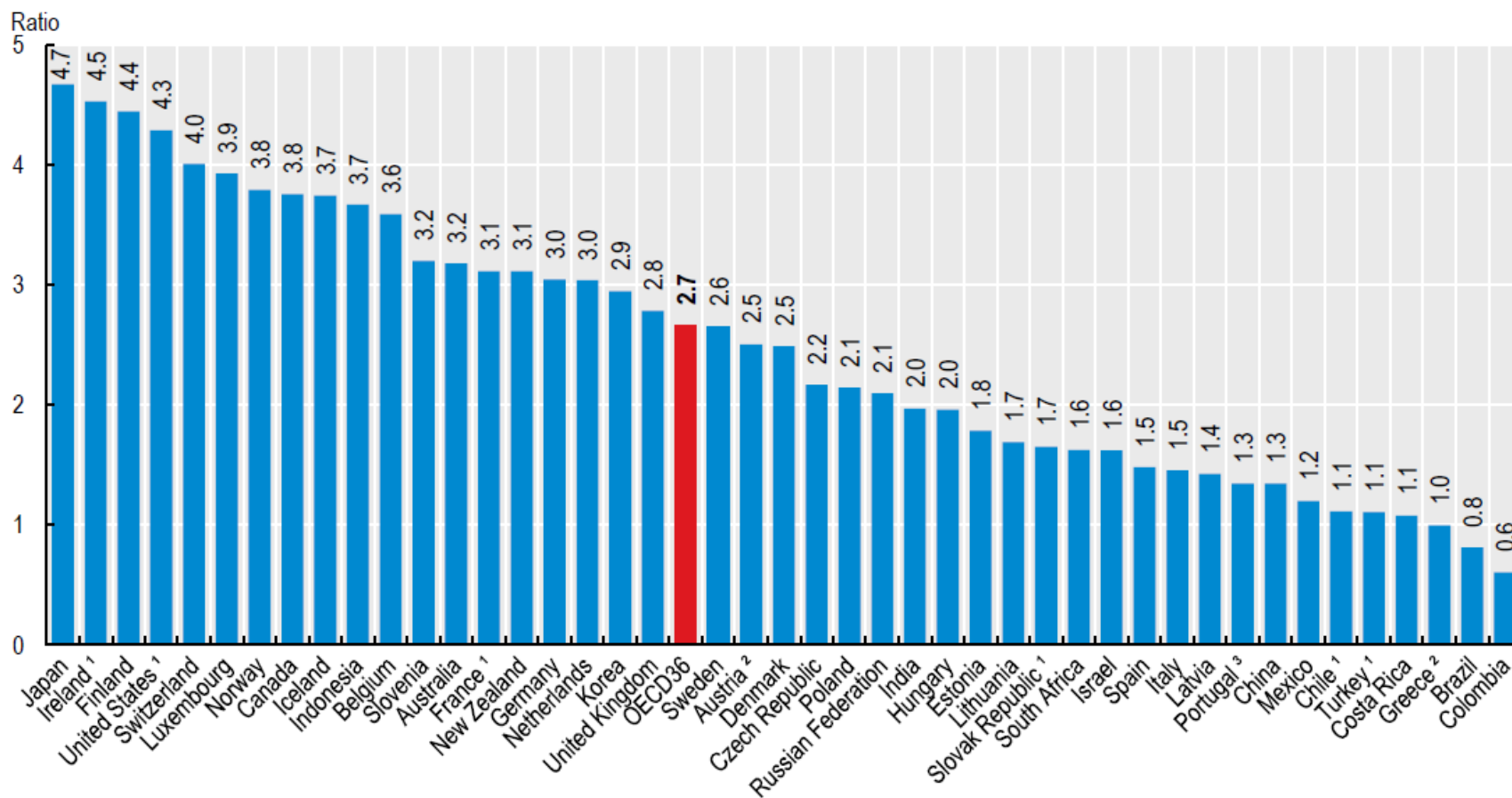
Práce sester ve směnném provozu je velmi náročná a je uváděna jako jeden z hlavních důvodů odchodu sester z tohoto segmentu lůžkové péče. Dle Národního registru zdravotnických pracovníků celkově v ČR pracuje ve směnném provozu cca 39 800 sester jako fyzických osob; tyto osoby pokrývají cca 35 000 plných přepočtených úvazků (dle výsledků resortních statistických šetření). Vztaheno na celkový počet všeobecných sester, dětských sester a porodních asistentek v ČR, pak ve směnném provozu jakékoli lůžkové péče pracuje 48% z celkového počtu fyzických osob a 42% z celkového objemu úvazků sester v ČR.

- ☐ v akutní lůžkové péči pracuje ve směnném provozu 64% sester, což činí cca 35 600 fyzických osob pokrývajících cca plných přepočtených 30 800 úvazků
- ☐ v ostatní lůžkové péči pracuje ve směnném provozu 71% sester, což činí cca 4 190 fyzických osob pokrývajících cca plných přepočtených 4 180 úvazků

Obr. 3.17 Počet zdravotních sester na lékaře

Zdroj: *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paříž: OECD Publishing, 2019, str. 179, obr. 8.11. ISBN 978-92-64-38208-4 (print).
Dostupné online z: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1599649482&id=id&accname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871>

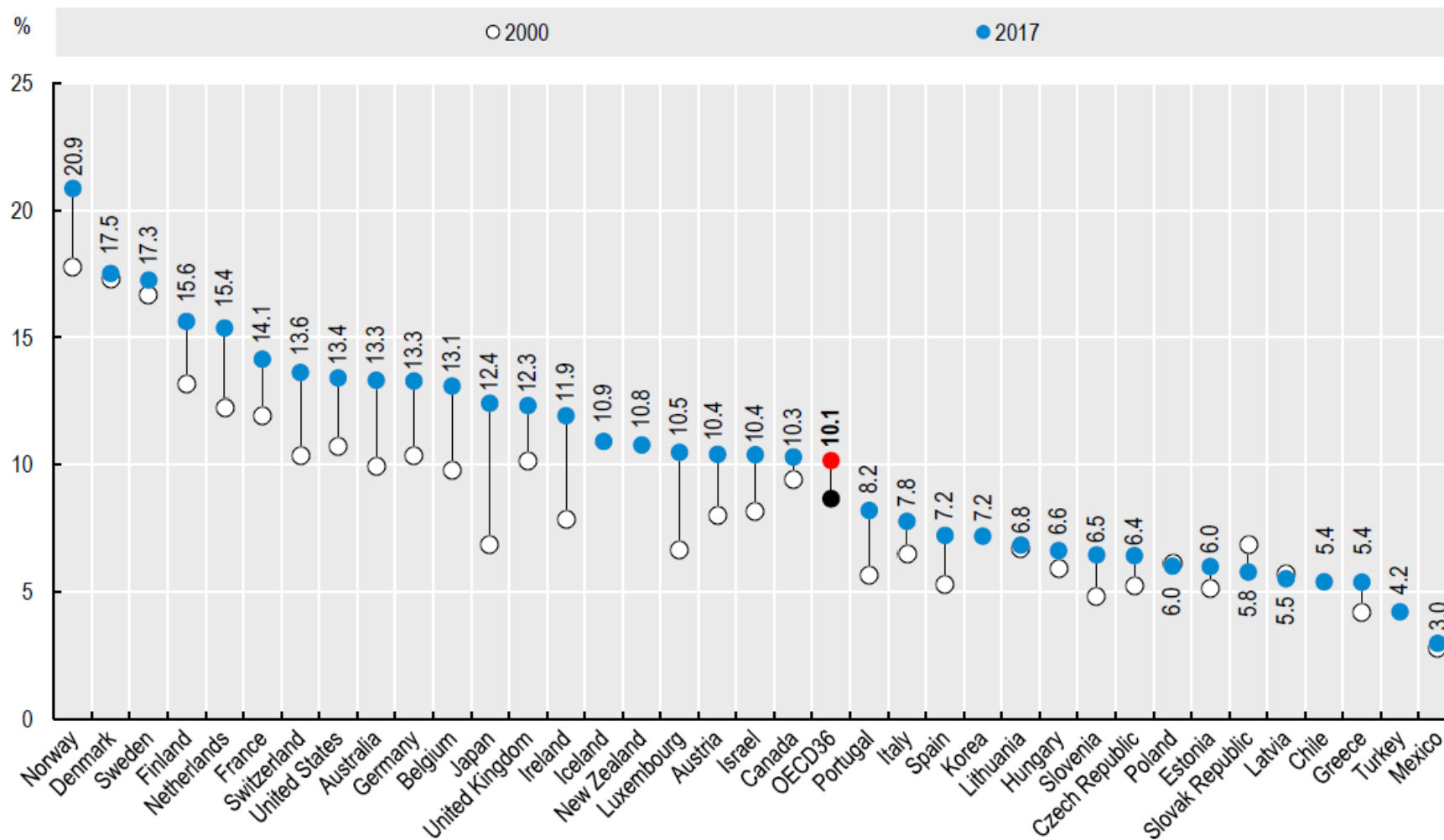
Ratio of nurses to doctors, 2017 (or nearest year)



