

POHLEDY NA ZDRAVOTNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE



„Pohledy“ z dané země podávají celkový přehled zdravotní situace v zemi a tam, kde je to možné, také srovnání její pozice ve vztahu k ostatním zemím v regionu. „Pohledy“ byly ve spolupráci s členskými státy Světové zdravotnické organizace (WHO) sestaveny k pracovním účelům a nejsou formální statistickou publikací. Jsou založeny na informacích poskytnutých členskými státy a dalšími zdroji, uvedenými v seznamu.

OBSAH

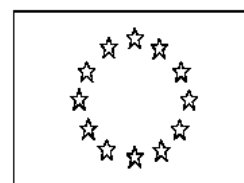
| | |
|---|-----------|
| ZÁKLADNÍ PŘEHLED..... | 3 |
| ZEMĚ A LIDÉ V NÍ | 5 |
| ZDRAVOTNÍ STAV..... | 9 |
| ŽIVOTNÍ STYL..... | 22 |
| ŽIVOTNÍ PROSTŘEDÍ A ZDRAVÍ | 26 |
| SYSTEM ZDRAVOTNÍ PÉČE..... | 29 |
| LITERATURA..... | 34 |



WHO Regional Office for Europe



Ústav zdravotnických informací a statistiky
České republiky



European Commission

Tento projekt vytvoření „Pohledů na zdravotnictví“ pro deset států ucházejících se o členství v Evropské unii byl finančně podpořen Evropskou komisí a Ministerstvem zdravotnictví Finska.

Ani WHO ani výše uvedené organizace ani jakékoli osoby jimi pověřené nenesou odpovědnost za jakékoli použití informací obsažených v tomto dokumentu.

Mapa na titulní straně (Copyright 1999 Lonely Planet Publications) byla adaptována z mapy na webové stránce Lonely Planet (<http://www.lonelyplanet.com>) s jejich souhlasem a výhradní práva na ni zůstávají Lonely Planet Publications.

Vydalo v anglickém jazyce Evropské společenství a regionální úřadovna pro Evropu Světové zdravotnické organizace v červnu 2001 pod titulem „Highlights on Health in the Czech Republic“

© European Communities and World Health Organization 2001

© Translation ÚZIS ČR, 2002. Překladatel tohoto dokumentu odpovídá za přesnost překladu

Tato publikace neprošla ani redakční ani jazykovou úpravou.

Klíčová slova:

Zdravotní stav, Životní styl, Životní prostředí a zdraví, Poskytování zdravotní péče, Srovnávací studie, Česká republika

Názory uvedené v dokumentu vyjadřují stanovisko Světové zdravotnické organizace. Komentáře a doplňující informace prosím posílejte na adresu:

Ústav zdravotnických informací
a statistiky České republiky
Palackého nám. 4, P.O.BOX 60
128 01 Praha 2, Česká republika

Telephone: +420 224 972 243
Telefax: +420 224 915 982
E-mail: sekretariat@uzis.cz
Web: <http://www.uzis.cz>

ZÁKLADNÍ PŘEHLED

Hrubá míra porodnosti na 1 000 obyvatel v České republice klesla, stejně jako ve všech srovnávaných zemích¹, a od roku 1994 byl přirozený přírůstek záporný.

Česká republika má po Slovinsku druhou nejdelší střední délku života při narození ze všech srovnávaných zemí, jak u mužů tak i u žen. Střední délka života u mužů je stále asi o sedm let kratší než u žen. Ve srovnávaných zemích se tento rozdíl mezi muži a ženami snížil pouze ve Slovinsku a v České republice. Česká republika má nyní nejmenší rozdíl střední délky života mezi pohlavími ze všech srovnávaných zemí.

Standardizovaná míra úmrtnosti (SMÚ) na nemoci oběhové soustavy ve věkové skupině 0-64 let je druhá nejnížší mezi srovnávanými zeměmi, ačkoli je stále dvakrát vyšší než průměr v EU. Zvláště významný je pokles SMÚ na cévní nemoci mozku mezi lety 1985 a 1999 o 52 %, což je největší pokles mezi srovnávanými zeměmi. Avšak část tohoto snížení může být důsledkem změn kódovacích pravidel, protože SMÚ na nemoci oběhové soustavy vyjma ischemickou chorobu a cévní chorobu mozku vzrostla po zavedení desáté revize MKN v roce 1994. Pokles celkové úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy souvisí se zlepšením stravovacích návyků, dostupností nových léků a růstem počtu koronárních operací.

SMÚ na zhoubné novotvary u mužů ve věkové skupině 0-64 let byla v ČR v polovině osmdesátých letech nejvyšší mezi srovnávanými zeměmi, ale od té doby klesala a v roce 1999 se rovnala průměru srovnávaných zemí. SMÚ na zhoubné novotvary u žen patří mezi nejvyšší mezi srovnávanými zeměmi, i přes pokles v devadesátých letech.

SMÚ na infekční a parazitární nemoci ve všech věkových skupinách je nejnížší a SMÚ

na dýchací onemocnění ve všech věkových skupinách je jedna z nejnížších mezi srovnávanými zeměmi. Oba ukazatelé jsou pod průměrem EU. Incidence syfilis však během devadesátých let vzrostla.

SMÚ na vnější příčiny ve všech věkových skupinách od poloviny osmdesátých let klesala, zvláště u žen. SMÚ v důsledku zabití je jedna z nejnížších mezi srovnávanými zeměmi.

Kojenecká úmrtnost se od roku 1985 snížila na méně než polovinu. Kojenecká úmrtnost v roce 1999 byla v ČR spolu se Slovinskem nejnížší mezi srovnávanými zeměmi a dokonce nižší než průměr EU. Mateřská úmrtnost v České republice se také významně snížila, současná hodnota je nejnížší mezi srovnávanými zeměmi a je také pod průměrem EU.

Podíl kuřáků byl koncem devadesátých let jeden z nejnížších mezi srovnávanými zeměmi, ale počet cigaret spotřebovaných na osobu a rok byl jeden z největších.

Spotřeba alkoholu vzrostla a Češi měli v roce 1999 jeden z nejvyšších údajů o spotřebě alkoholu mezi deseti srovnávanými zeměmi. Od roku 1993 převyšovala spotřeba alkoholu v ČR průměr EU. Šetření provedené v roce 1995 a opakované v roce 1999 ukazují, že užívání marihuany u mládeže bylo nejvyšší mezi srovnávanými zeměmi.

Reorganizace zdravotnictví v devadesátých letech a zavedení systému zdravotního pojištění v roce 1992 proběhlo bez větších obtíží.

Počet nemocničních lůžek připadající na 100 000 obyvatel je vyšší než průměr v EU i ve srovnávaných zemích. Počet lékařů na 100 000 obyvatel je také vyšší než průměr ve srovnávaných zemích, ale nižší než průměr v EU.

¹ Jako srovnávané země bylo použito deset zemí, které se ucházejí o přijetí do EU: Bulharsko, Česká republika, Estonsko, Maďarsko, Litva, Lotyšsko, Polsko, Rumunsko, Slovensko a Slovinsko.

TECHNICKÉ POZNÁMKY

„Pohledy na zdravotnictví“ poskytují základní přehled o zdraví obyvatel dané země a o hlavních faktorech, které se k němu vztahují. Kde je to možné, používá se i mezinárodního srovnání jako jednoho z prostředků pro posouzení silných a slabých stránek dané země a pro celkové posouzení dosud dosažených úspěchů a možností dalšího zlepšení. Skupiny zemí používané pro srovnávání se nazývají „srovnávané země“ a jsou vybrány na základě:

- obdobných zdravotních a socioekonomických trendů nebo rozvoje, a/nebo
- geopolitické skupiny, jako je Evropská unie (EU), nové nezávislé státy, středoasijské republiky, nebo země ucházející se o vstup do EU.

Pro Českou republiku tvoří srovnávané země deset zemí ucházejících se o vstup do EU (Bulharsko, Česká republika, Estonsko, Maďarsko, Litva, Lotyšsko, Polsko, Rumunsko, Slovensko a Slovinsko).

Aby mělo srovnání mezi zeměmi co největší platnost, jsou hodnoty pro každý ukazatel vybírány pokud možno z jednoho mezinárodního zdroje (jako je např. WHO, EUROSTAT, OECD nebo Mezinárodní úřad práce). Dělá se to proto, aby se zajistila harmonizace údajů rozumně konzistentním způsobem. Je však nutno poznamenat, že ostatní faktory, jako jsou metody sběru a klasifikační zvyklosti i kulturní rozdíly, mohou srovnatelnost dat ovlivnit. Pokud není uvedeno jinak, je zdrojem všech dat statistická databáze Regionální úřadovny pro Evropu Světové zdravotnické organizace - Zdraví pro všechny (*WHO Regional Office for Europe, 2001*). Informace o národní zdravotní politice byly získány z hodnotících zpráv projektu Zdraví pro všechny, od národních úřadů a z osobních jednání s nimi a ze zprávy Zdraví v Evropě (*Health in Europe, WHO Regional Office for Europe, 1998*).

Jednou z metod srovnání je přiřazení určitého pořadí jednotlivým zemím. Přestože je pořadí užitečné jako souhrnné měřítko, může být zavádějící a je nutno je hodnotit velmi opatrně, zvláště, je-li užíváno samostatně, protože pořadí ovlivňují i malé rozdíly v hodnotách ukazatele. Také při posuzování trendů (jako např. tabulka na začátku oddílu o zdravotním stavu) může pořadí zakrývat důležitou absolutní velikost změny v dané zemi. Většinou se používají sloupcové grafy (k určení pozice dané země vzhledem k srovnávaným zemím podle posledních dostupných dat) nebo čárové grafy (obvykle ukazující časový vývoj od roku 1970 a výše). Čárové grafy ukazují podle potřeby trendy pro všechny srovnávané země a pro EU. Daná země a průměr odpovídající skupiny zemí jsou pouze zvýrazněny silnou čarou a označeny v legendě. To umožňuje snáze sledovat trend dané země ve vztahu k ostatním srovnávaným zemím i ve vztahu k pozorovaným „shlukům“, celkovému trendu nebo průměru. Pro vyhlazení meziročních výkyvů v případě malých čísel se podle potřeby používá tříletý průměr. Tato metoda byla použita např. u mateřské úmrtnosti ve všech srovnávaných zemích.

Srovnání by se mělo pokud možno provádět ke stejnému časovému období. Poslední dostupné údaje z jednotlivých zemí však nejsou k dispozici za stejný rok. Proto je třeba brát v úvahu, že pozice země se může změnit, až budou dodána novější data.

ZEMĚ A LIDÉ V NÍ ²

Rozdělení československého státu vstoupilo v platnost o půlnoci 31. prosince 1992 současně se vznikem České republiky a Slovenské republiky.

Podle české ústavy z 1. ledna 1993 tvoří parlament 200 členů Poslanecké sněmovny a 81 členů Senátu. Členové Poslanecké sněmovny jsou voleni na čtyřleté období poměrným způsobem. Je zde pětiprocentní práh, hlasy pro strany, které jej nedosáhly, se přerozdělí na základě výsledků v každém z osmi volebních krajů. Hlavní funkce Senátu je přezkoumání navrhovaných zákonů. Senátoři jsou voleni na šestileté období v jednomandátových okresech, každý druhý rok je voleno 27 senátorů.

Obě komory parlamentu volí prezidenta republiky na pětileté období. Prezidentovi musí být nejméně 40 let. Prezident jmenuje premiéra na návrh předsedy Poslanecké sněmovny.

Počet správních celků v zemi byl nedávno změněn na 14 krajů. Krajské správy mají kompetenci ukládat místní daně a mají odpovědnost za silnice, školy, veřejné služby a zdravotnictví.

Česká republika je členem Organizace spojených národů, Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj (OECD), Středoevropské zóny volného obchodu (CEFTA), Rady Evropy a Středoevropské iniciativy, a je přidruženým členem Evropské unie. Žádost o členství v Evropské unii byla podána v lednu 1996. Česká republika se stala v březnu 1999 řádným členem NATO.

Demografie

Tvar „stromu života“ ukazuje stav demografického vývoje dané populace. Celkové změny ve struktuře populace, způsobené změnou plodnosti, úmrtnosti a migrace lze dobře vidět,

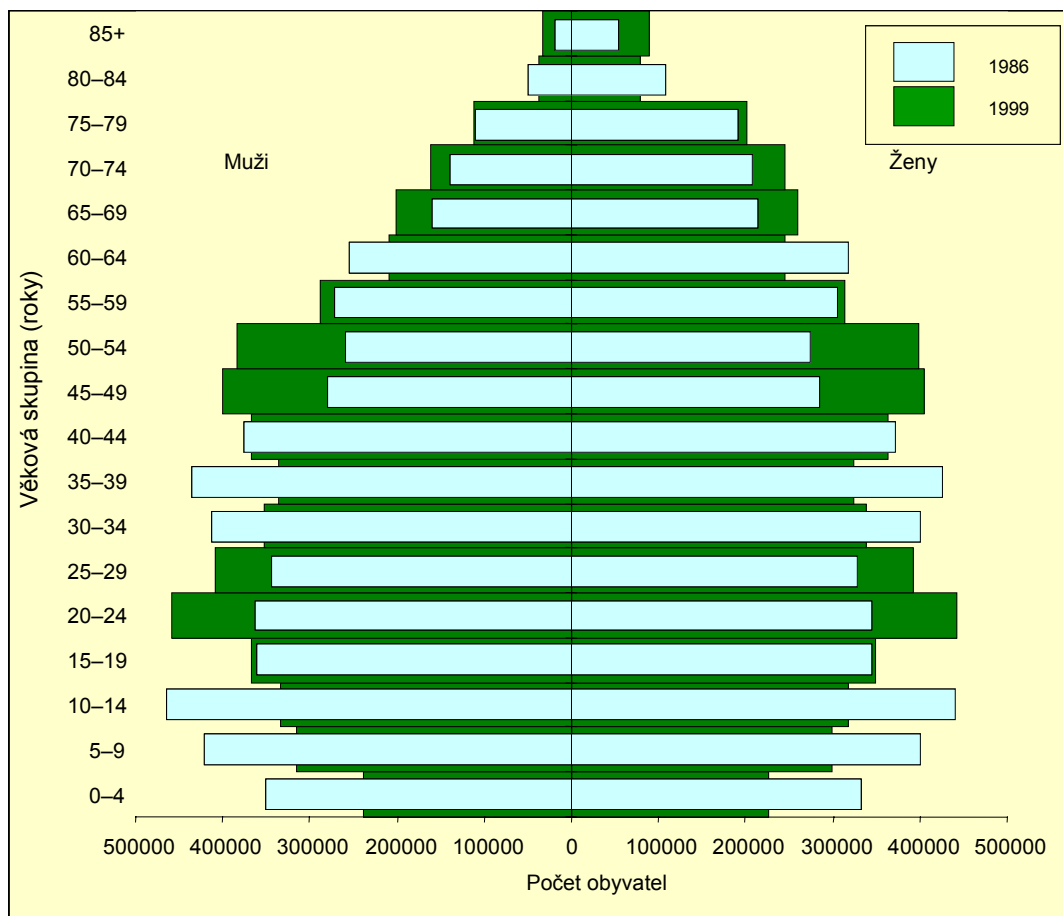
Tabulka 1. Česká republika a srovnávané země (1999)

| Hlavní město | Česká republika | Srovnávané země | | |
|--------------------------------------|-------------------|-------------------|-----------|------------|
| | Praha | Průměr/ Celkem | Minimum | Maximum |
| Počet obyvatel | 10 282 800 | 104 617 900 | 1 442 400 | 38 653 600 |
| Počet obyvatel 0-14 let (%) | 16,8 | 18,7 | 16,1 | 20,1 |
| Počet obyvatel 15-64 let (%) | 69,4 | 68,6 | 66,7 | 74,2 |
| Počet obyvatel 65 a více let (%) | 13,8 | 12,7 | 9,6 | 16,0 |
| Rozloha km ² | 78 866 | 1 078 066 | 20 000 | 313 000 |
| Hustota obyvatel na km ² | 130 | 97 | 32 | 130 |
| Městské obyvatelstvo (%) | 75 | 64 | 50 | 75 |
| Počet narozených na 1000 obyvatel | 8,7 | 9,7 | 8,0 | 10,5 |
| Počet zemřelých na 1000 obyvatel | 10,7 | 11,3 | 9,6 | 14,2 |
| Přirozený přírůstek na 1000 obyvatel | -2,0 | -1,6 | -5,5 | 0,1 |
| HDP na osobu v USD v PPP | 13 125 | 8 369 | 5 071 | 15 977 |

HDP: hrubý domácí produkt; PPP: parita kupní síly

² Tyto úvodní odstavce jsou založeny na materiálu z ročenky The statesman's yearbook (Turner, 2000).

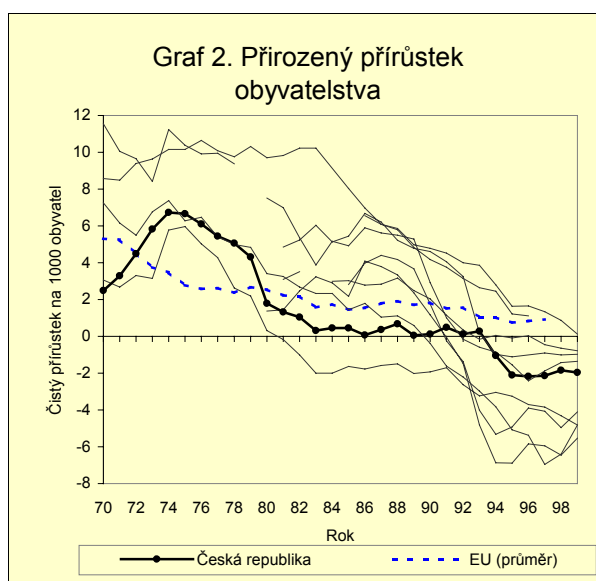
Graf 1. Strom života, 1986 a 1999



porovnáme-li „stromy života“ pro dva rozdílné roky (graf 1). Země EU došly všeobecně do pokročilého stádia demografického vývoje, ve kterém mladší věkové skupiny jsou početně slabé ve srovnání se středními a postupně i se staršími věkovými skupinami. Ve srovnávaných zemích se obecně vyvíjí obdobná struktura populace. V roce 1999 byly věkové skupiny 0 - 14 let, 25 - 29 let, 35 - 39 let a 60 - 64 let relativně slabší, kdežto věkové skupiny 20 - 24 let, 45 - 54 let a 70 let a více byly silnější než průměr srovnávaných zemí. To obecně odráží starší populační strukturu než v průměru srovnávaných zemí.

Přirozený přírůstek v České republice byl v letech 1973 - 1980 vyšší než byl průměr v EU, ale od té doby zůstává pod tímto průměrem. V letech 1983 - 1993 se přirozený přírůstek pohyboval mezi 0,1 a 0,7 na 1000 obyvatel, ale od roku 1994 již byl záporný. V roce 1999 přirozený přírůstek v České republice (-2,0 na 1000 obyvatel) byl nižší než

průměr srovnávaných zemí (-1,1/1000) a hluboko pod průměrem EU (+0,9/1000 v roce 1997) (Graf 2).



Míra plodnosti žen v ČR klesla pod reprodukční hladinu (1,1 v roce 1999) stejně jako ve všech srovnávaných zemích (průměr 1,3; minimum 1,1 a maximum 1,4).

Migrující populace a etnická struktura

Imigranti a příslušníci etnických menšin mohou mít specifické nemoci a zdravotní potřeby v důsledku kulturních a socioekonomických faktorů, vzorců chování a vystavení jinému životnímu prostředí v jejich původní zemi. Získat přístup ke zdravotní péči adekvátní zmíněným specifikám, která by byla přijatelná kulturně i jazykově, může být také obtížné. Mimoto mají tito lidé větší riziko žít v relativní chudobě nebo na okraji společnosti, což může vést k horšímu zdravotnímu stavu ve srovnání s majoritní populací. Zvláště ilegální imigranti mohou mít obtíže při získání zdravotní péče a pokračování jakékoli poskytnuté péče může být problematické.

Podle sčítání lidu z roku 1991 tvořili 81,2 % populace Češi, 13,2 % Moravané a 3,1 % Slováci. Dále jsou zde další malé etnické skupiny, jako jsou Poláci, Němci, Slezané, Rómové a Maďaři a jejich podíl v celkové populaci se pohybuje mezi 0,2 % a 0,5 % (Turner, 2000).

Mezi roky 1994 a 1996 byla registrovaná čistá migrace 10 000 osob, což může být nespolehlivé číslo kvůli neúplným údajům. Hlavními emigračními zeměmi byly Slovenská republika, Německo, Velká Británie a Spojené státy (Council of Europe, 1997). Počet imigrantů z Ukrajiny a Vietnamu v posledních letech vzrůstá (Council of Europe, 1998). Přestože počet cizinců v devadesátých letech rychle rostl, jejich podíl v populaci ČR (2 %) je stále relativně malý (Council of Europe, 1997).

Sociální podmínky a ekonomika

Význam dosaženého vzdělání pro zdraví je dobře doložitelný. Míra gramotnosti dospělé populace (ve věku 15 let a více) se často

používá jako ukazatel, ale rovnoměrně vysoká míra gramotnosti v Evropě (všechny srovnávané země udávají míru gramotnosti 96 % nebo více) neumožňuje provádět srovnávací studie. Protože všechny srovnávané země mají univerzální primární vzdělávání jehož se účastní téměř všechny děti, je i poměr účasti³ na primárním vzdělání ukazatelem necitlivým k rozdílům v úrovni vzdělání.

Užitečnější jsou srovnatelné údaje o poměru účasti na sekundárním vzdělání (střední školy, průmyslové školy, odborná učiliště).

V České republice byla účast na sekundárním vzdělání v devadesátých letech vysoká, čistý poměr účasti na sekundárním vzdělání v roce 1996 byl 87 %, nejvyšší ze srovnávaných zemí, kde byl celkový průměr 79 % (UNESCO, 1999).

Český hrubý domácí produkt (HDP) přepočtený na paritu kupní síly (PPP, purchasing power parity) v roce 1991 byl 6 750 USD. Do roku 1999 vzrostl na 13 125 USD, což byl druhý nejvyšší HDP ve skupině srovnávaných zemí, za Slovinskem, avšak byl jen 59 % průměru EU.

Národní statistiky ukazují, že reálné mzdy v ČR klesly začátkem devadesátých let o více než pětinu, a na úroveň roku 1989 se vrátily v roce 1996. V témže roce bylo rozdělení výdělků v ČR nejrovnoměrnější z celé skupiny srovnávaných zemí (United Nations Economic Commission for Europe, 1999).

Průmysl je dosud hlavní sektor ekonomiky ČR, ačkoli význam služeb v devadesátých letech vzrostl. V roce 1993 pracovalo 63 % zaměstnaných obyvatel v průmyslu, 27 % ve službách a 10 % v zemědělství (Turner, 2000). Podle předběžných údajů za rok 1997 přispíval k HDP průmysl 44 %, služby 51 % a země-

³ Čistý poměr účasti je počet zapsaných studentů v oficiální věkové skupině dělený počtem obyvatel ve stejné věkové skupině, která odpovídá specifické úrovni vzdělání. Pro definici dané úrovně vzdělání a tím i dané oficiální věkové skupiny se používají národní pravidla (UNESCO, 1999).

dělství 5 % (*United Nations Economic Commission for Europe, 1999*).

Oficiální míra nezaměstnanosti v ČR v roce 1999 byla 8,7 %, což byla jedna z nejnižších hodnot ve srovnávaných zemích a méně než průměr EU (10,3 %). Nezaměstnanost ve většině zemí střední a východní Evropy může být větší než oficiální hodnoty.

Inflace způsobila vážné problémy některým zemím střední a východní Evropy. V České republice byl vrchol inflace 57 % v roce 1991 a podruhé 21 % v roce 1993, ale jinak zůstávala pod hodnotou 11 %. V roce 1999 byla inflace nejnižší ze srovnávaných zemí, jen 2,1 %.

ZDRAVOTNÍ STAV

Porovnání s vývojem ve srovnávaných zemích (graf 3) ukazuje následující hlavní rysy:

- Postavení České republiky ve srovnávané skupině zemí je všeobecně dobré a zlepšilo se téměř ve všech kritériích. Jedinou výjimkou je úmrtnost následkem dopravních nehod motorových vozidel, kde se pozice ČR zhoršila z původně nejlepší v celé skupině.
- Zhoubné novotvary (zejména plicní) jsou jedinou skupinou nemocí, pro které jsou ukazatele v České republice špatné ve vztahu ke srovnávaným zemím.

Graf 3. Česká republika vzhledem ke srovnávaným zemím
v r.1985 ● a v r. 1999^e ☺

| POZICE | NEJLEPŠÍ | | | | | NEJHORŠÍ | | | | | Česká republika | Srovnáv. země (průměr) | Minimum ^a | Maximum ^b |
|--|---------------------|---|----|-------------|---|---|---|---|---|----|-----------------|------------------------|----------------------|----------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | |
| Střední délka života při narození (roky) | | ☺ | ● | | | | | | | | 74.9 | 72.3 | 70.2 | 75.8 |
| Rozdíl střední délky života při narození mezi muži a ženami (roky) | ☺ | | ● | | | | | | | | 6.8 | 8.2 | 6.8 | 10.9 |
| Kojenecká úmrtnost na 1000 živě narozených | ☺ | | | | | | | | | | 4.6 | 10.9 | 4.6 | 18.6 |
| Mateřská úmrtnost na 100 000 živě narozených ^c | ☺ | ● | | | | | | | | | 6.3 | 17.6 | 6.3 | 44.1 |
| SMÚ ^d na nemoci oběhové soustavy, věk 0–64 let | ☺ | | | ● | | | | | | | 92.4 | 129.9 | 61.1 | 167.3 |
| SMÚ na ischemické nemoci srdeční, věk 0–64 let | ☺ | | | | | ● | | | | | 47.6 | 57.5 | 25.3 | 88.0 |
| SMÚ na cévní nemoci mozku, věk 0–64 let | ☺ | | | | ● | | | | | | 16.7 | 32.6 | 14.3 | 51.1 |
| SMÚ na zhoubné novotvary, věk 0–64 let | | | | | | | | ☺ | | ● | 108.6 | 107.3 | 92.7 | 145.3 |
| SMÚ na zhoubné novotvary průdušnice/průdušky/plíce, věk 0–64 let | | | | | | | | ☺ | | ● | 27.4 | 26.8 | 19.4 | 42.0 |
| SMÚ na zhoubný novotvar těla děložního u žen ve věku 0–64 let | ☺ | | | | | ● | | | | | 4.6 | 7.4 | 3.3 | 11.9 |
| SMÚ na zhoubný novotvar prsu u žen ve věku 0–64 let | | | ☺ | | | | | ● | | | 15.7 | 15.7 | 13.7 | 20.6 |
| SMÚ na vnější příčiny | | | ☺ | | ● | | | | | | 61.5 | 74.0 | 52.2 | 156.6 |
| SMÚ při dopravních nehodách motorovými vozidly | ● | | ☹ | | | | | | | | 12.7 | 14.5 | 10.2 | 26.0 |
| SMÚ na úmyslné sebepoškození | | | | ☺ | ● | | | | | | 14.5 | 17.3 | 12.0 | 42.1 |
| ☺ | Pozice se zlepšila | | 12 | (ukazatelů) | | ^a Nejnižší hodnota zjištěná mezi 10 srovnávanými zeměmi ^b Nejvyšší hodnota zjištěná mezi 10 srovnávanými zeměmi ^c Průměry za 3 roky ^d SMÚ: standardizovaná míra úmrtnosti ^e Mateřská úmrtnost 1997-1999 (Polsko 1994-1996) | | | | | | | | |
| ☺ | Pozice se nezměnila | | 1 | (ukazatelů) | | | | | | | | | | |
| ☹ | Pozice se zhoršila | | 1 | (ukazatelů) | | | | | | | | | | |

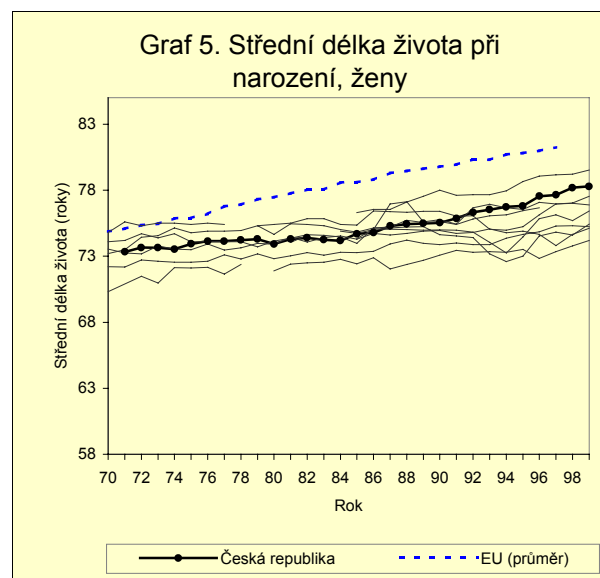
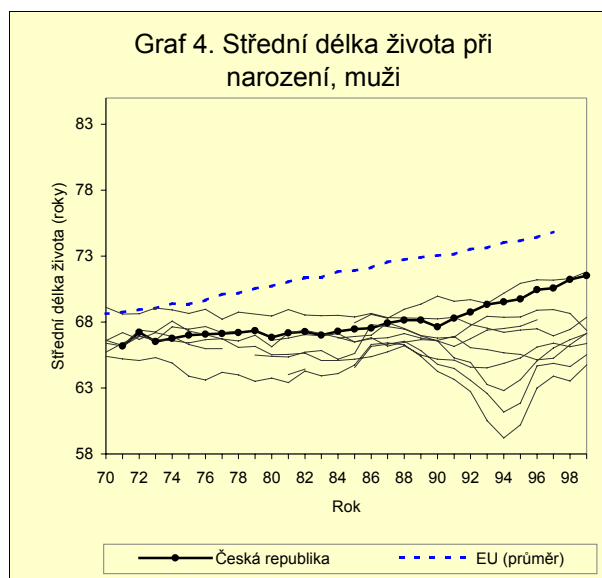
Střední délka života

Střední délka života při narození je v ČR od roku 1970 jedna z nejvyšších ve srovnávané skupině zemí a v roce 1999 byla ČR druhá za Slovinskem. Rozdíl mezi EU a ČR, který vznikl v sedmdesátých a osmdesátých letech v důsledku pomalého zlepšování v ČR, se začal v devadesátých letech zmenšovat. V roce 1997 byla průměrná střední délka života v EU asi o čtyři roky delší než v České republice (grafy 4 - 6).