Obr. 3.18 Podíl zaměstnanců ve zdravotnictví a v sociální sféře na celkové zaměstnanosti země

Zdroj: *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paříž: OECD Publishing, 2019, str. 171, obr. 8.1. ISBN 978-92-64-38208-4 (print). Dostupné online z: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1599649482&id=id&acname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871>

Employment in health and social work as a share of total employment, 2000 and 2017 (or nearest year)



Obr. 3.19 Počet absolventek sesterského studia na 100 000 obyvatel (absolventky Mgr. a PhD. programu vyloučeny kvůli duplicitám)

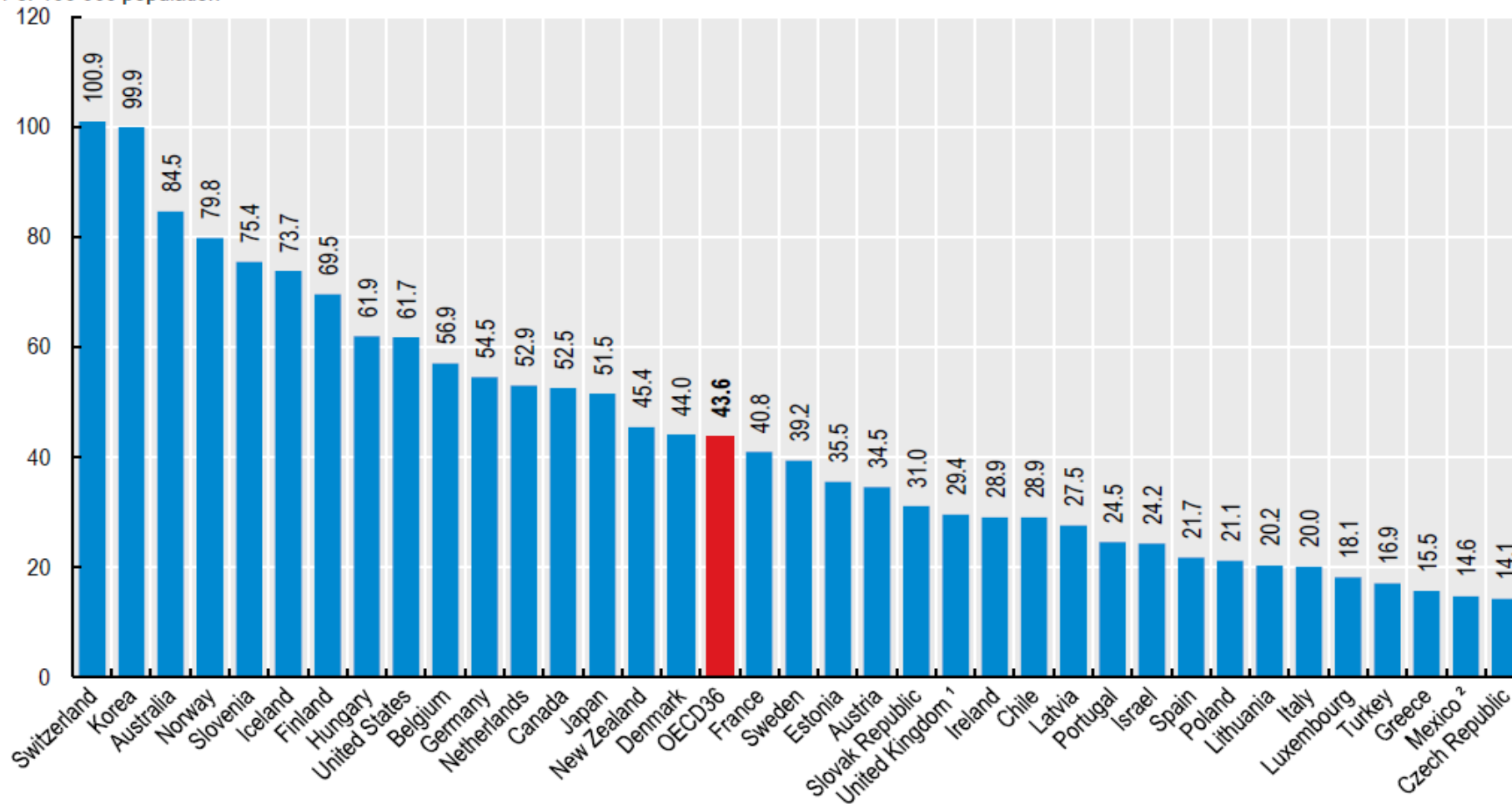
Zdroj: *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Paříž: OECD Publishing, 2019. str. 171, obr. 8.1. ISBN 978-92-64-38208-4 (print), str. 185, obr. 8.17.

Dostupné online z: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09->

[en.pdf?expires=1599649482&id=id&accname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1599649482&id=id&accname=guest&checksum=78F179056DC1FE3B28C68EC94EA7C871)

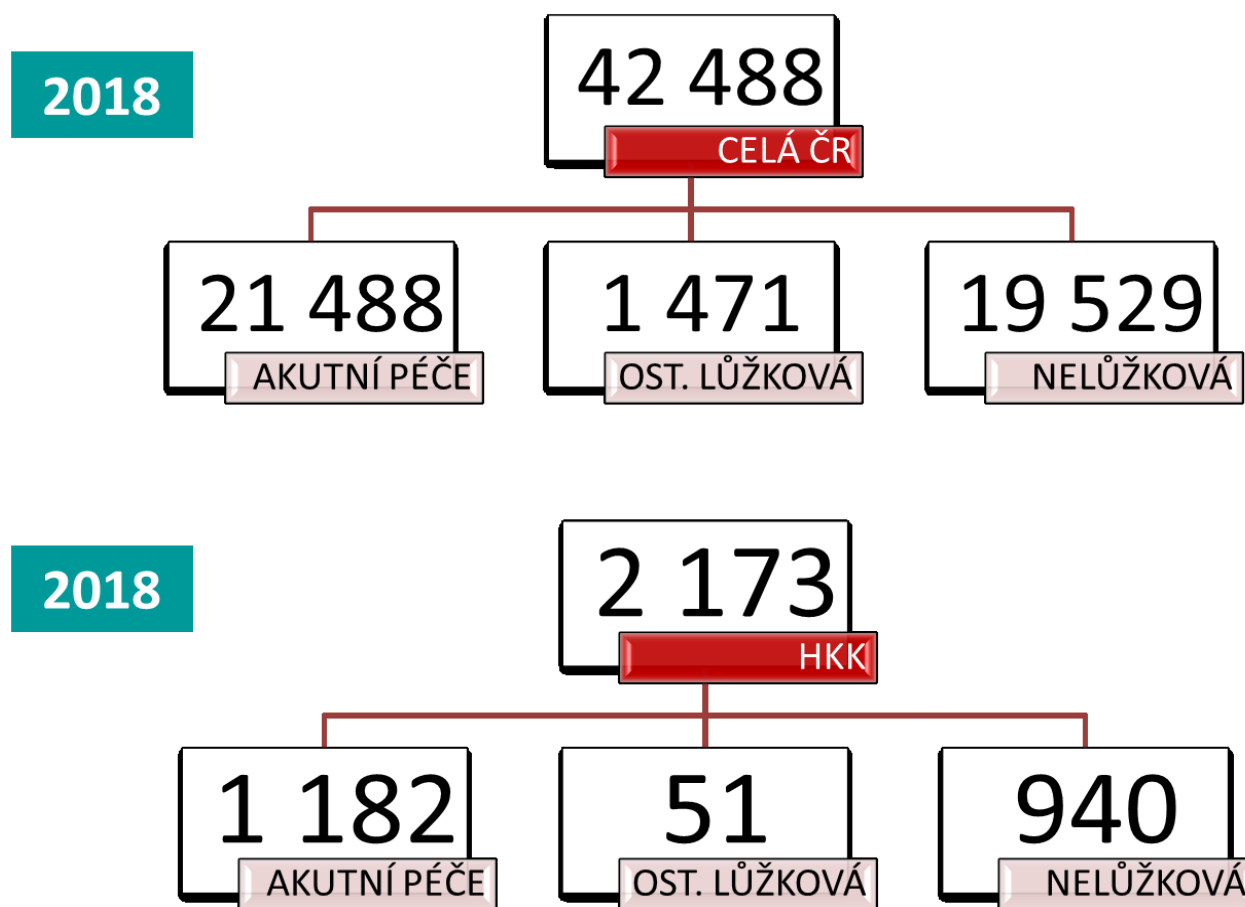
Nursing graduates, 2017 (or nearest year)