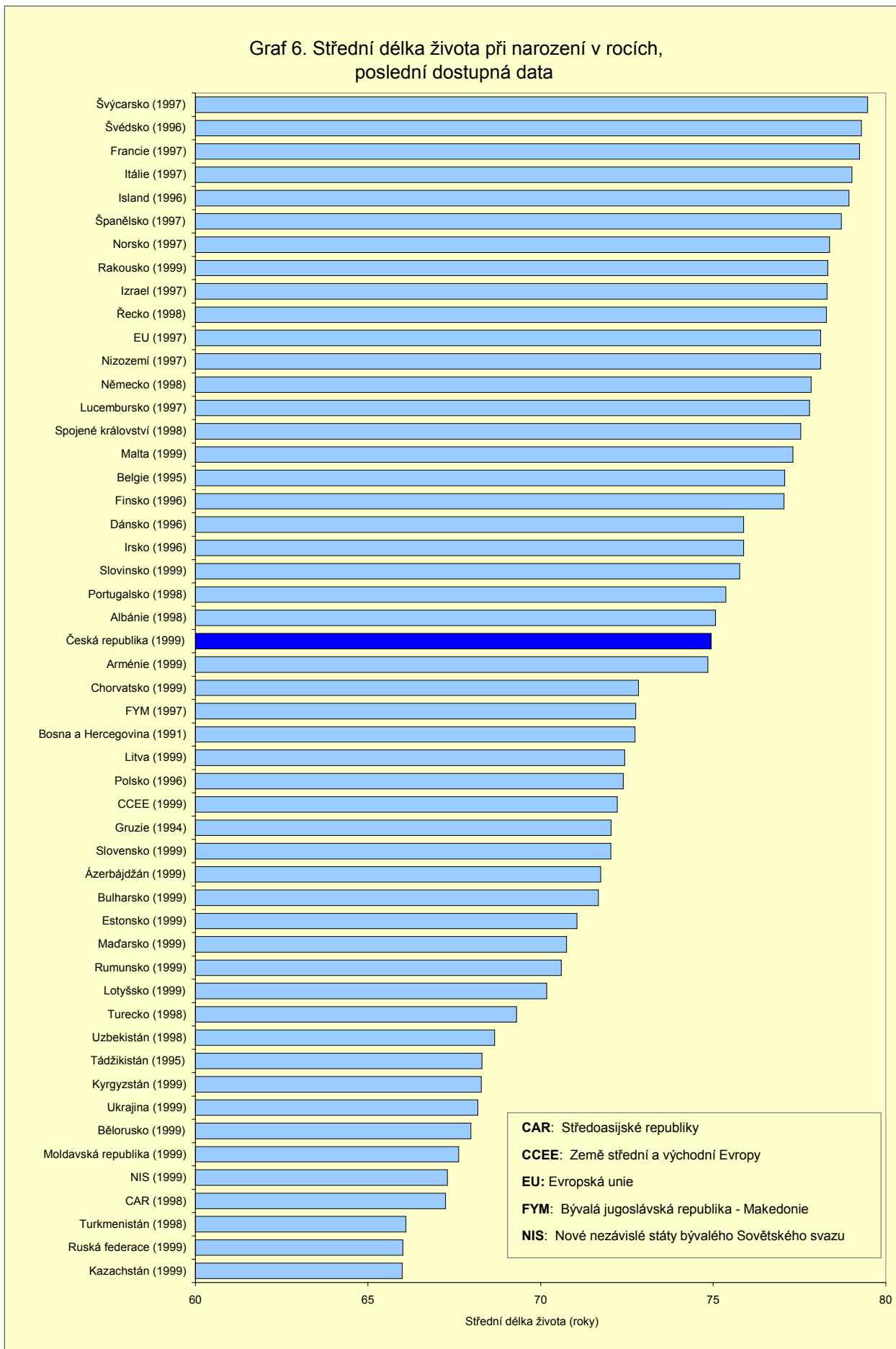
Rozdíl mezi střední délkou života žen a mužů vzrostl ve všech srovnávaných zemích kromě

České republiky a Slovinska. V roce 1999 byl tento rozdíl v České republice o něco méně než sedm let. To je nejmenší rozdíl v celé srovnávané skupině zemí a je jen o trochu větší než průměr 6,4 roku v EU (1997).

Národní statistiky ukazují, že existují významné rozdíly ve zdravotním stavu mezi různými regiony, nejhorší zdraví – měřeno např. střední délkou života – je v silně průmyslových oblastech a ve velkých městských aglomeracích (MZ ČR, 1997).



Graf 6. Střední délka života při narození v rocích, poslední dostupná data

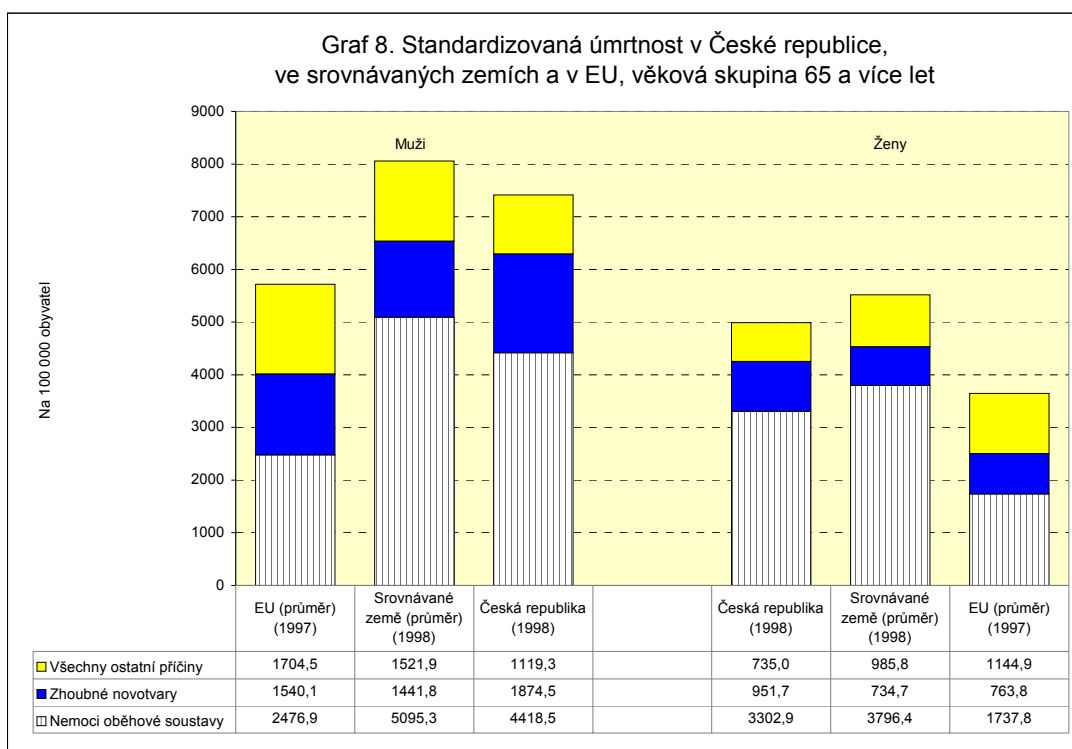
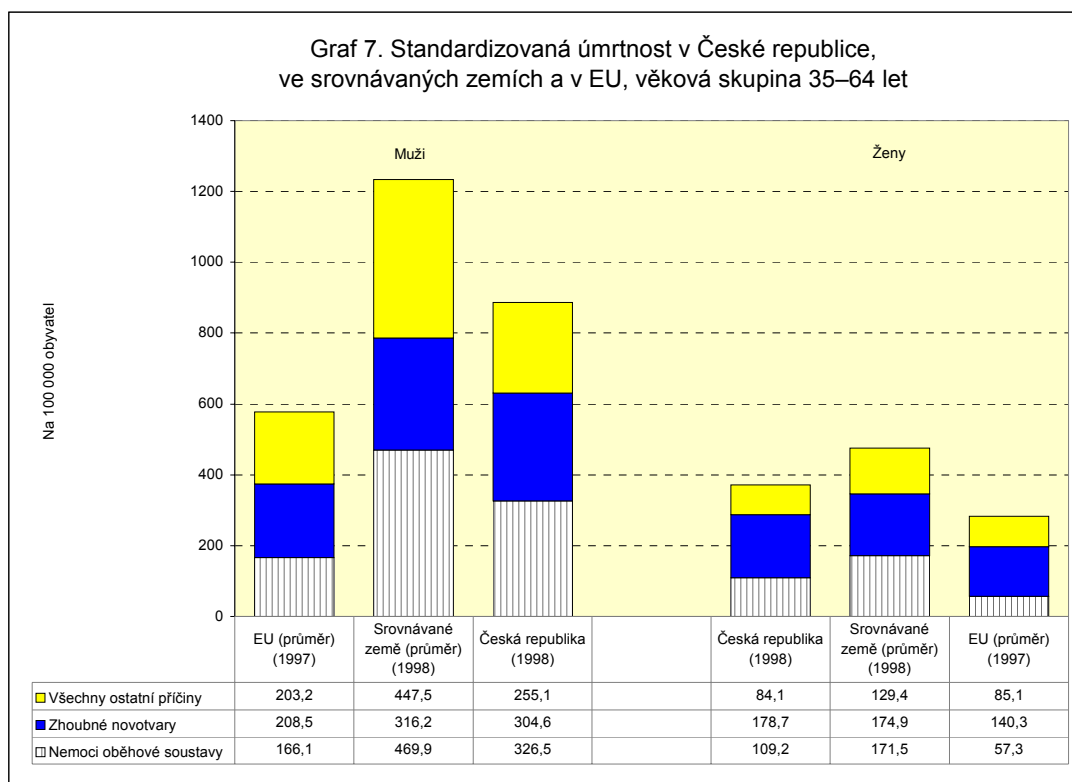


Hlavní příčiny úmrtí

Mezinárodní srovnání úmrtnosti podle hlavních příčin může naznačit, do jaké míry by bylo možno současnou úmrtnost snížit. Protože téměř všechny příčiny úmrtí přičítané nemocem oběhové soustavy, zhoubným novotvarům a úrazům jsou ovlivněny kolektivními

a individuálními zvyky a chováním, může velká škála opatření k podpoře zdraví a prevenci přinést snížení zdravotních rizik a tím i chorob a předčasných úmrtí.

Úmrtnost ve věku nižším než 35 let je nízká, měřeno standardem srovnávané skupiny zemí. Také ve věku 35 a více let je úmrtnost nižší



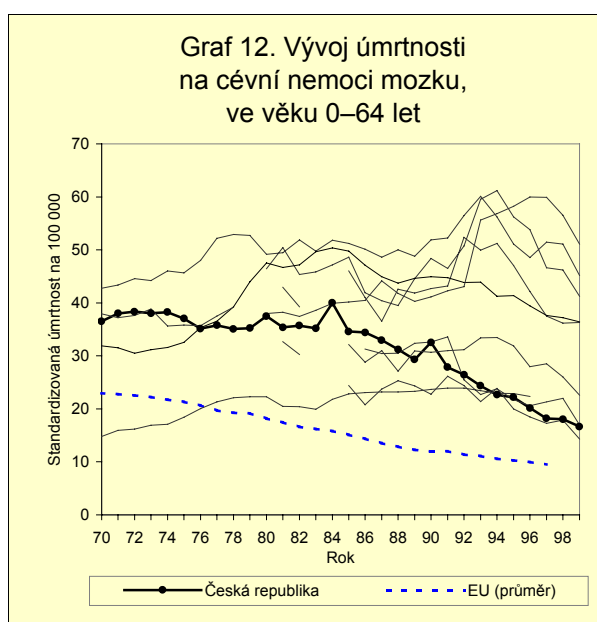
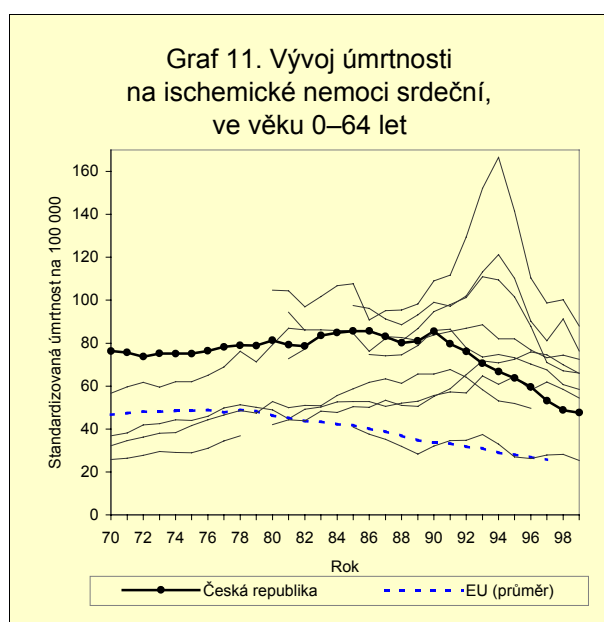
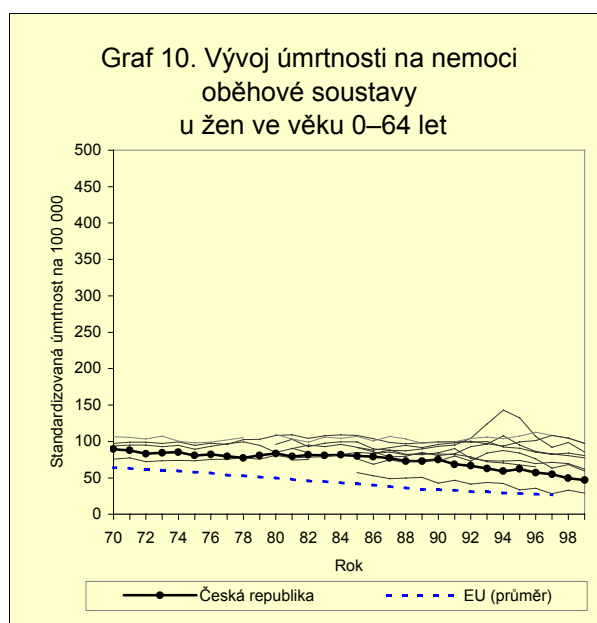
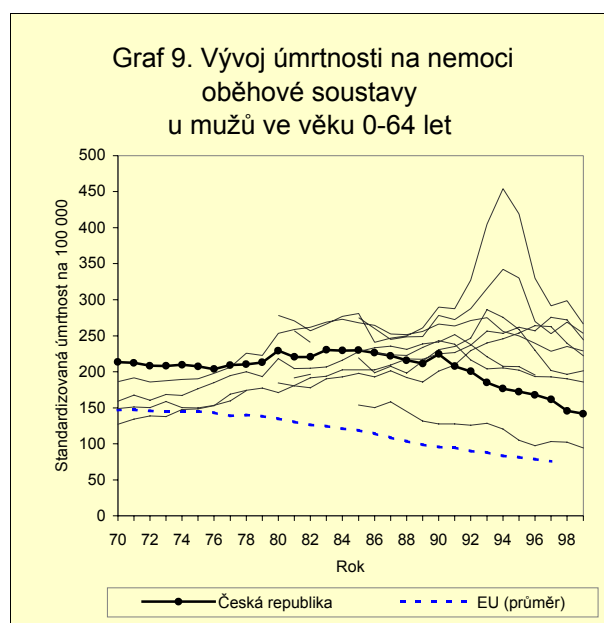
než ve srovnávaných zemích, ale je zřejmý vysoký podíl nemocí oběhové soustavy a zhoubných novotvarů (grafy 7 - 8).