Per 100 000 population



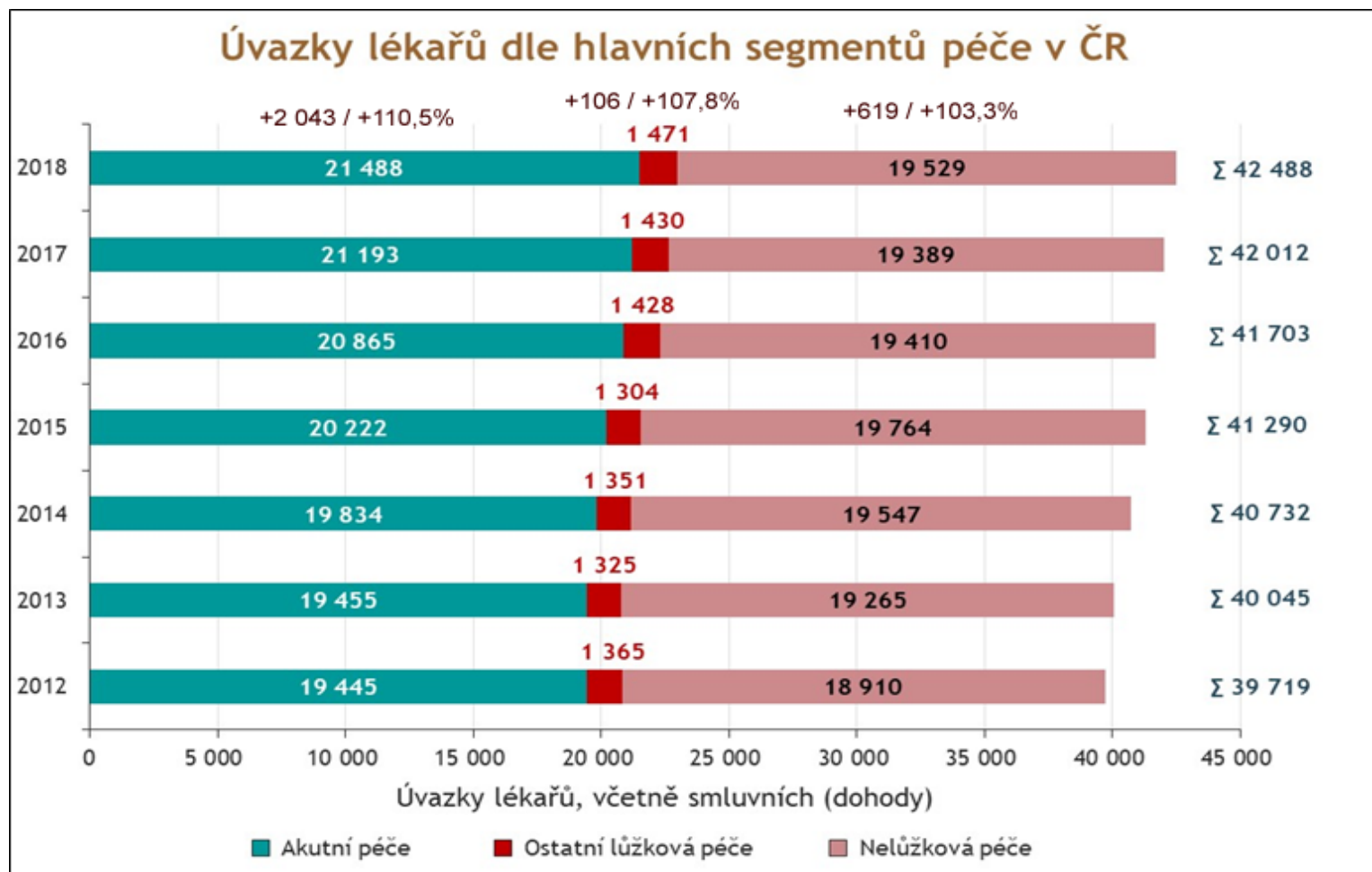
Obr. 3.20 Kapacity lékařů v počtu úvazků dle segmentů péče – v ČR a v KHK

Zdroj: Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-101, 102. Dostupné online z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



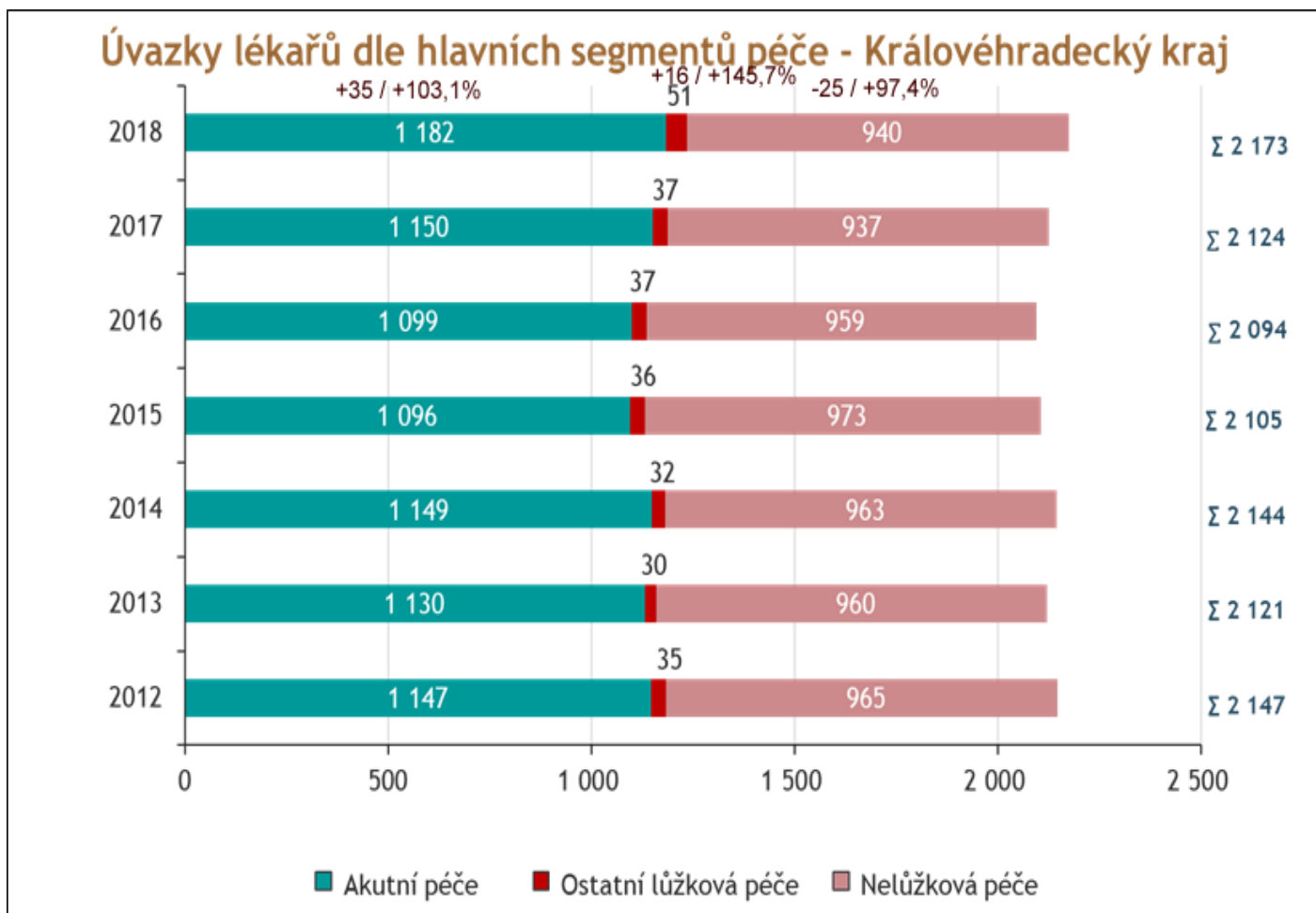
Obr. 3.21 Časový vývoj počtu lékařů v ČR

Zdroj: Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05 - 101. Dostupné online z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/



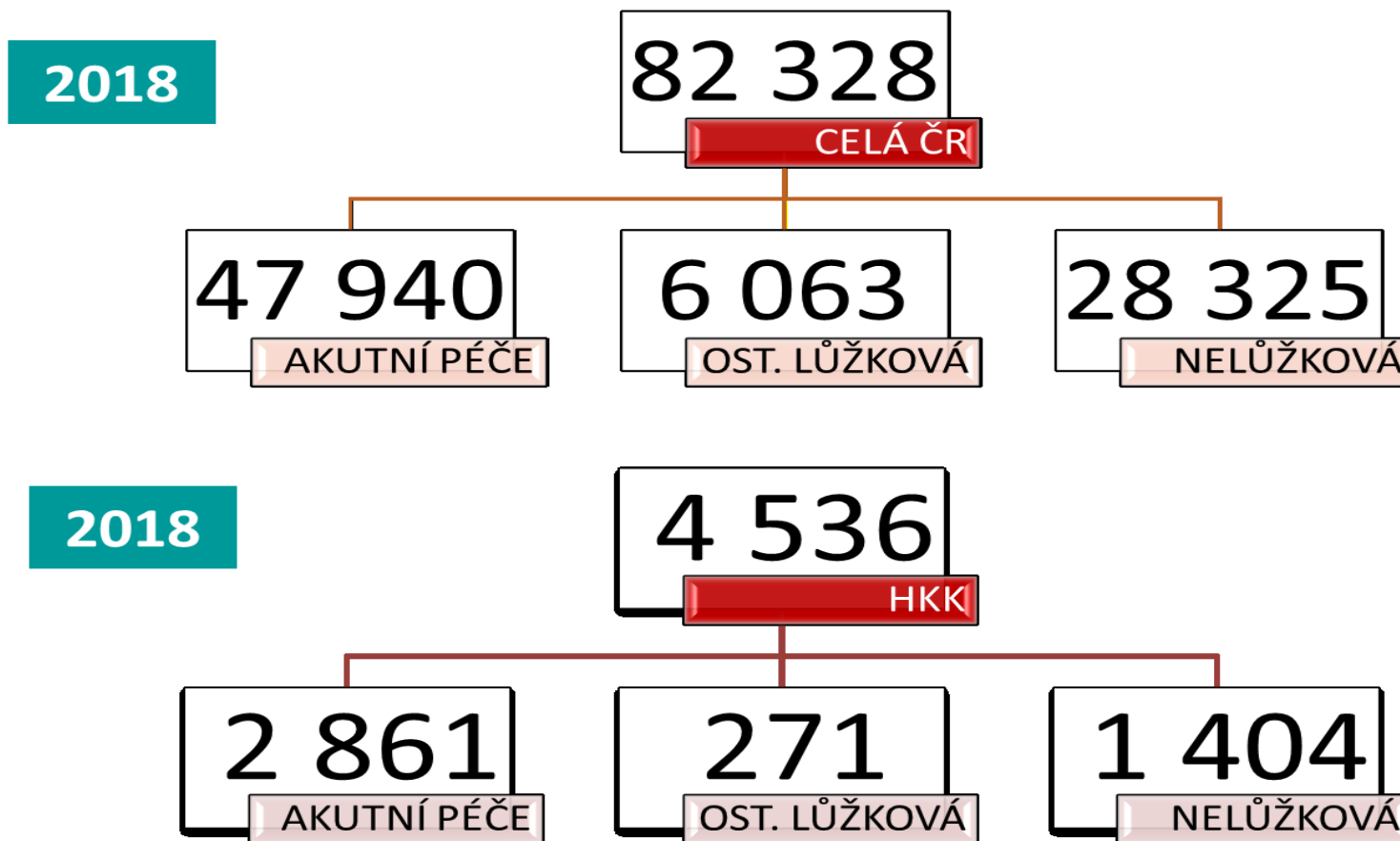
Obr. 3.22 Časový vývoj počty lékařů v KHK

Zdroj: Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-102. Dostupné online z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/



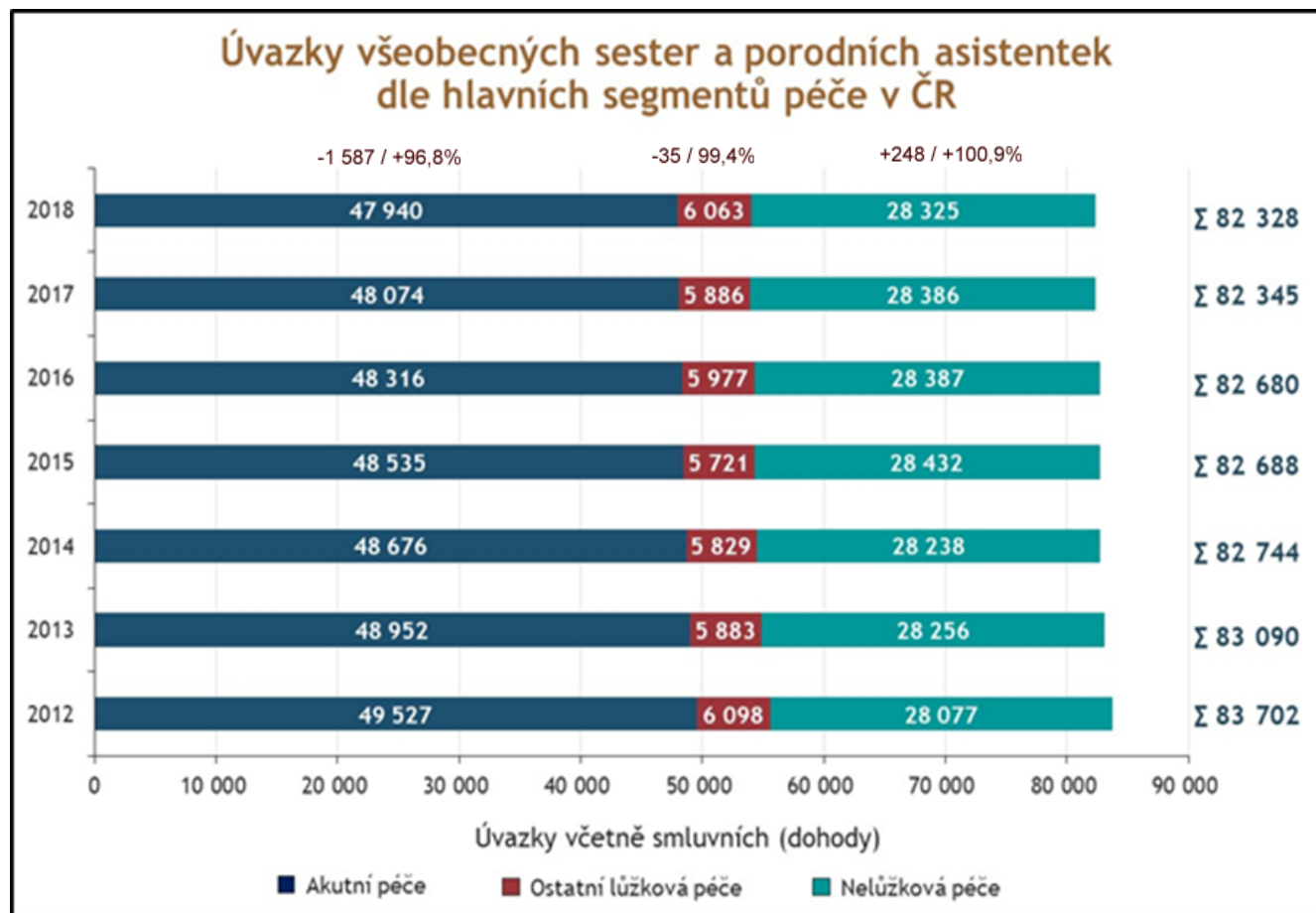
Obr. 3.23 Úvazky sester dle poskytovatelů zdravotní péče v ČR a v KHK