Nemoci oběhové soustavy

V roce 1970 měla Česká republika nejvyšší standardizovanou úmrtnost (SMÚ) na kardiovaskulární nemoci mužů ve věku 0–64 let z celé skupiny srovnávaných zemí. SMÚ zůstala stálá v následující dekádě, ale snížení pozorované v devadesátých letech bylo jedno z největších ve skupině srovnávaných zemí,

což zlepšilo relativní postavení ČR. V roce 1999 už byla SMÚ v ČR druhá nejnižší ve skupině, za Slovinskem, ale stále téměř dvojnásobná než průměr v EU (graf 9).

Pro ženy ve věku 0–64 let byla SMÚ jedna z nejnižších ve srovnávané skupině zemí již v sedmdesátých letech. Pokles začal dříve než u mužů – již uprostřed osmdesátých let – a v roce 1999 byla SMÚ v ČR druhá nejnižší ve skupině, za Slovinskem. Avšak i pro ženy je SMÚ na nemoci oběhové soustavy dvojnásobná než průměr v EU (graf 10).



Průměrná SMÚ v EU na ischemickou srdeční chorobu ve věku 0–64 let klesala od sedmdesátých let, ale ve skupině srovnávaných zemí začal pokles mnohem později nebo dokonce docházelo k nárůstu. V České republice začal pokles na počátku devadesátých let, a od té doby dosáhl již 44 %. Přesto zůstává SMÚ mnohem vyšší než v EU (graf 11).

Standardizovaná úmrtnost na cévní nemoci mozku ve věku 0–64 let ve skupině srovnávaných zemí stále přesahuje průměr EU. To platí i o České republice, kde zůstávala SMÚ stejná do roku 1984, od té doby ale klesla o více než polovinu. Přestože je nyní jedna z nejnižších ve skupině srovnávaných zemí, je stále významně vyšší než v EU (graf 12).

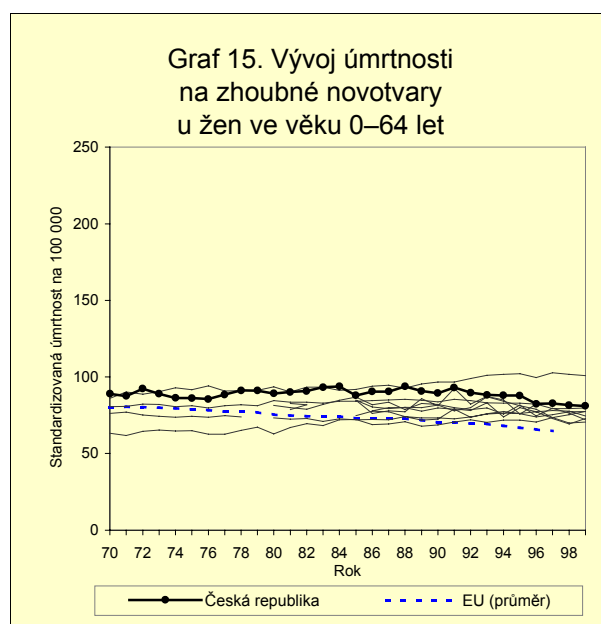
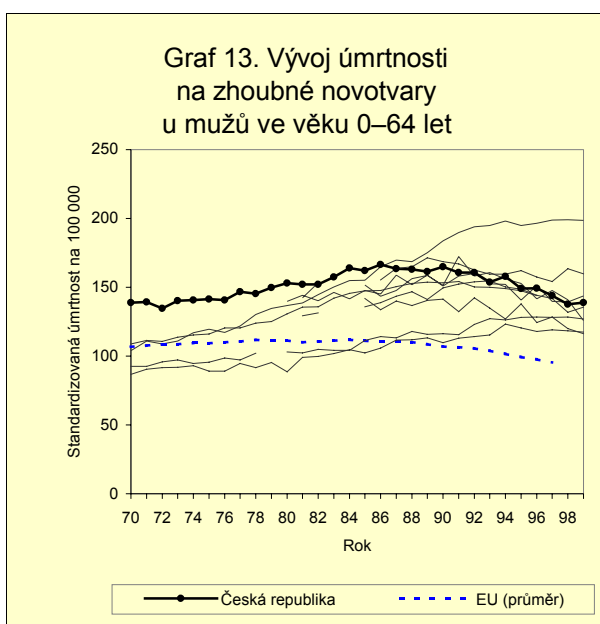
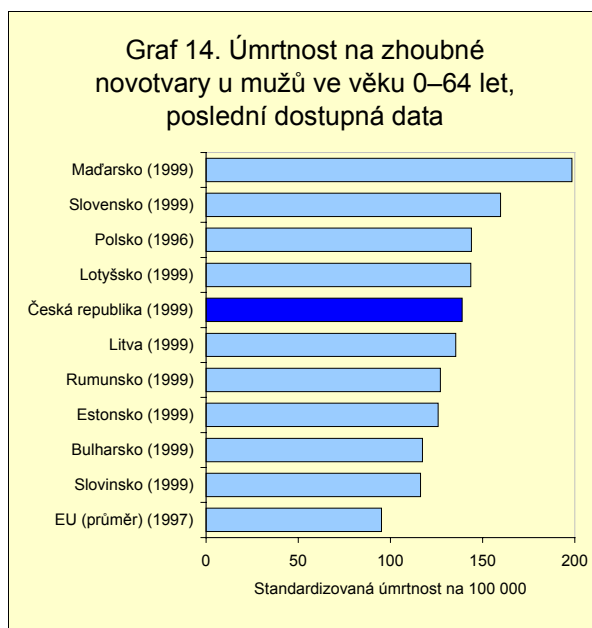
Zhoubné novotvary

Tato část podává srovnávací údaje o celkové úmrtnosti na zhoubné novotvary (ZN). Více podrobností o novotvarech ženského prsu a děložního hrdla jsou uvedeny v části o zdravotním stavu žen a údaje o ZN průdušek, průdušnice a plic jsou v části věnované kouření.

Standardizovaná úmrtnost mužů ve věku 0 - 64 let na zhoubné novotvary byla v České republice jedna z nejvyšších ve srovnávané skupině zemí v sedmdesátých letech i v polo-

vině osmdesátých let. Od roku 1985 však tato SMÚ klesá, zatímco v mnohých srovnávaných zemích roste. Přestože se postavení ČR ve srovnávané skupině zlepšilo, rozdíl oproti průměru EU se nezmenšil (graf 13, 14).

Podobná situace je i u žen ve stejné věkové skupině. Do poloviny osmdesátých let byla SMÚ žen na zhoubné novotvary v ČR jedna z nejvyšších, od té doby významně klesla a blíží se průměru ve srovnávaných zemích. Stejně jako u mužů, rozdíl mezi SMÚ v ČR a průměrem v EU u žen je poměrně stálý (graf 15).



Nejčastější zhoubné novotvary u mužů v ČR jsou ZN kůže (20 % všech nově hlášených zhoubných novotvarů v roce 1995, avšak s malým ohrožením života) a ZN průdušnice, průdušek a plic (17 %). ZN kůže je také nejčastějším zhoubným novotvarem u žen (19 %), následovaným ZN prsu (17 %).

Od roku 1993 do roku 1995 vzrostl počet nově hlášených ZN kůže o 7 % u mužů a o 10 % u žen. ZN prostaty (vzrůst o 6 %), tlustého střeva (5 %) a ZN rekta, rektosigmoidálního spojení a řiti (4 %) se rovněž staly častějšími (MZ ČR, 1997).

Jiné příčiny smrti způsobené nemocemi

SMÚ na infekční a parazitární nemoci velmi ostře klesala v průběhu sedmdesátých a na začátku osmdesátých let ve srovnávaných zemích i v EU. SMÚ v ČR byla od sedmdesátých let nejnižší mezi srovnávanými zeměmi a dokonce nižší než v EU. Nedošlo zde k žádnému vzrůstu, který byl pozorován v některých srovnávaných zemích na konci osmdesátých let a v devadesátých letech.

Standardizovaná úmrtnost na nemoci dýchací soustavy byla v sedmdesátých letech v ČR vyšší než v EU, ale v osmdesátých letech začala klesat a v roce 1987 dosáhla úrovně EU. Pokles v ČR pokračoval, zatímco úroveň

v EU stagnovala. V roce 1997 byla úmrtnost v ČR téměř o třetinu nižší než v EU (graf 16).

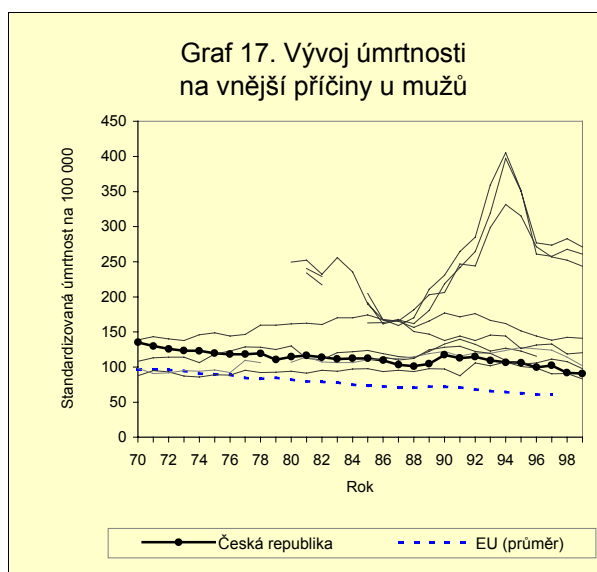
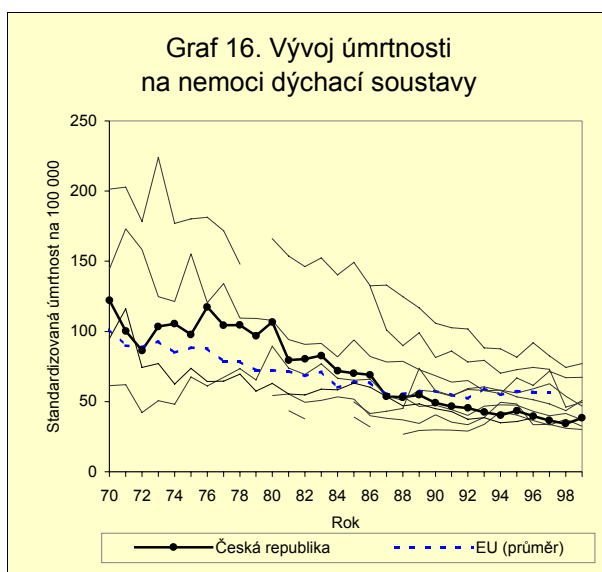
Standardizovaná úmrtnost na nemoci trávicí soustavy byla v ČR v polovině sedmdesátých let vyšší než průměr srovnávaných zemí a stejná jako průměr EU. Od té doby úmrtnost v ČR a v EU klesala, kdežto průměr ve srovnávaných zemích rostl. V roce 1999 byla SMÚ v ČR na tyto nemoci zřetelně nižší než průměr srovnávaných zemí.

Poranění a otravy a jiné následky vnějších příčin

Vnější příčiny smrti zahrnují úmrtí způsobená nehodami, poraněními, otravami a jinými vnějšími okolnostmi nebo událostmi jako jsou násilné činy (zabití) a sebevraždy.

SMÚ mužů na vnější příčiny, poranění a otravy v ČR klesá od roku 1970, kdy byla jedna z nejvyšších ve srovnávaných zemích (s výjimkou tří baltských republik s vysokou SMÚ v devadesátých letech), ale rozdíl oproti EU rostl díky většímu poklesu SMÚ v EU (graf 17).

Ženy mají obecně podstatně nižší SMÚ na vnější příčiny než muži. V roce 1999 měli čeští muži 2,7 krát vyšší SMÚ na vnější příčiny než ženy. SMÚ žen na vnější příčiny byla v ČR obecně vysoká mezi srovnávanými



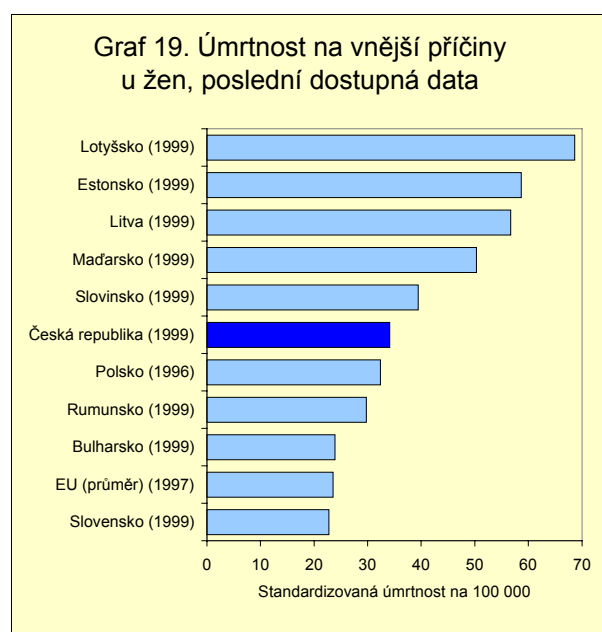
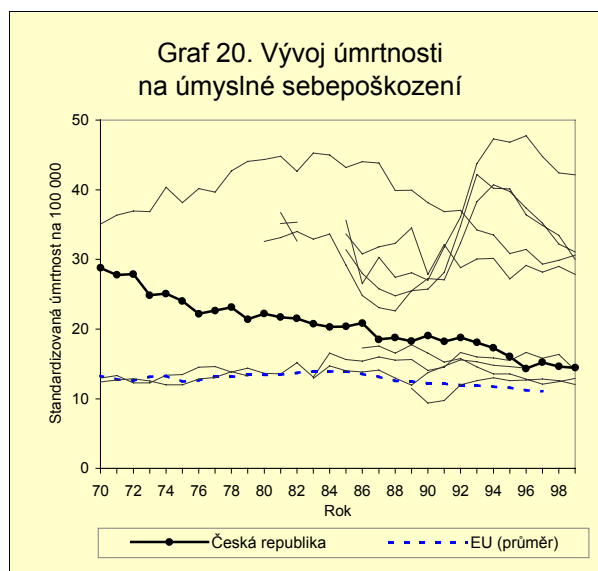
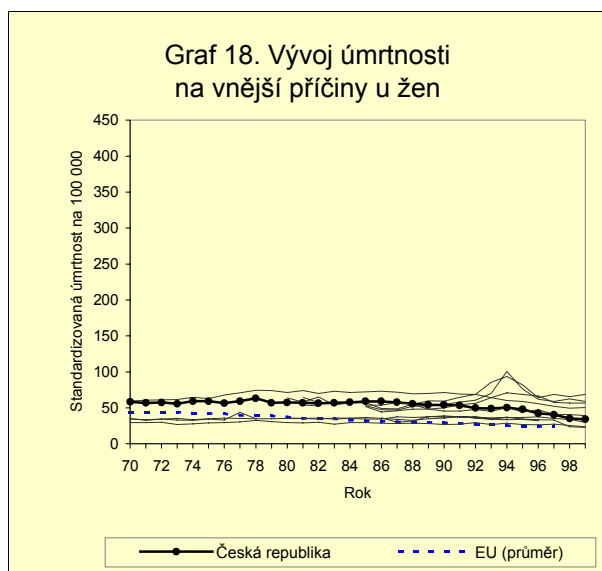
zeměmi, ale poklesla od poloviny osmdesátých let téměř o třetinu, tj. nejvíce ze všech srovnávaných zemí. Přestože tento pokles byl větší než v EU, SMÚ žen byla v roce 1997 v ČR ještě o více než 70 % vyšší než v EU (grafy 18 - 19).