Zdroj: Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-111, 112. Dostupné online z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



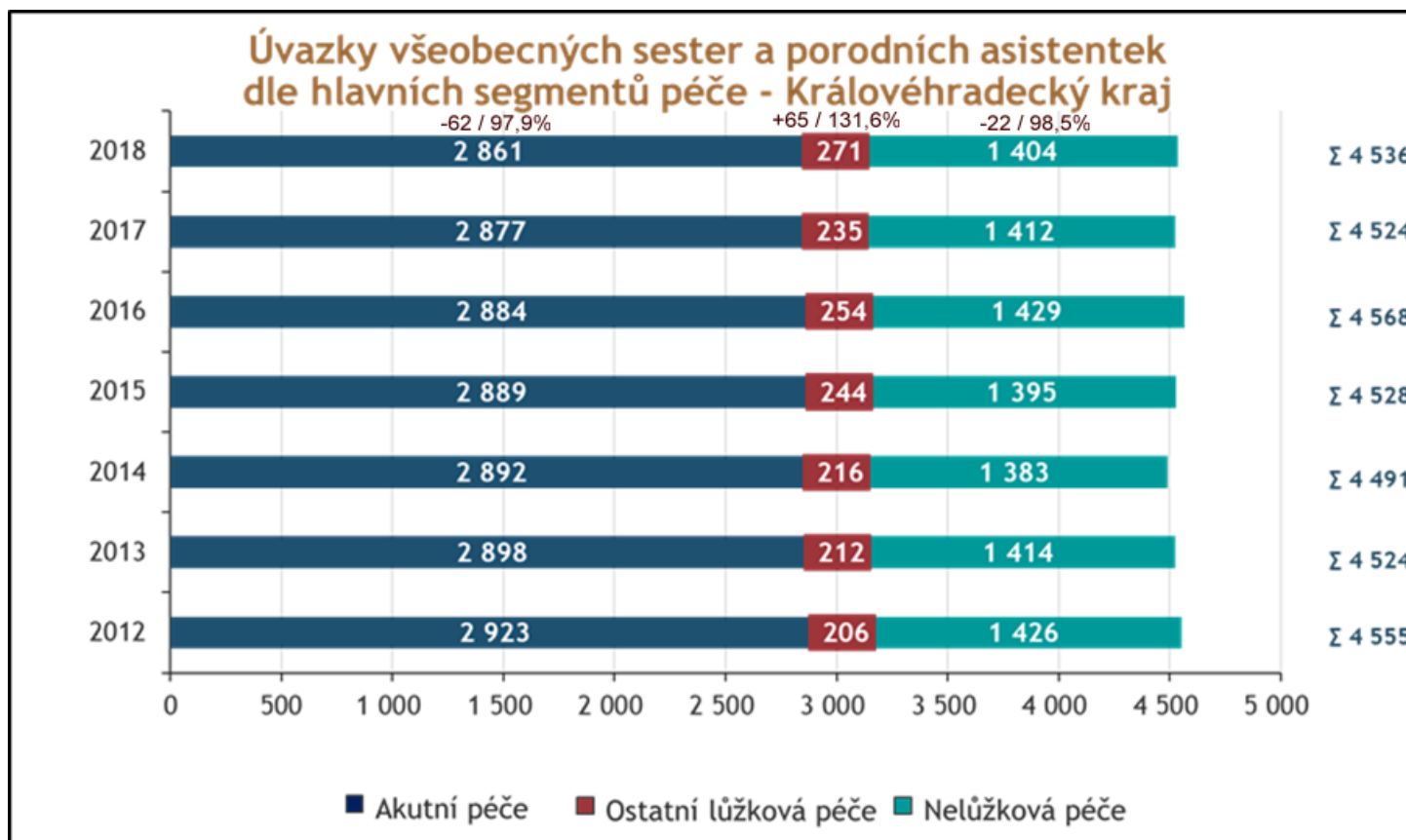
Obr. 3.24 Časový vývoj počtu sester v ČR

Zdroj: Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-111. Dostupné online z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



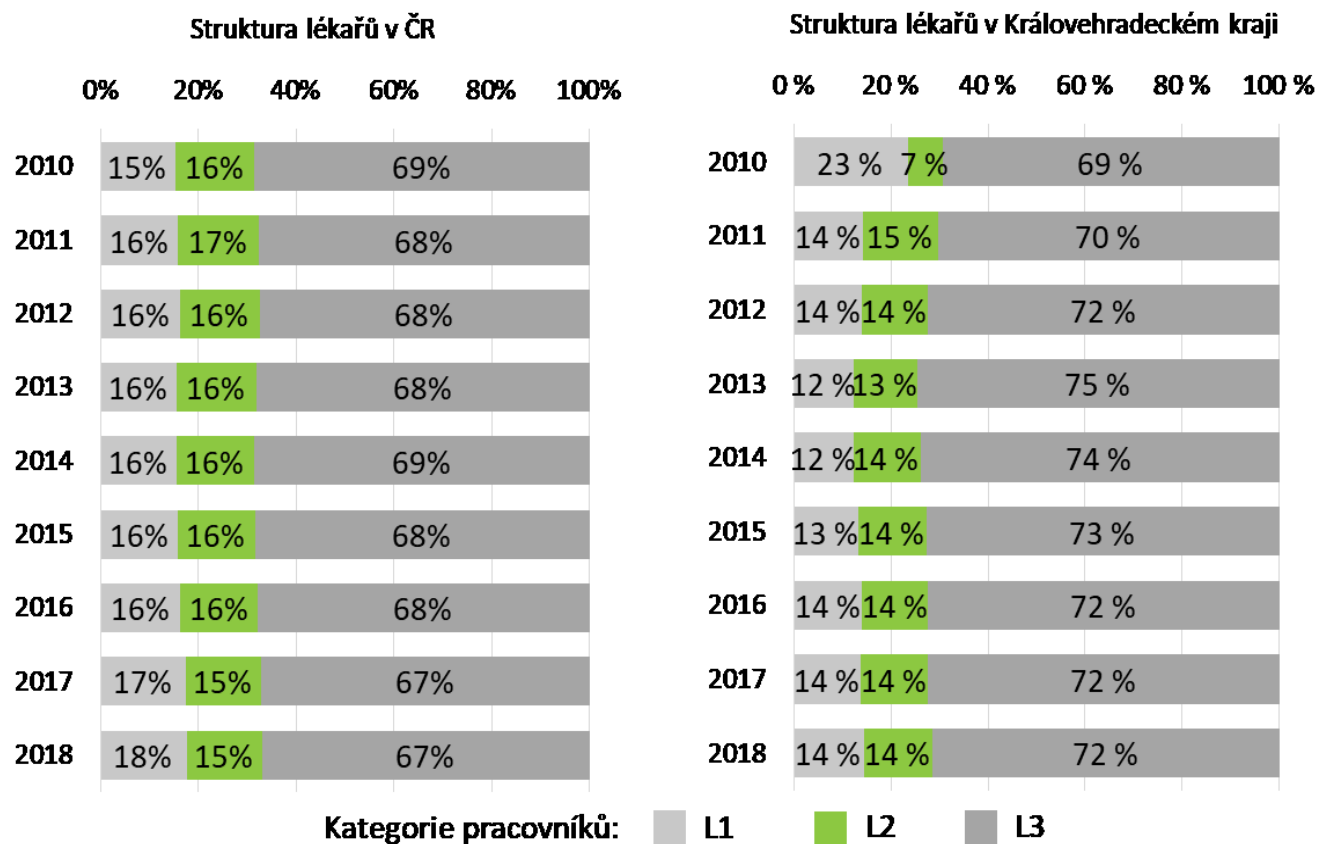
Obr. 3.25 Časový vývoj počtu sester v KHK