Standardizovaná úmrtnost na zabití a napadení je nyní v ČR nejnižší ze srovnávaných zemí, ale ještě o asi 50 % vyšší než průměr EU. Tyto hodnoty SMÚ byly koncem osmdesátých let stejné pro muže i ženy. Obě úmrtnosti však rychle vzrostly na počátku devadesátých let, a to výrazněji u mužů. Přestože od roku 1993 SMÚ klesají, úmrtnost mužů zůstává vyšší než úmrtnost žen.

Standardizovaná úmrtnost na následky dopravních nehod motorových vozidel byla v ČR poměrně nízká, ale na konci osmdesátých let vzrostla. Dosáhla úrovně průměru EU v roce 1992 a srovnatelné údaje z let 1993 až 1999 byly téměř o pětinu vyšší než průměr EU⁴.

Duševní zdraví

Přestože duševní zdraví a psychosociální pohoda jsou důležité stránky kvality života ve vztahu ke zdraví, obvykle je k dispozici příliš málo informací pro spolehlivý popis těchto velmi důležitých dimenzí zdravotního stavu



obyvatelstva Jako náhradní ukazatel všeobecné úrovně duševního zdraví mohou sloužit sebevraždy.

Standardizovaná úmrtnost na sebevraždy a úmyslné sebepoškození mužů v ČR byla v sedmdesátých letech poměrně vysoká, ale poklesla na úroveň průměru ve srovnávaných zemích v polovině osmdesátých let. Pokles od té doby pokračoval a rozdíl oproti EU se zmenšoval, protože pokles v EU byl mnohem menší (graf 20).

⁴ Úmrtnost na následky dopravních nehod motorových vozidel byla v letech 1994 - 1998 podhlášena kvůli problémům se sběrem informací podle klasifikace MKN-10.

Ženy mají obecně nižší sebevražednost než muži, což platí i v České republice. Sebevražednost žen v ČR klesla od poloviny osmdesátých let téměř na polovinu, nejvíce v celé skupině srovnávaných zemí. Tato úmrtnost v ČR bývala vyšší než v EU, ale poslední čísla ukazují, že tento rozdíl zmizel.

V roce 1999 bylo v ČR evidováno 99 000 případů duševních nemocí nově hlášených v ambulantních zařízeních psychiatrické péče. Nejčastější příčiny byly různé neurotické poruchy, na které připadaly 2 z 5 případů (ÚZIS ČR, 2000).

Infekční nemoci

AIDS je způsoben lidským imunodeficienčním virem (HIV), který může být přenášen třemi způsoby: sexuálním přenosem, transfuzí infikované krve nebo krevních produktů nebo použitím nesterilních injekcí, a z matky na dítě. Inkubační doba mezi počáteční infekcí HIV a rozvojem AIDS je asi 10 let nebo více. Počet hlášených případů AIDS ve střední a východní Evropě roste, ačkoli více diagnostikovaných případů AIDS přibývá v západní a severní Evropě.

Výskyt AIDS v České republice (0,2/100 000 obyvatel v roce 1999) je jeden z nejnižších ve srovnávaných zemích a mnohem nižší než průměr EU, 2,5/100 000 (graf 21). Nejčastěji

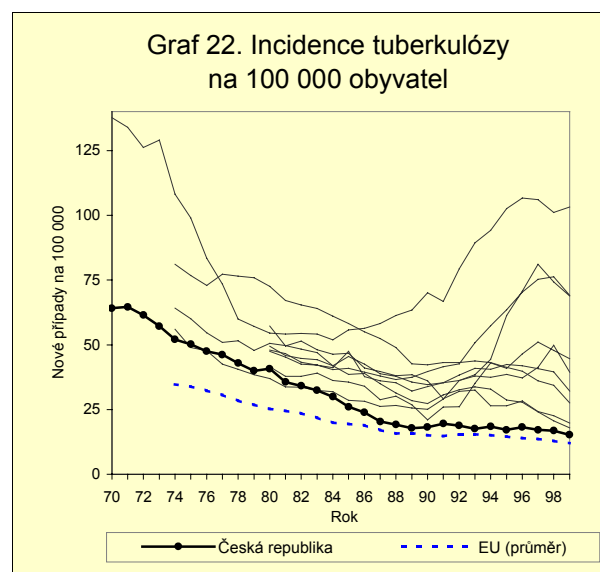
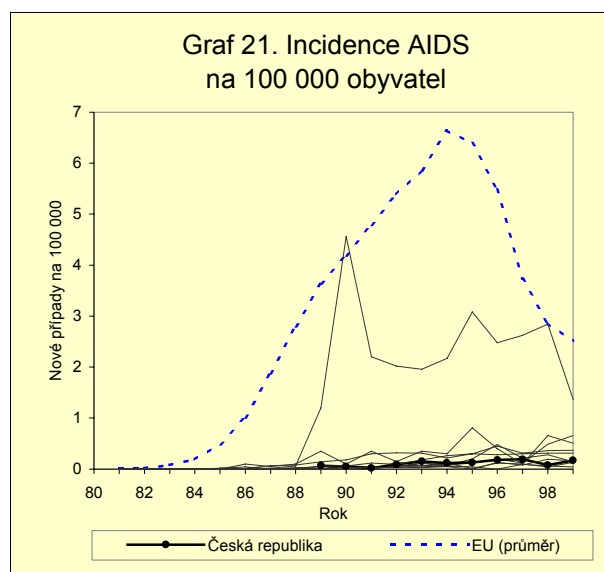
nastává přenos homo/bisexuálním stykem (67 %), pak heterosexuálním stykem (17 %) a kontaminovanými krevními produkty (9 %). Byly hlášeny i přenosy injekcí drog (1,5 %), ale dosud žádný přenos z matky na dítě (*European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS, 2000*).

Výskyt tuberkulózy v ČR byl v sedmdesátých letech mnohem vyšší než v EU, ale od té doby pozoruhodně poklesl. V devadesátých letech měla ČR nejnižší výskyt TBC ze všech srovnávaných zemí, téměř tak malý jako v EU (graf 22).

Výskyt syfilis vzrostl ze 2 případů na 100 000 obyvatel na začátku devadesátých let na 7 na 100 000 obyvatel v roce 1999. Je to stále jedna z nejnižších hodnot ve srovnávaných zemích, ale více než šestnásobek průměru EU. Výskyt virové hepatitidy na 100 000 obyvatel je v ČR jeden z nejnižších ve srovnávaných zemích a je na úrovni EU. Výskyt dáivého kašle je rovněž jeden z nejnižších, mnohem nižší než v EU. V ČR nebyla žádná epidemie záškrty.

Dlouhodobé nemoci a disabilita

Prevalence dlouhodobých nemocí a obtíží je důležitým ukazatelem zdravotního stavu obyvatelstva a kvality života ve vztahu ke zdraví. Ty země, které údaje poskytují, se těžko srovnávají, protože mají různé definice,



metody sběru údajů a legislativu pro poskytování zdravotně odůvodněných sociálních důchodů (tam, kde statistiky invalidity jsou založeny na poskytování takových důchodů).

Invalidní důchody byly v roce 1999 v ČR vypláceny 374 300 osobám (3,6 %) a částečně invalidní důchody 145 900 osobám (1,4 %). Prevalence obou důchodů rostla s věkem až do věku starobního důchodu. Prevalence vyplácení plných invalidních důchodů byla nejvyšší ve věkové skupině 60–64 let u mužů (13 %) i u žen (9,9 %), kdežto částečně invalidní důchody byly nejvíce vypláceny v mladší věkové skupině 50–54 let (5,7 %) (ÚZIS ČR, 2000).

Průměrné procento pracovní neschopnosti pro nemoc nebo úraz vzrostlo z 4,4 % v roce 1985 na 6,0 % v roce 1999. Pracovní neschopnost je častější u žen (6,6 %) než u mužů (5,4 %) (ÚZIS ČR, 2000). Největší nárůst byl hlášen v oblastech s nejvyšší nezaměstnaností, nikoli v oblastech s největším vnějším ohrožením zdraví způsobeným hlavně znečištěním (MZ ČR, 1997).

Podle výběrového šetření z roku 1996 odpovědělo téměř 90 % respondentů, že nemají žádnou omezující nemoc. Jen 1 až 3 % osob mladších 35 let odpovědělo, že má omezující nemoc, ale toto procento rostlo s věkem. Celkem 16 % mužů a 21 % žen ve věku 55 - 74 let a 39 % mužů a 50 % žen ve věku 75 a více let odpovídalo, že mají alespoň jednu omezující nemoc. Celkově byly dlouhodobé obtíže, měřené neschopností vykonávat jednu nebo více činností denního života bez cizí pomoci, uvedeny v odpovědích 22 % mužů a 31 % žen (ÚZIS ČR, 1998b).

Posouzení vlastního zdraví

Rutinní statistické údaje chybějí také o poměrném počtu obyvatel, kteří posuzují svůj zdravotní stav kladně. Sedm ze srovnávaných zemí má o tom nějaké údaje, Bulharsko má největší podíl dospělých respondentů, kteří považují své zdraví za dobré (62 %), Lotyšsko nejmenší (26 %) a Česká republika je zhruba uprostřed (46 %). Tyto velké rozdíly mohou

být ovlivněny rozdílností metodiky šetření nebo sběru dat, nebo kulturními zvyklostmi. Celkově 11,8 % mužů a 13,3 % žen v ČR považovalo své zdraví za špatné nebo velmi špatné.

Ve všech zemích považovali muži své zdraví za dobré častěji než ženy. V České republice byly tyto podíly 51 % u mužů a 41 % u žen. Pouze malé rozdíly mezi ženami a muži byly ve věkových skupinách pod 35 let, 55 - 74 let a 75 a více let, ale výrazné rozdíly byly ve věkové skupině 35 - 44 let (48 % mužů, ale jen 40 % žen považovalo své zdraví za dobré), 45 - 54 let (36 % a 22 %) a 65 - 74 let (18 % a 5 %). Kladné posouzení vlastního zdraví nesouviselo s úrovní vzdělání u mužů (variance od 46 % k 54 %). Odlišné je to u žen: jen třetina žen se základním vzděláním nebo vyučených považovala své zdraví za dobré, kdežto mezi ženami se středním nebo vyšším vzděláním to bylo 48 % (ÚZIS ČR, 1998b).

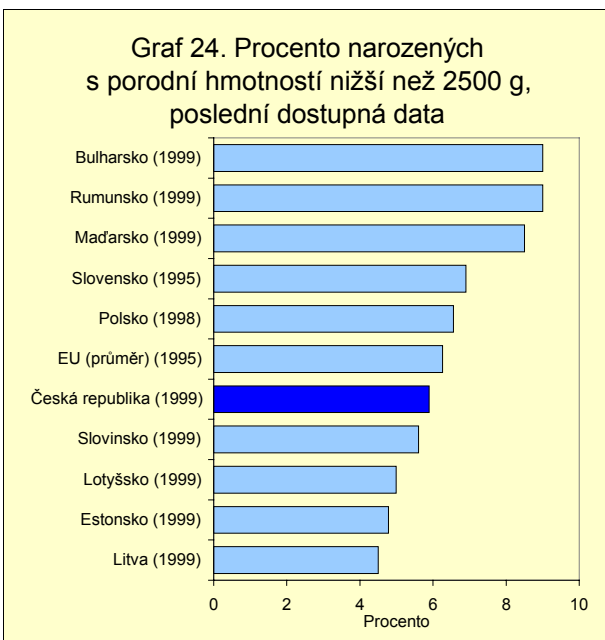
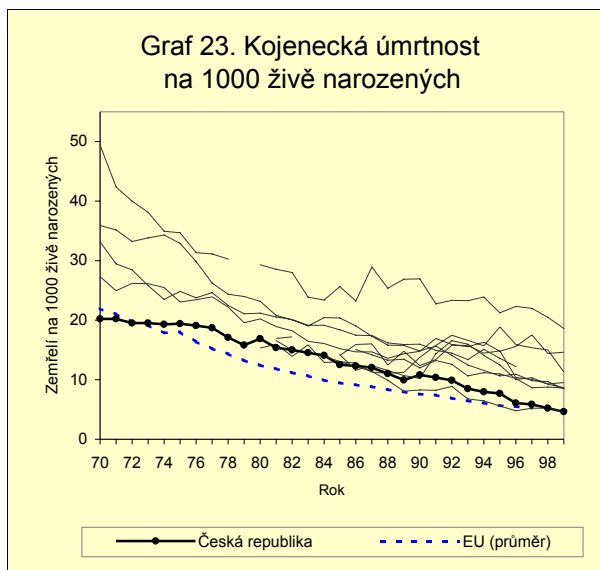
Zdraví dětí a dorostu

Kojenecká úmrtnost klesala v letech 1985 až 1999 téměř ve všech srovnávaných zemích. V ČR klesla od roku 1985 z 12,5 na 4,6 na 1000 živě narozených, což byl jeden z největších poklesů ve srovnávané skupině zemí. Hodnota v ČR je nyní podobná průměru EU (graf 23).

Hlavní příčiny kojenecké úmrtnosti v České republice jsou podobné jako v západní Evropě, nejčastější příčiny jsou vrozené vady a perinatální stavy, které v EU způsobují 82 % úmrtí kojenců. Třetí nejčastější příčina v EU je syndrom náhlého úmrtí kojence (11 %), kdežto vnější příčiny, infekční a parazitární nemoci a nemoci dýchací soustavy způsobují 2 - 3 % úmrtí. Česká republika má podobnou situaci jako západní Evropa, stavy vzniklé v perinatálním období a vrozené vady mají velký podíl (86 %). Avšak podíl syndromu náhlého úmrtí kojence je podstatně nižší (4 %) než v EU, tyto případy mohou být klasifikovány pod jinými příčinami. Podíl vnějších příčin v ČR (5,1 %) je dvojnásobek průměru EU (2,6 %).

Podíl dětí s porodní hmotností menší než 2500 g se často používá jako ukazatel zdraví

novorozenců a úrovně perinatální péče. V České republice byl v roce 1999 tento podíl 5,9 %, což je lehce pod průměrem EU (6,3 % v roce 1995) a hluboko pod průměrem srovnávaných zemí (7,3 % v roce 1999) (graf 24). Hlavními zdravotními problémy perinatálního a kojeneckého období jsou vysoká nemocnost a úmrtnost novorozenců s hmotností menší než 1000 g a rostoucí podíl císařských řezů (MZ ČR, 1997).



Ve většině srovnávaných zemí jsou děti dobře proočkovány. To platí zejména o České republice, která udává proočkovanosť mezi

95 % a 98 % v různých imunizačních programech. Tyto hodnoty patří k nejvyšším mezi srovnávanými zeměmi.

Kojení se významně rozšířilo během devadesátých let. Zatímco v roce 1993 bylo ve věku 3 měsíců kojeno 28 % dětí a ve věku 6 měsíců 9 % dětí, o 6 let později to bylo již 45 %, resp. 21 % dětí.

Postižené děti i další děti, které mají potíže s učením, jsou často vytlačovány na okraj školního systému nebo dokonce z něj vylučovány. V zemích střední a východní Evropy se převaha tradičně medicínského přístupu projevuje separací takových dětí do zvláštních škol a ústavů. V devadesátých letech většina z 10 srovnávaných zemí přistupuje k integraci těchto dětí do normálního školského systému, ačkoli pokroku v tomto směru brání ekonomické potíže (Ainscow & Haile-Giorgis, 1998).