Zdroj: Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-112. Dostupné online z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/



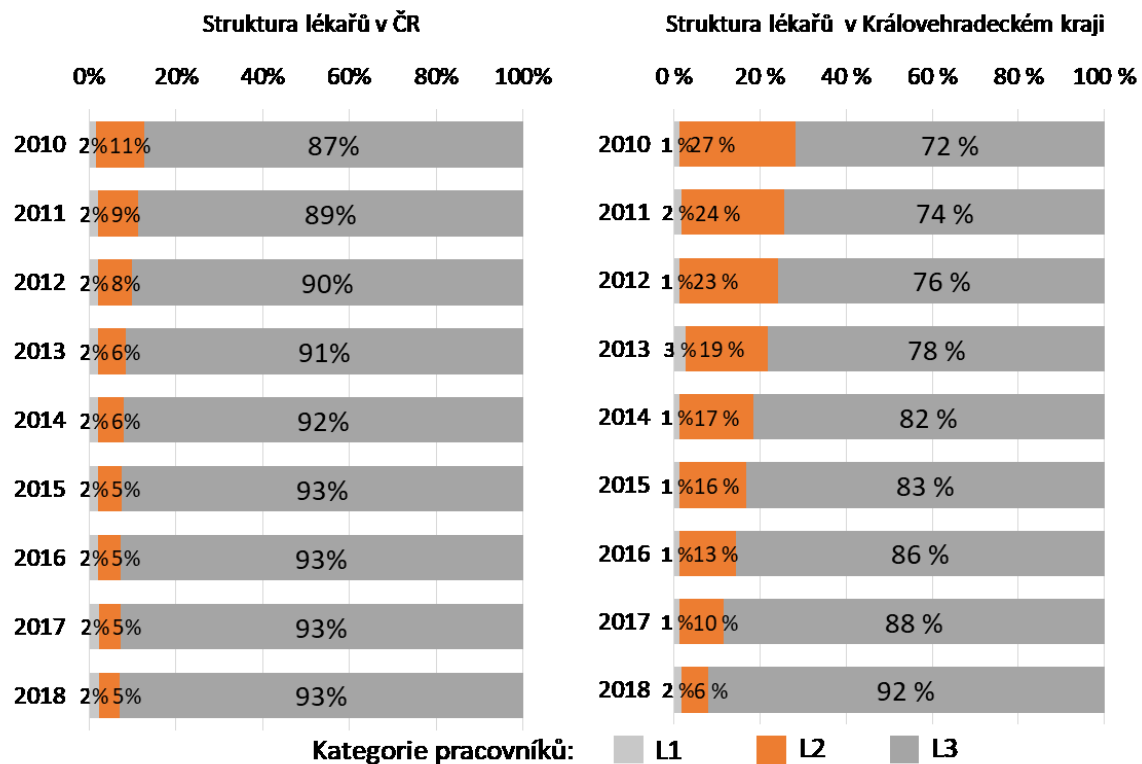
Obr. 3.26 Počty lékařů v nemocniční péči

Zdroj: Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-96. Dostupné online z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/



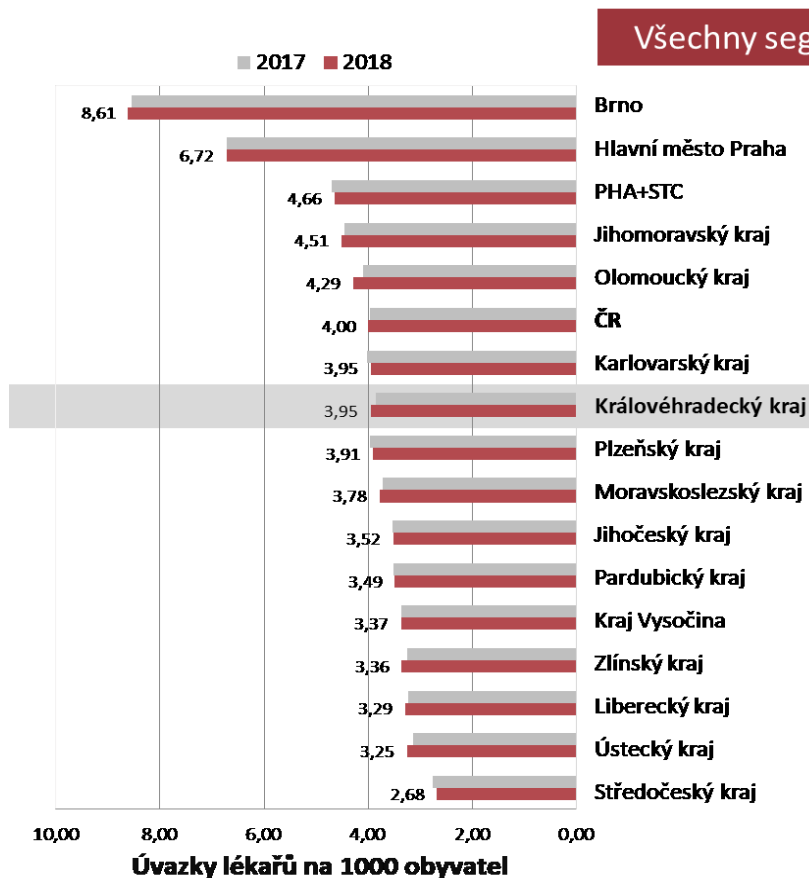
Obr. 3.27 Počty lékařů v ambulantní péči

Zdroj: Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-99. Dostupné online z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



Obr. 3.28 Regionální rozložení úvazků lékařů v ČR

Zdroj: Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-103. Dostupné online z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030-_analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/



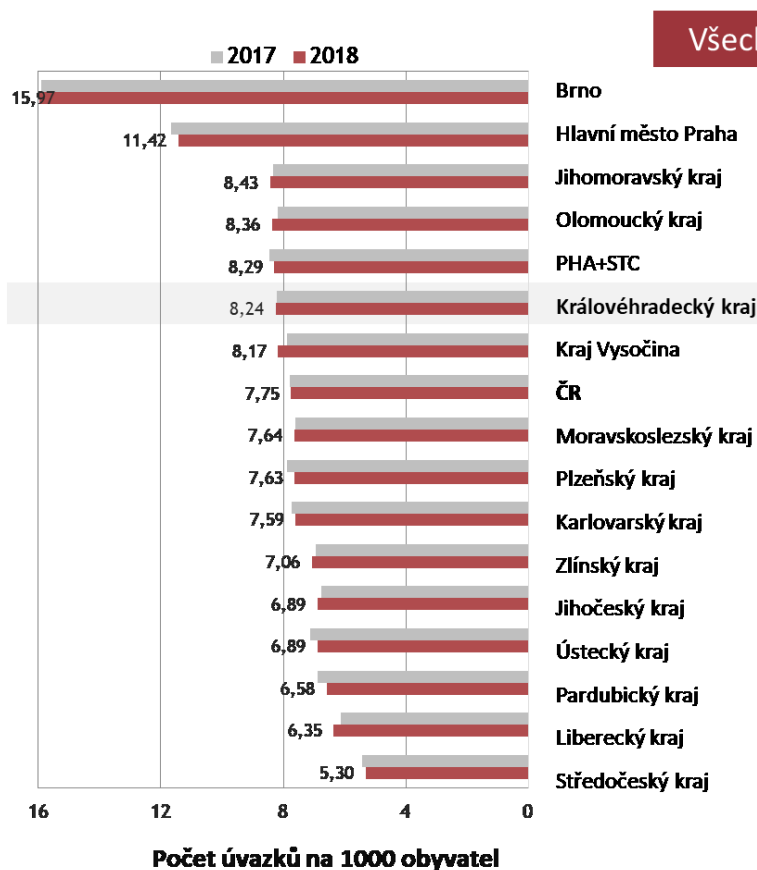
Všechny segmenty péče

V ČR působí celkově přibližně 4,0 úvazků lékařů na 1000 obyvatel, což je hodnota mírně nadprůměrná v mezinárodním srovnání zemí OECD, nicméně ale podprůměrná ve srovnání s obdobnými zdravotnickými systémy jako je Německo či Rakousko (4,1–4,3 úvazku na 1000 obyvatel).

Velkým problémem ČR je nerovnoměrná distribuce kapacit lékařů v systému. Na té je jasně patrný vliv velkých měst a fakultních nemocnic, zejména v Brně a Praze, kde dostupné kapacity přesahují 6,7 úvazku lékaře na 1000 obyvatel. Naopak v krajích Středočeském, Ústeckém, Libereckém a Zlínském jsou hodnoty nižší než 3,3 úvazku na 1000 obyvatel a tyto lze interpretovat jako podprůměrné i z mezinárodního evropského hlediska.

Obr. 3.29 Regionální rozložení úvazků sester v ČR

Zdroj: Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-113. Dostupné online z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



Všechny segmenty péče

V ČR působí celkově přibližně 7,8 úvazků sester na 1000 obyvatel, což je hodnota celkově mírně podprůměrná ve srovnání se zeměmi OECD. Zásadním problémem v dostupnosti kapacit avšak není absolutní počet dostupných úvazků, ale:

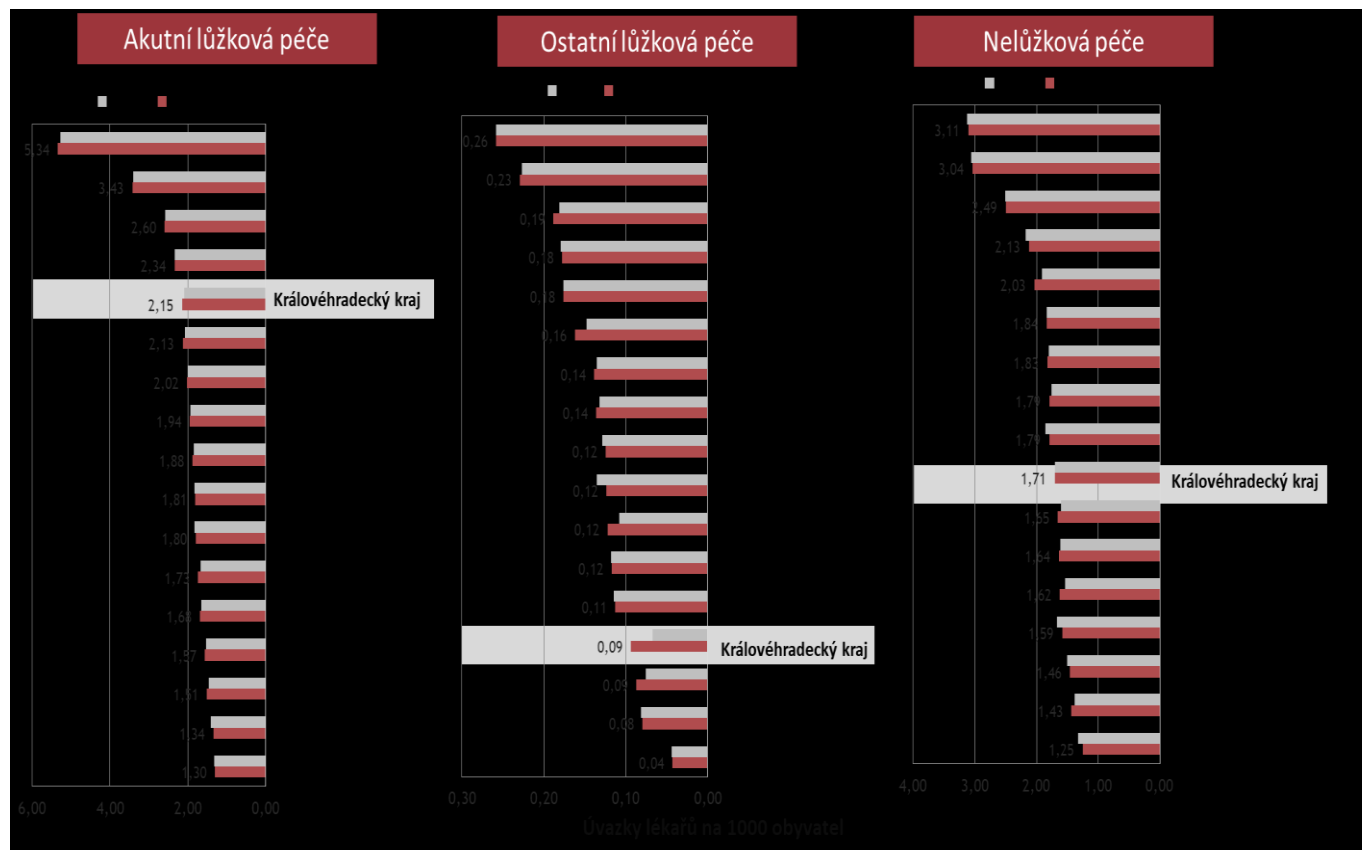
- jejich nerovnoměrná distribuce v regionech a v různých segmentech péče
- kontinuálně klesající kapacita úvazků sester v akutní lůžkové péči.

Na regionální distribuci úvazků všeobecných sester a porodních asistentek je stále jasně patrný vliv velkých měst, avšak nikoli poskytovatelů akutní lůžkové péče v těchto městech. Naopak v krajích Středočeském a Libereckém hodnoty nižší než 6,5 úvazku na 1000 obyvatel a tyto lze interpretovat jako silně podprůměrné i z mezinárodního (evropského) hlediska.

Úvazková kapacita sester Královéhradeckého kraje v celkovém součtu odpovídá nadprůměru ČR.