Až 70 % celkové nemocnosti dětí je způsobeno akutními respiračními nemocemi. Epidemiologické studie odhadují, že 7 - 10 % těchto případů může být způsobeno znečištěním ovzduší, ale v nejhůře znečištěných oblastech může tento podíl přesahovat 20 %. Vedle akutních respiračních nemocí roste u dětí výskyt alergií. Podle šetření provedeného v roce 1996 trpělo 13 % dětí ve věku 5 let a 19 % dětí ve věku 13 let nějakou formou alergie (MZ ČR, 1998).

Během poslední dekády se obecně zlepšilo orální zdraví dětí jak ve srovnávaných zemích, tak v EU. V ČR byl index DMFT (počet zkažených, chybějících a vyplněných zubů) jeden z nejnižších ve srovnávaných zemích v polovině osmdesátých let a dále klesal z 3,4 na 2,7 v roce 1993. Od té doby se situace zhoršila, poslední dostupná hodnota v ČR je 3,2 (1997).

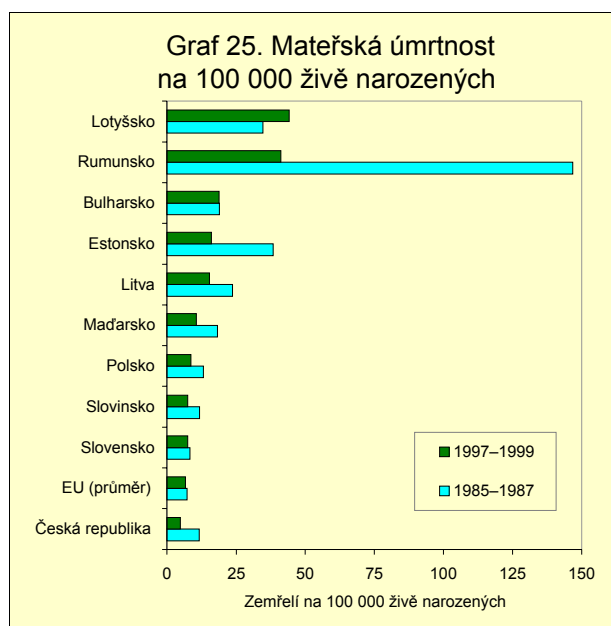
Jeden z mála rutinně sledovaných ukazatelů sexuálního zdraví a chování dorostu je míra porodů ve věku pod dvacet let, která může odrážet sociální faktory i dostupnost a používání antikoncepce. V roce 1998 byl počet porodů na 1000 žen ve věku 15 - 19 let v ČR 14, což je jedna z nejnižších hodnot ve srovnávaných zemích, ale dvojnásobek průměru v EU (Rada Evropy, 1999). Porodnost v této

věkové skupině klesala téměř ve všech srovnávaných zemích, v ČR nastal pokles o 69 %, jeden z největších ve srovnávaných zemích.

Zdraví žen

Ženy vcelku žijí déle než muži a mají nižší úmrtnost na všechny hlavní příčiny smrti. Například v roce 1999 v ČR měly ženy ve věkové skupině 0–64 let o 42 % nižší SMÚ na zhoubné novotvary a o 67 % nižší SMÚ na nemoci oběhové soustavy než muži. Avšak ženy mají větší hlášenou nemocnost a více využívají zdravotní služby (zejména v souvislosti s porody) a mohou být více ovlivněny politikou sociální pomoci než muži.

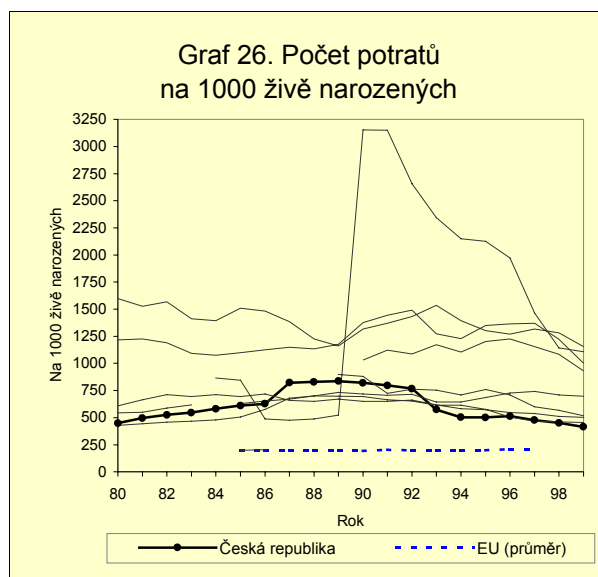
Od osmdesátých let mateřská úmrtnost zřetelně klesala téměř ve všech srovnávaných zemích. V ČR významně klesla z 11,6 na 6,3 na 100 000 živě narozených mezi polovinou osmdesátých let a koncem devadesátých let. Poslední dostupná hodnota (1997 - 1999) je nejnižší ve srovnávaných zemích a je dokonce pod hodnotou 6,6 na 100 000 živě narozených pro EU (1995 - 1997) (graf 25).



Data za Polsko jsou za roky 1985–1987 a 1994–1996.
Data za EU jsou za roky 1985–1987 a 1995–1997.

V zemích střední a východní Evropy a v nových nezávislých státech bývalo umělé přerušování těhotenství (UPT) používáno místo

antikoncepce pro nedostatek moderních antikoncepčních prostředků. V roce 1994 celých 43 % žen ve věku 15 - 45 let nepoužívalo žádnou antikoncepci, 27 % spoléhalo na přerušovanou soulož, 6 % na periodickou abstinenci, v roce 1996 byla prevalence užívání antikoncepčních prostředků jen 35 % (WHO, Regional Office for Europe, 2000a). Proto byl obvykle počet umělých přerušování těhotenství mnohem vyšší než v západoevropských zemích. V ČR se roční počet umělých přerušování těhotenství snížil o 65 %, ze 107 100 v roce 1990 na 37 200 v roce 1999. Protože počet živě narozených dětí klesal méně (o 21 %), významně klesl také počet umělých přerušování těhotenství na 1000 živě narozených. Ačkoli tento ukazatel je v České republice nejnižší ze srovnávaných zemí s liberálními zákony o potratech, je stále více než dvakrát vyšší oproti EU (graf 26).



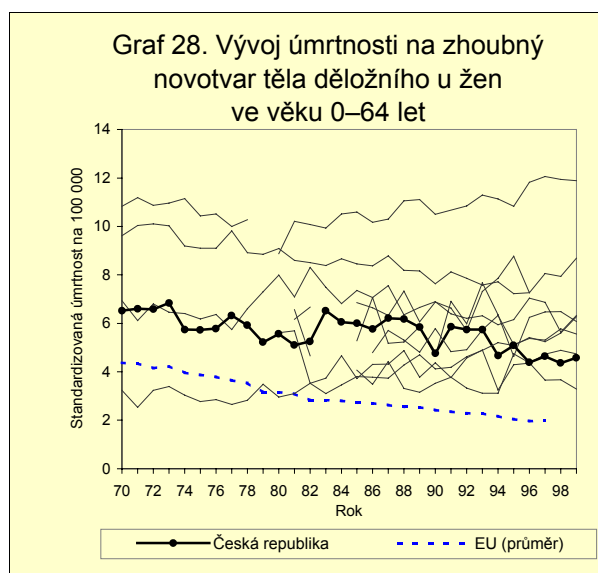
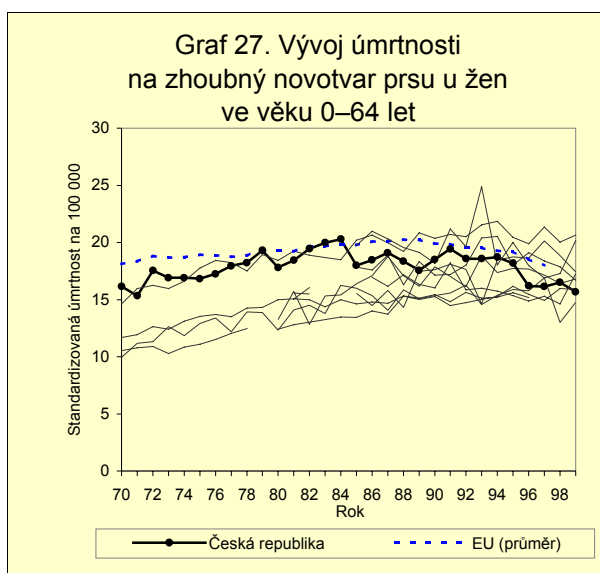
Standardizovaná úmrtnost na zhoubný novotvar ženského prsu byla v ČR až do roku 1995 vyšší než průměr ve srovnávaných zemích, pak ale klesla pod průměr srovnávaných zemí. Zůstává také pod úrovní SMÚ v EU (graf 27).

Standardizovaná úmrtnost na zhoubný novotvar děložního hrdla od poloviny osmdesátých let pomalu klesala. Tento pokles byl největší ze všech srovnávaných zemí, téměř stejně velký jako v EU. V roce 1999 už

byla SMÚ v ČR jedna z nejnižších ve srovnávaných zemích, ale stále více než dvakrát vyšší než průměr EU (graf 28).

Násilí na ženách, jako součásti veřejného zdraví, byla všeobecně věnována malá pozornost. Údaje o výskytu a typech takového násilí chybějí. SMÚ žen na zabití a úmrtí v důsledku úmyslného poranění lze použít jako

náhradní ukazatel. Mezi roky 1985 a 1998 SMÚ žen na tyto příčiny v ČR nejprve rostla, pak ale klesala, zejména po roce 1994. V roce 1999 už měla ČR druhou nejnižší SMÚ tohoto druhu v celé skupině srovnávaných zemí (1,0 na 100 000 žen), ačkoli stále vyšší než v EU (0,6 na 100 000 žen v roce 1997).



ŽIVOTNÍ STYL

Mezi faktory ovlivňujícími zdraví (včetně faktorů genetických a vnějšího i sociálního prostředí) patří chování lidí, které podstatně ovlivňuje zdraví i pohodu jednotlivců i celé populace. Prvky životního stylu jako stravovací návyky, fyzická aktivita, kouření nebo nadměrné pití alkoholu spolu s rizikovými faktory jako vysoký krevní tlak, krevní cholesterol nebo nadváha ovlivňují předčasnou úmrtnost, zejména na nemoci oběhové soustavy a zhoubné novotvary. Tato onemocnění jsou nejčastější příčiny smrti v Evropě. Nezdravé chování také přispívá k velké řadě jiných chronických nemocí a tím ovlivňuje celkovou kvalitu života.

Životní styl je však také ovlivňován vzorci chování společnými pro sociální skupiny i obecnějšími socioekonomickými podmínkami. Narůstají důkazy o tom, že přinejmenším ve většině západoevropských zemí se zlepšování životního stylu omezuje na sociálně a ekonomicky privilegované skupiny obyvatelstva, které jsou lépe disponovány pro změny chování podporující lepší zdraví (*WHO Regional Office for Europe, 1993 a 1999*).

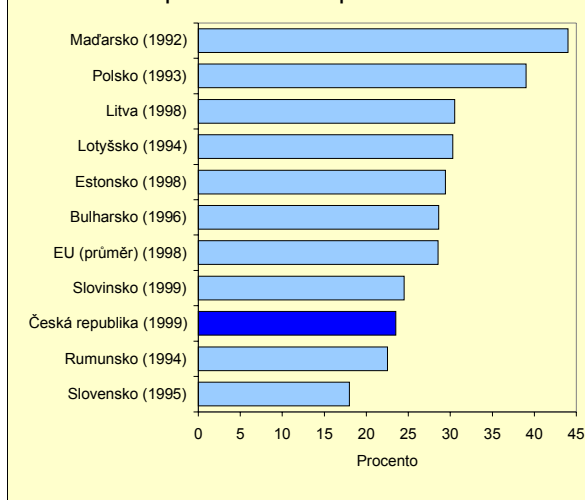
Spotřeba tabáku

Prevalence kouření v české populaci ve věku 15 a více let v devadesátých letech klesala a v polovině dekády byla mezi nejnižšími ve srovnávaných zemích (graf 29). V roce 1996 byla prevalence kouření 24 %: téměř každý třetí muž, ale jen každá šestá žena byli pravidelnými kuřáky, přitom 13 % mužů a 4 % žen byli silnými kuřáky. Podle šetření provedeného v Praze v roce 1994 byla prevalence kouření u lékařů vyšší než průměr v celé populaci, a ještě vyšší byla mezi středním zdravotnickým personálem (43 %) a sestrami (49 %).

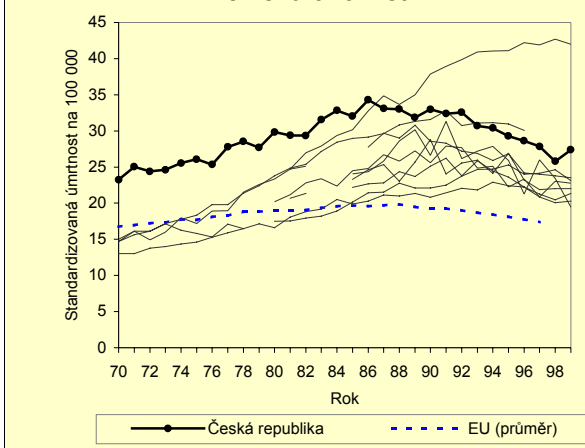
Podle dotazníkového šetření ve školách v roce 1996-1997 kouřilo 22 % chlapců a 18 % dívek ve věku 15 let alespoň jednou týdně. To bylo více než ve srovnatelném šetření z roku 1985 (*WHO Regional Office for Europe, 1997 a 2000b, ÚZIS ČR, 1998b*). Roční spotřeba

cigaret na obyvatele v ČR byla stabilní a rovna úrovni v EU do konce osmdesátých let, ale vzrostla v průběhu devadesátých let. Poslední dostupný údaj (1850) je mezi nejvyššími ve srovnávaných zemích, asi o 10 % vyšší než v EU (1650). V některých zemích střední a východní Evropy znesnadňuje interpretaci těchto čísel rostoucí černý trh a ilegální dovoz tabákových výrobků.

Graf 29. Procento pravidelných denních kuřáků ve věku 15 a více let, poslední dostupná data



Graf 30. Vývoj úmrtnosti na zhoubné novotvary průdušnice/průdušky/plic, ve věku 0–64 let



Úmrtnost na zhoubný novotvar průdušnice, průdušek a plic lze použít jako ukazatel

k měření trendů a pozice dané země v úmrtnosti způsobené kouřením. Do poloviny osmdesátých let byla v ČR SMÚ na tyto příčiny nejvyšší ze všech srovnávaných zemí. Od té doby klesla o 15 %, ale je stále jedna z nejvyšších ve srovnávaných zemích (graf 30). Vývoj je jiný u mužů a žen: SMÚ mužů klesla o čtvrtinu, kdežto SMÚ žen vrostla o 60 %, což byl jeden z největších nárůstů ve srovnávaných zemích. Ačkoli SMÚ mužů klesá, je pořád pětkrát vyšší než u žen.

Spotřeba alkoholu

Registrovaná spotřeba alkoholu v ČR byla v sedmdesátých a osmdesátých letech nižší než průměr EU. Koncem osmdesátých let spotřeba v ČR začala růst a v roce 1993 překročila úroveň EU. V roce 1997 rozdíl překročil půl litru (10,0 proti 9,4) (graf 31). Údaje o spotřebě alkoholu v ČR se zdají být spolehlivější než v některých jiných srovnávaných zemích, které mohou udávat neúplná data kvůli problémům s registrací spotřeby alkoholu.

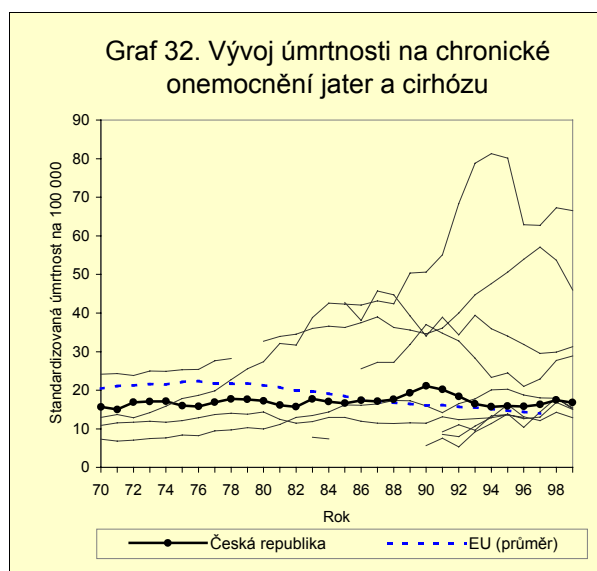
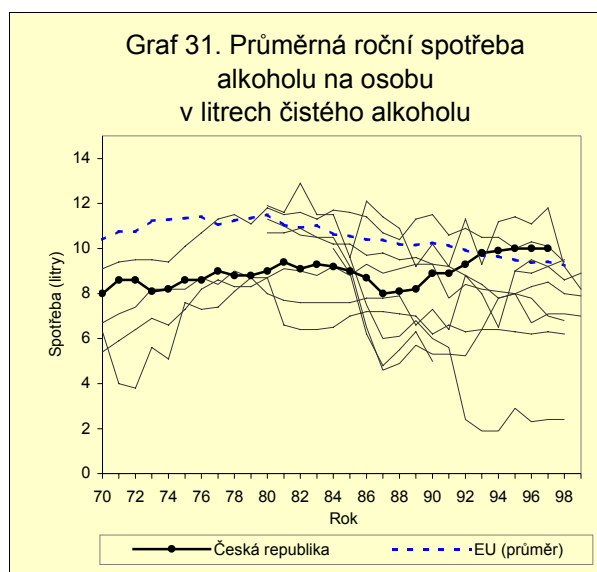
Podle údajů o prodeji byla registrovaná spotřeba lihovin v ČR stálá a pohybovala se mezi 3,1 a 3,6 litru od konce sedmdesátých let, kdežto spotřeba piva vzrostla ze 133 na 159 litrů a spotřeba vína ze 12 na 17 litrů od roku 1986 (*Produktschap voor Gedestilleerde Dranken, 2000*).

Celostátní šetření v letech 1987-1988 ukázalo, že 23 % mužů a 8 % žen ve věku 20 - 49 let byli silnými pijáky, tj. vypili více než ekvivalent 350 g (muži) resp. 140 g (ženy) čistého alkoholu týdně. V roce 1993 už procento silných pijáků mezi muži vzrostlo na 28 % (*WHO Regional Office for Europe, 1997*). V roce 1996 byla silná konzumace alkoholu – měřená různými kritérii: nejméně 264 g alkoholu týdně u mužů a 180 g u žen – zjištěna u 16 % mužů a 2 % žen (*MZ ČR, 1998*). Ve stejném šetření udávalo 64 % mužů a 39 % žen, že pili alkohol v průběhu posledního týdne (*ÚZIS, 1998b*).

Podle školních dotazníkových šetření v devadesátých letech (*WHO Regional Office for Europe, 1997 a 2000b*) téměř třetina

chlapců a pětina dívek ve věku 15 let pila alkohol aspoň jednou týdně.

Počet úmrtí na chronické onemocnění jater a cirhózu můžeme použít k indikaci škodlivých účinků alkoholu. SMÚ na chronické onemocnění jater a cirhózu v ČR byla pod úrovní EU do poloviny osmdesátých let, ale přesáhla ji v období 1987 - 1993. Od té doby byly úrovně poměrně podobné (graf 32). Trend byl podobný pro obě pohlaví, ale muži měli vyšší úmrtnost než ženy, SMÚ mužů je v ČR téměř třikrát vyšší než žen.



Zneužívání drog

Srovnatelné údaje o užívání drog jsou vzácné. Všeobecně udávají srovnávané země nárůst užívání drog v devadesátých letech, přesto je úroveň užívání stále nižší než v EU.

Dotazníkové šetření provedené v roce 1994 ve školách ukázalo, že 34 % žáků v ČR ve věku 15–18 let mělo zkušenosti s nedovolenými drogami, 13 % s jejich pravidelným užíváním. Asi polovina mladých lidí ve věku 25 let zkusila drogy, nejčastěji marihuanu. Ve věkové skupině 15 - 64 let udávalo 13 % užití marihuany aspoň jedenkrát. V roce 1993 zkusilo marihuanu 4 % chlapců a 2,5 % dívek v základní škole (ve věku 14 let) a 7 % chlapců a 5 % dívek na střední škole (ve věku 16 let) (*WHO Regional Office for Europe, 1997*).

Podle šetření ESPAD v roce 1995 (Zpráva o Evropském školním šetření o konzumaci alkoholu a jiných drog ve věku 15 a 16 let) 25 % chlapců a 18 % dívek zkusilo marihuanu aspoň jednou (*Hibell et al., 1997*). V odpovídajícím šetření v roce 1999 vzrostlo celkové procento na 35 %, což opět bylo nejvíce ze srovnávaných zemí. Kromě toho 10 % chlapců a 8 % dívek udávalo, že zkusili jiné drogy. To bylo lehce pod průměrem srovnávaných zemí (*Hibell et al., 1997*).

Rostoucí užívání heroinu bylo zjištěno po roce 1993 v sociálně výše postavených skupinách v Praze, severních Čechách a na severní Moravě. Odhady udávají cca 3000 - 4000 uživatelů tvrdých drog (včetně LSD a metamfetaminů), z toho čtvrtina uživatelů si aplikuje drogy v injekcích. V roce 1994 udávalo 1,5 % obyvatel ve věku 15 - 64 let, že užili opiáty aspoň jednou a více než polovina z nich, že je užili v posledním měsíci. Ve velkých městech se v dospělé populaci vyskytuje užívání kokainu. Sedativa na lékařský předpis jsou nejčastější mezi osobami léčenými v ambulantních zařízeních, zejména mezi ženami.

Mnoho nedovolených drog je tuzemské výroby, Česká republika se ale stále více stává tranzitní zemí i zemí konečného určení. Zatčení pro nedovolenou výrobu a distribuci

drog se mezi roky 1992 a 1994 ztrojnásobila (*WHO Regional Office for Europe, 1997*).

Stravování

Stravovací návyky jsou zakořeněny v kulturních tradicích a v produkci potravin. Přesto nastaly v poslední dekádě změny související s rostoucí globalizací, otvíráním potravinových trhů, rychlejší dopravou a účinnou konzervační technikou. Tyto faktory spolu s rostoucí mobilitou a kupní silou obyvatel patří k důvodům, proč se historicky různé stravovací zvyklosti v Evropě postupně navzájem přibližují.

Historické rozdíly mezi severní a jižní skladbou stravy v západní Evropě jsou potvrzeny údaji o množství dostupných potravin (výkazy národní potravinové bilance) sbíraných v každé zemi od šedesátých let Organizací pro zemědělství a potravinu (Food and Agriculture Organization - FAO) Spojených národů⁵. Pro severní Evropu je typický dostatek nasycených tuků a malá dostupnost ovoce a zeleniny. V jižní Evropě je tomu naopak.

Údaje FAO o České republice naznačují, že skladba stravování je v podstatě severoevropská, s relativním dostatkem živočišných tuků a cukru a malou dostupností ovoce a zeleniny. Tyto údaje však asi nezahrnují ovoce a zeleninu domácí produkce. Dostupnost obilovin je někde mezi severní a jižní stravou.

Celostátní šetření odhadlo, že Češi mají větší spotřebu tuků, masa, ryb a vajec (zejména muži) a menší spotřebu zeleniny, než odpovídá obecným stravovacím doporučením. Spotřeba ovoce odpovídá doporučení, ale ženy konzumují příliš málo mléčných výrobků a muži příliš málo obilnin (*Brázdová a Fiala, 1998*). Byly však pozorovány i kladné změny

⁵ Rychlý růst mezinárodního obchodu se zrychlil v roce 1994, kdy byly potraviny zahrnuty do dohod o mezinárodním volném obchodu (Uruguayské kolo GATT). To ovlivnilo spolehlivost národních potravinových statistik a znesnadnilo mezinárodní srovnávání.

ve stravování – jako zvýšená spotřeba zeleniny, ovoce, kuřecího a králíčího masa místo vepřového, suchých salámů, másla, vajec a cukru – zejména u žen (*MZ ČR, 1998*).

Umírněnou spotřebu živočišných tuků potvrzuje skutečnost, že průměrné procento energie získané celkově z tuků se odhaduje na 32 %, o něco víc než průměr srovnávaných zemí (29 %), ale významně méně než v EU (39 %).

Fyzická aktivita

Jak klesá fyzická aktivita v denním životě i v práci, stávají se důležitými pro zachování zdraví prospěšné aktivity cvičení ve volném čase. Většina Čechů udává, že se věnuje fyzické aktivitě ve volném čase. Celkem 8 % mužů ve věku 15 a více let odpovídalo v roce 1996, že se věnuje tvrdému tréninku, 22 % rekreačnímu sportu a 32 % lehké aktivitě.

U žen byly tyto podíly 1 %, 14 %, resp. 37 %. Podle očekávání klesá frekvence fyzické aktivity s věkem. Ve věkové skupině 15 - 24 let se muži věnují fyzické aktivitě 2,1 krát týdně a ženy 1,6 krát, ve věku 55 - 64 let jsou tyto četnosti 0,8 resp. 0,4 (*ÚZIS, 1998b*).

Nadváha

Nadváha a obezita se obvykle určují pomocí indexu tělesné hmotnosti (BMI, body mass index) vypočítaného jako hmotnost v kg / (výška v m)².

Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace v roce 1996 zjistilo, že 10,5 % mužů a 12,1 % žen mělo BMI vyšší než 30, což ukazuje na obezitu. Podíly obezity byly největší u mužů ve věku 45 - 54 let (19 %) a u žen ve věku 65-74 let (28 %). Asi 3 % mužů a 11% žen mělo BMI nižší než 20, což značí podváhu (*ÚZIS, 1998b*).

ŽIVOTNÍ PROSTŘEDÍ A ZDRAVÍ

Podmínky životního prostředí ovlivňují lidi prostřednictvím krátkodobého i dlouhodobého vystavení škodlivým faktorům. Dlouhodobě je hlavním cílem podporovat udržitelný rozvoj, který neohrožuje dobré zdraví, a zvláště chránit potravinový řetězec (vodu, zemědělské produkty) před účinky škodlivých látek. Krátkodobá ochrana životního prostředí znamená vyloučení nebo aspoň omezení potenciálně škodlivých situací, s vědomím, že lidé nejsou nepříznivým podmínkám vystavováni stejně a ne všichni lidé ani všechny sociální skupiny jim stejně nepodléhají. Například děti, těhotné ženy, staří a nemocní lidé budou spíše poškozeni znečištěným ovzduším nebo kontaminovanými potravinami. Také specifické sociální skupiny jsou více vystavovány škodlivým vlivům. Například nízký příjem je často spojen s vystavením rizikovému prostředí v práci (škodlivým látkám a riziku úrazů) a se špatnými bytovými podmínkami (jako přeplněnost, znečištěné ovzduší a hluk). Tyto situace mohou ovlivňovat zdraví a pohodu buď přímo, způsobovat potíže a stres, nebo nepřímo tím, že způsobí nárůst nezdravého chování jako užívání drog nebo pití.

Rostoucí poznání důležitosti vlivu životního prostředí na zdravotní stav a potřeby meziúrovňové spolupráce na všech úrovních se projevují v Plánech akcí pro životní prostředí a zdraví (National Environment and Health Action Plan - NEHAP) vyvinutých a prováděných v téměř všech evropských zemích. V ČR je NEHAP koordinován Ministerstvem zdravotnictví ve spolupráci s Ministerstvem životního prostředí a Ministerstvem zemědělství (MZ ČR, 1998).

Mikrobiální nákazy z potravin

Počet ohnisek hromadných mikrobiálních nákaz potravinami a počty postižených osob mohou sloužit k posouzení kvality potravin a jejich ochrany, přestože některé zjištěné rozdíly mohou být způsobeny rozdílností definic a metod sběru dat.

Podle posledních údajů jsou rozdíly počtů hlášených případů ve srovnávaných zemích velké (od 1 případu na 100 000 obyvatel v Estonsku po 585 na 100 000 obyvatel v České republice v roce 1999). Počet případů mikrobiálních onemocnění šířenými potravinami v České republice vzrostl do poloviny devadesátých let pětkrát. To se vysvětluje nárůstem počtu špatně kvalifikovaných pracovníků v potravinářství, souvisícím s rozsáhlými změnami vlastníků, obchodníků i výrobců. Tato situace se pokládá za zlepšitelnou, protože v polovině devadesátých let bylo zavedeno reprezentativní sledování kontaminace potravin (MZ ČR, 1997). Přesto zůstává problém výskytu velkého počtu salmonelóz (MZ ČR, 1998).

Kvalita ovzduší

Významné zlepšení kvality ovzduší bylo registrováno mezi roky 1994 a 1995. Na příklad emise hlavních plynných škodlivin klesla o téměř 10 % a celková emise pevných částic o více než 40 %. Ačkoliv plocha lesů poškozených znečištěním ovzduší je velká, celkem 62 %, u více než 90 % této plochy jde jen o lehké poškození a podíl lesů s vážnějším poškozením se stabilizoval (MZ ČR, 1997).

| | Česká republika | Srovnávané země | země EU |
|-----------------|-----------------|-----------------|---------|
| SO ₂ | 105,6 | 68,3 | 31,5 |
| NO _x | 39,9 | 25,3 | 32,4 |
| čpavek | 8,3 | 10,7 | 9,4 |
| CO | 84,6 | 99,1 | 119,3 |
| CO ₂ | 11 679 | 7 555 | 8 499 |
| metan | 71,0 | 56,5 | 61,4 |

Přes tento kladný trend měla Česká republika v roce 1995 nejvyšší emise oxidů dusíku a metanu na obyvatele ze všech srovnávaných

zemí. Jen pro čpavek byla emise v ČR nižší než průměr srovnávaných zemí. Emise čpavku a monoxidu uhlíku (oxidu uhelnatého, CO) v ČR jsou pod úrovní EU (*United Nations Economic Commission for Europe, 1999*).

Úroveň organického znečištění čpavkovým dusíkem a fosfáty v hlavních tocích řek obecně klesly, kdežto úroveň dusičnanů se nezměnila. Zlepšení se ještě neprojevilo na malých vodních tocích. Registrované nehody úniku škodlivin do vodních toků rovněž poklesly. Škodlivá acidita nebo alkalita klesla mezi roky 1990 a 1995 o 78 %, obsah ropných látek o 69 %, nerozpustných substancí o 54 % a rozpuštěných organických solí o 16 % (*MZ ČR, 1997*).

Povolené limity významných škodlivin v pitné vodě byly ve sledovaných okresech překročeny v méně než 1 % případech. K přímému ohrožení zdraví znečištěním pitné vody pravděpodobně nedošlo (*MZ ČR, 1997*).