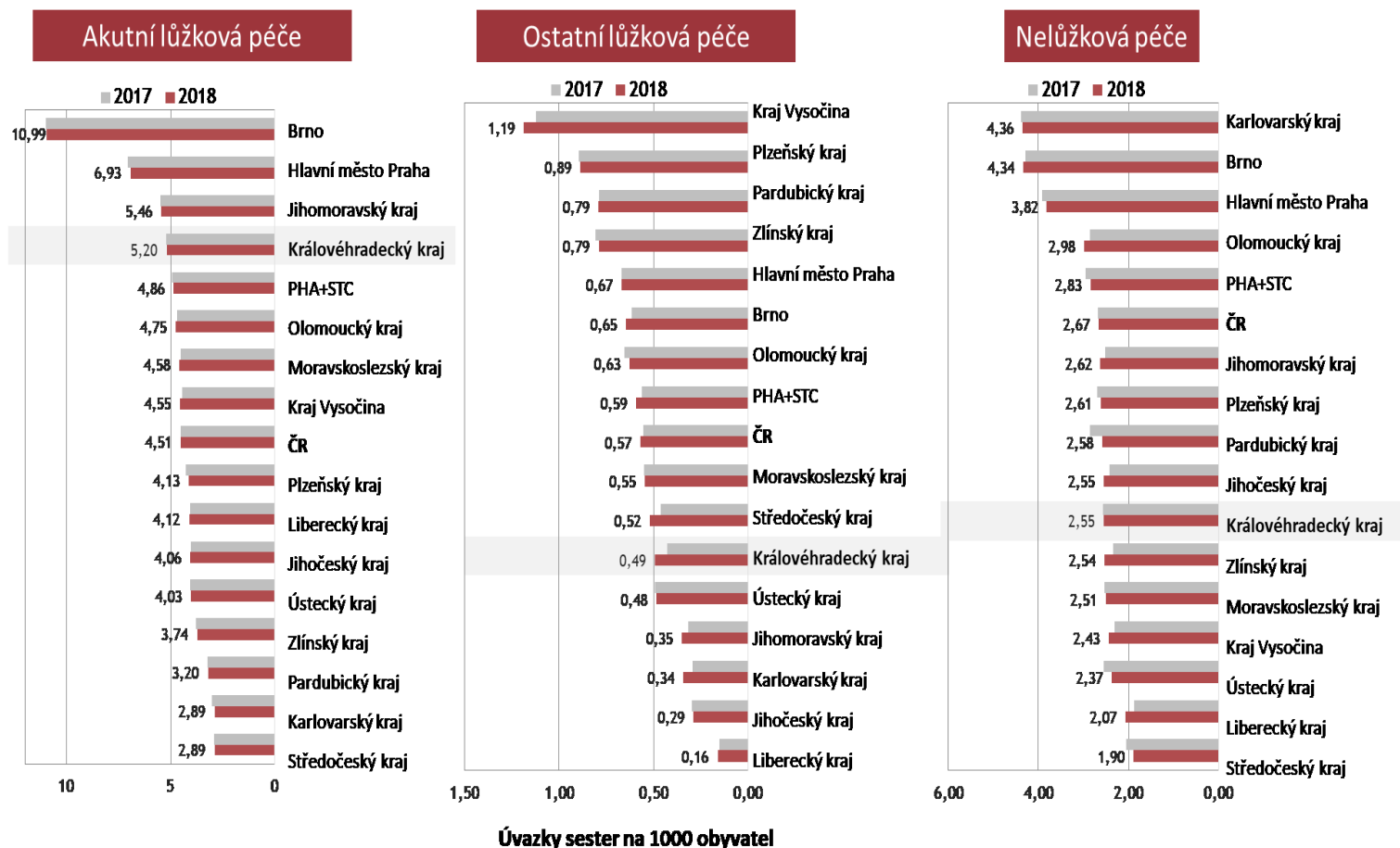
Obr. 3.30 Regionální rozložení úvazků lékařů v ČR

Zdroj: Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-104, 105. Dostupné online z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>



Obr. 3.31 Regionální rozložení úvazků sester v ČR

Zdroj: Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-114, 115. Dostupné online z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030_-analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/



Obr. 3.32 Úvazky pracovníků v nemocniční a ambulantní péči v KHK

Zdroj: Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-95. Dostupné online z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

Kategorie	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Rozdíl 2018-2012	Rozdíl v %
Lékaři	2 147	2 121	2 144	2 105	2 094	2 124	2 173	26	101,2%
Zubní lékaři	398	400	394	402	429	404	400	2	100,5%
Farmaceuti	425	423	437	424	422	442	420	-5	98,8%
Všeobecné sestry a porodní asistentky	4 555	4 524	4 491	4 528	4 568	4 524	4 536	-19	99,6%
Ostatní nelékaři s odbornou způsobilostí (Ostatní ZPBD)	1 377	1 407	1 424	1 405	1 437	1 582	1 604	227	116,5%
Nelékaři s odbornou a specializovanou způsobilostí (ZPSZ)	662	633	636	653	682	670	686	24	103,6%
Nelékaři pod odborným dohledem (ZPOD)	1 620	1 545	1 611	1 684	1 864	1 733	1 726	106	106,5%
Jiní odborní pracovníci a dentisté (JOP)	142	136	140	163	89	71	159	17	112,0%
Celkem	11 326	11 190	11 277	11 365	11 584	11 550	11 705	379	103,3%

poznámka: od 1.9.2017 se zdravotnický asistent (kategorie ZPOD) změnil na praktickou sestru (kategorie Ostatní ZPBD)

Obr. 3.33 Průměrný věk lékařů v různých oborech

Zdroj: *Analytický podklad pro Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030* - schválený dokument (Usnesení vlády ČR 18.11.2019 č. 817). Analytický podklad byl MZ ČR zveřejněn jako prezentace, datovaná 17.5.2019, s. 37. Dostupné online z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/17382/37700/Strategick%C3%BD%20r%C3%A1mec%20Zdrav%C3%AD%202030.pdf>

Obory	střední věk (medián, roky) r.2019	
	nemocnice akutní péče	ambulantní terén
obory interního lékařství	40	54
gynekologie a porodnictví	40	55
specializované obory dětského lékařství	40	56
chirurgické obory	42	56
PL pro dospělé		56
PL pro děti a dorost		57

Související obrazy a komentáře z dalších kapitol Analýzy

Obr. 5.5 Počet ambulantních lékařů ve městech a na venkově v zemích OECD

Prezentovaný graf je seřazen podle počtu lékařů ve městech, ale je ho potřeba hodnotit podle rozdílů mezi městem a venkovem. Nevyvážená distribuce zdravotních služeb není nic výjimečného jen u nás a má i své příčiny, které není jednoduché řešit. U nemocnic a ambulantních specialistů je to dáno vysokou specializací péče, která vyžaduje větší koncentraci drahých technologií a užší specializaci lékařů spojenou s nutností centralizace pacientů s méně běžnými chorobami. U praktických lékařů pak hraje roli zájem lékařů, kteří si své ambulance raději zakládají ve větších městech z důvodů nejen medicínských (lepší dostupnost komplementů a konzilií), ale působí zde i zájmy osobní a rodinné. To vše je důvodem, proč ve venkovských oblastech a v méně atraktivních místech je lékařů méně a proč v KHK v odlehlých podhorských oblastech či v pohraničí Broumovského výběžku v okresech Trutnov, Náchod a Rychnov n. Kněžnou a v jiných odlehlých lokalitách bývá obtížné pro obec získat lékaře, což se velmi výrazně projevuje nyní v době, kdy lékařů na trhu práce je zřetelně méně.

Uvedený graf na širokém spektru zemí OECD ukazuje, že vysoký rozdíl mezi počtem lékařů na obyvatele ve venkovském a městském prostředí je velký nejen v zemích, kde je odlehlých oblastí mnoho (viz Kanada), ale i v zemích, kde jsou geografické podmínky pro rovnoměrné osídlení příznivější (viz Slovensko, Maďarsko). Naopak ve Švédsku, kde je odlehlých oblastí mnohem více se s tím země dokázala vypořádat. Poměr počtu lékařů v městských a ve venkovských zónách v ČR je 5,7 ku 4,2 obyvatel na lékaře, což není nijak oproti jiným zemím špatné, ale je nutno podotknout, že graf je z r. 2015 a lokální situace se u nás od té doby s rostoucím nedostatkem lékařů horší.

Obr. 5.5 Počet ambulantních lékařů ve městech a na venkově v zemích OECD

Zdroj: OECD (2018), citováno dle *Zdraví 2030 - Analytická studie: Královéhradecký kraj*. Studie byla pro KHK provedena v rámci přípravy strategického rámce *Rozvoje péče o zdraví v ČR do konce roku 2030*. Ministerstvo zdravotnictví ČR a ÚZIS ČR, 2019-2020, prezentace 05-49. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/krajsky-urad/zdravotnictvi/nis/zdravi-2030--analyticka-studie:-kralovehradecky-kraj-323067/>

Lékaři ve městech a na venkově (2015 nebo nejbližší rok)