Produkce odpadů činila v roce 1996 celkem 92,6 milionu tun, z toho 42 % pocházelo z průmyslu, 14 % z energetiky, 7 % ze zemědělství a lesnictví, 5 % z hornictví a 32 % z jiných zdrojů. Odhaduje se, že z celkového množství bylo 6,6 milionu tun nebezpečného odpadu. Jen malá část odpadu se recykluje (*MZ ČR, 1998*). Používání nezabezpečených skládek skončilo v červenci 1996 (*MZ ČR, 1997*).

Celkové množství komunálního odpadu se od roku 1985 do roku 1995 zmenšilo o 9 %. V roce 1995 byla produkce komunálního odpadu 232 kg na obyvatele, což bylo nejméně mezi pěti srovnávanými zeměmi, které srovnatelné údaje poskytly (*United Nations Economic Commission for Europe, 1999*).

Místní studie naznačují, že kontaminace toxickými kovy a perzistentními organickými sloučeninami ve velkých městech a na průmyslových pozemcích představují rizika pro děti (*MZ ČR, 1998*).

Bydlení

Odhadovaná průměrná plocha bytu v ČR (46 m²) je menší než průměr ve srovnávaných zemích (54 m²) a hluboko pod průměrem v EU

(89 m²). Celkově 37 % bytů v ČR bylo v roce 1995 obýváno jejich vlastníky. To je nejmenší podíl ze všech srovnávaných zemí a menší než v kterékoli zemi EU (*United Nations Economic Commission for Europe, 1999*).

Jeden z aspektů kvality bydlení je podíl populace v bytech s vodovodem a hygienickou kanalizací. Podle údajů z roku 1990 mělo 97 % populace ČR vodovod (*United Nations Economic Commission for Europe, 1999*). O hygienické kanalizaci nebyla z ČR poskytnuta srovnatelná data.

Zhruba 85 - 90 % problémů se škodlivým hlukem se týká hluku způsobeného silniční dopravou. Železniční doprava a zabezpečovací systémy přispívají ke hluku s mírou srovnatelnou se silniční dopravou. Letecká doprava způsobuje hluk hlavně v okolí letišť Praha-Ruzyně a v okolí letišť ozbrojených sil. Průmysl, staveniště a různé komerční aktivity včetně restaurací a zábavních center obtěžují asi 6 - 8 % obyvatel (*MZ ČR, 1998*).

I když podmínky bydlení jako kvalita, poloha a infrastruktura mají vliv na zdraví a pohodu lidí, mnohem kritičtější je nemít byt. Bezdomovci jsou více ohroženi na zdraví špatnou výživou, infekcemi a psychosociálním stresem způsobeným samotou a nejistotou. Zatímco údaje o kvalitě bydlení (ač ne vždy srovnatelné) jsou stále dostupnější, spolehlivá data o bezdomovcích chybějí.

Zdraví a bezpečnost práce

Vystavení zdravotním rizikům na pracovišti je stále důležitou příčinou špatného zdraví a úmrtí. Přesto informace o těchto faktorech v pojmech typu, frekvence a intenzitě rizika a počtu pracovišť nebo ohrožených osob nejsou vždy dostupné a srovnatelné údaje jsou vzácné.

Počet pracovních úrazů na 100 000 obyvatel ukazuje podstatné rozdíly mezi srovnávanými zeměmi, což naznačuje, že poskytovaná čísla mohou popisovat různé jevy v různých zemích. Přesto počet takových úrazů ve všech srovnávaných zemích klesl, v průměru o 51 % mezi roky 1985 a 1999, z 592 na 292

na 100 000 obyvatel. V ČR byl pokles menší, o 36 %.

Údaje o úmrtí v důsledku pracovních úrazů mohou být lépe srovnatelné než data o úrazech. Počet úmrtí klesl ve všech srovnávaných zemích, což naznačuje zlepšení bezpečnosti práce. Mezi roky 1985 a 1999 klesl počet úmrtí v důsledku pracovních úrazů ve srovnávaných zemích z 3,8 na 1,8 na 100 000 obyvatel (pokles o 53 %). V roce 1999 bylo v ČR o něco víc úmrtí v důsledku pracovních úrazů (1,9 na 100 000, pokles o 30 % od roku 1985) než ve srovnávaných zemích nebo v EU (1,6 na 100 000, pokles o 28 % od roku 1985).

V roce 1999 bylo hlášeno asi 1850 nových případů nemocí z povolání. Muži přispěli téměř dvěma třetinami případů. Nejobvyklejší příčinou bylo dlouhodobé nadměrné zatížení (19 % všech případů) a vibrace (15 %). K tomu přistupuje 416 kožních onemocnění z povolání, 310 infekčních a parazitárních nemocí a 228 silikóz (*ÚZIS, 2000*). Zhruba 400 000 pracovníků (8 %) má pracovní podmínky s prokázanými rizikovými faktory. Nejčastěji jde o hluk, fibrogenní prachové částice, škodlivé chemikálie a vibrace (*MZ ČR, 1998*).

SYSTÉM ZDRAVOTNÍ PÉČE ⁶

System zdravotnictví v České republice má Bismarkovskou tradici datující se k někdejšímu Rakousko-Uhersku. Ve dvacátých letech bylo zavedeno zdravotní pojištění zaměstnanců. Krok za krokem bylo československé zdravotnictví zlepšováno různými formami pojištění i dobročinností.

V roce 1948 nastaly v zemi politické změny, politický systém byl založen na komunistických ideologických zásadách a stát byl politicky i ekonomicky podřízen bývalému Sovětskému svazu. Téměř veškeré vlastnictví bylo zestátněno, včetně zdravotnických institucí. Když vstoupil v platnost zákon o národním pojištění, byly různé systémy sjednoceny a bylo zavedeno povinné pojištění – zahrnující i rodinné příslušníky a svobodná povolání.

V lednu 1952 byla zavedena nová soustava jednotné státní zdravotní péče. Tento centralistický systém byl dostatečně efektivní v situaci s poválečnými problémy a na začátku šedesátých let byl zdravotní stav v Československu poměrně dobrý. V roce 1966 bylo

financování zdravotnictví z pojištění nahrazeno financováním z daní. Poskytování zdravotní péče nebylo ovlivněno dočasnými politickými reformami v roce 1968, kdy byla vyhlášena federace České a Slovenské republiky.

Reformy zdravotnictví

Od konce šedesátých let nebyl systém československého zdravotnictví schopen reagovat na nové zdravotní problémy, na příklad problémy způsobené změnami životního stylu a faktorů životního prostředí. Zdravotnický systém i zdravotní ukazatele stagnovaly až do konce osmdesátých let.

V letech 1990 a 1991 došlo k dramatické liberalizaci soustavy zdravotnictví. Byl zaveden princip svobodné volby poskytovatele péče, krajské a okresní ústavy národního zdraví byly rozpuštěny. Od té doby se zdravotnický systém změnil na model financování povinným pojištěním s několika pojišťovnami, které financují poskytovatele péče na smluvním základě. V současném

Tabulka 3: Zdroje ve zdravotnictví v ČR a ve srovnávaných zemích (1999 nebo poslední dostupné údaje)

| | Česká republika | Srovnávané země | Minimum | Maximum |
|--|------------------------|-----------------|-------------------|---------|
| Lůžka v nemocnicích na 100 000 obyvatel | 847 | 716 | 555 | 938 |
| Lékaři na 100 000 obyvatel | 308 | 265 | 191 | 394 |
| Hospitalizace na 100 obyvatel | 19,4 | 18,1 | 13,8 ^a | 25,4 |
| Průměrná ošetrovací doba v nemocnici, ve dnech | 11,6 | 10,3 | 9,0 | 11,9 |
| Celkové výdaje na zdravotnictví, v % HDP | 7,6 | 5,6 | 2,6 ^a | 7,7 |
| ^a 1998 | | | | |

⁶ Tato část je převážně založena na publikaci *Health care systems in transition. Czech Republic (WHO Regional Office for Europe, 2000c)*.

systemu se zmenšuje role státu a rozvíjí se soustava pojištění založená na modelech používaných v sousedních západních zemích, zejména v SRN.

Transformace zdravotnictví je částí všeobecné transformace české společnosti po politických změnách v roce 1989. Klíčové prvky reformy byly demonopolizace, decentralizace a liberalizace. Rozvoj nových zdravotnických služeb, restrukturalizace a reorganizace, změny ve financování zdravotnictví, transformace vlastnictví zařízení a reforma vzdělávání odborných zdravotnických pracovníků byly důležitými úkoly reformního procesu.

Prioritami reformy zdravotnictví byly definice standardní zdravotní péče, vývoj smluvních mechanismů mezi poskytovateli péče a třetími stranami financování, zavedení národního systému akreditace, posílení primární prevence a posílení regionální zdravotní politiky.

Po roce 1994 české Ministerstvo zdravotnictví vyhlásilo konkrétnější cíle zahrnující vyšší kvalitu péče, lepší dostupnost a vstřícnost, vyšší výkonnost a dokončení legislativního plánu zdravotní péče.

Většina změn, včetně reorganizace zdravotnických zařízení a orgánů a zavedení soustavy zdravotního pojištění v roce 1992, proběhla bez větších obtíží.

Potřeba zavést regulační mechanismy po období liberalizace byla rozpoznána v polovině devadesátých let, ale není dosud plně vyřešena. Jiné aktuální problémy jsou velký finanční deficit systému, potřeba snížit počet ambulantních specialistů, potřeba dokončit proces veřejné soutěže, zlepšení platových podmínek ve zdravotnictví, nadměrné využívání sekundární a terciární zdravotní péče a nejasná regulace náhrad v případech pracovních úrazů. Některé legislativní úpravy byly provedeny jen částečně (*WHO Regional Office for Europe, 1996a, 1999a; Vogler a Habl, 1999*).

Organizační struktura

Ministerstvo zdravotnictví řídí fakulturní nemocnice a ostatní přímo řízená zařízení. Dřívější

paralelní zdravotnické služby ministerstev vnitra a obrany jsou stále ve vlastnictví těchto rezortů, ale přešly rovněž na financování přes zdravotní pojišťovny, zejména zaměstnanecké. Okresy, města a obce vlastní většinu nemocnic a klinik, jen málo malých nemocnic je skutečně soukromých. Jednotlivé zdravotní pojišťovny uzavírají smlouvy s poskytovateli péče jménem svých pojištěnců.

Financování a výdaje na zdravotnictví

Český systém zdravotního pojištění je vysoce individualizován, pokrytí zdravotní péče je vztaženo k individuálním příspěvkům, které platí jednotlivci a zaměstnavatelé, nebo stát (za ozbrojené složky, penzisty, nezaměstnané, studenty, děti, ženy na mateřské dovolené a vězně). Pojistné je 13,5 % mzdy před zdaněním, z toho zaměstnanci platí třetinu a zaměstnavatel dvě třetiny. Pojistné vybírají zdravotní pojišťovny. Jejich počet klesl z 27 v roce 1995 na 9 v roce 2000, pro finanční potíže některých společností a poté, co byl stanoven minimální počet 50 000 pojištěnců. Zdravotní péče byla poskytovatelům proplácena do roku 1997 systémem platby za výkony. Ten se ukázal jako inflační a byl změněn na systém navyšovaných rozpočtů pro nemocnice, limity výkonů pro ambulantní specialisty a kombinované kapitační a výkonové platby pro praktické lékaře, se zavedením nových regulačních opatření.

Stát je garantem systému pojištění. Neexistují skupiny obyvatel vyloučené z pojištění a pokrytí celé populace se v poslední době neměnilo. Je založeno na trvalém pobytu, zahrnuje i cizí státní příslušníky, pokud mají trvalý pobyt v ČR nebo jsou zaměstnanci organizací sídlících v ČR.

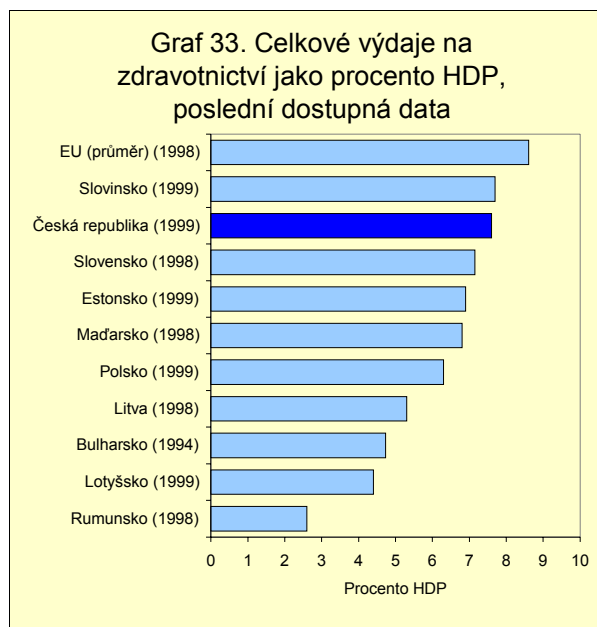
Všeobecně je každá zdravotní péče (ošetření) potřebná pro léčbu nebo zlepšení zdravotního stavu schválena pro proplacení pojišťovnou. Pojištění hradí také preventivní prohlídky dětí a dospělých i standardní zubní ošetření. Zdravotní pojištění nezahrnuje náhrady za absenci v práci pro nemoc, mateřství a nemoc z povolání nebo pracovní úraz; tyto náhrady

poskytuje oddělený systém sociálního pojištění (Vogler a Habl, 1999).

Mezinárodní srovnání výdajů na zdravotní péči jsou nesmírně obtížné, protože definice užívané ve zdravotnické statistice a pravidla účetnictví se v jednotlivých zemích liší. Následující údaje o výdajích na zdravotní péči je třeba používat opatrně, protože i hranice toho, co se považuje za zdravotní péči, mohou být podstatně odlišné v různých zemích.

Údaje z roku 1998 ukazují, že podíl výdajů na zdravotnictví k celkovému HDP byl pod průměrem EU, (8,6 %) ve všech srovnávaných zemích, ale ČR měla tento podíl druhý největší (7,2 %), za Slovinskem. Nejnovější údaj z roku 1999 ukazuje, že tento podíl v ČR vzrostl na 7,6 % (graf 33).

Údaje o výdajích na zdravotní péči přepočtené na paritu kupní síly (purchase power parity - PPP) ukazují, že průměr výdajů na obyvatele ve srovnávaných zemích (482 USD) je čtvrtinou průměru v EU (1 849 USD). Česká republika měla druhé největší výdaje po Slovinsku, 930 USD v roce 1998 a 993 USD v roce 1999.



Primární zdravotní péče

Primární zdravotní péče je organizována na úrovni obcí. Okresní odbor zdravotnictví odpovídá za to, že obyvatelé v jejich oblasti mají přístup k primární lékařské péči. Občané se registrují u lékaře primární péče podle svého výběru. Změna registrace je také možná. Jsou čtyři druhy lékařů prvního kontaktu: praktičtí lékaři pro dospělé, praktičtí dětské lékaři, ambulantní gynekologové a zubní lékaři. V roce 1995 pracovalo 91 % praktických lékařů, 87 % dětských lékařů (MZ ČR, 1997) a více než 90 % zubních lékařů v soukromých ordinacích. Vstup lékařů do praxe primární péče je regulován licencií vydanou Lékařskou komorou a vydáním registrace okresním odborem zdravotnictví. Lékaři mají obvykle smlouvy se všemi zdravotními pojišťovnami.

Primární zdravotní péče zahrnuje péči praktického lékaře, péči o matku a dítě, gynekologii, zubní ošetření, domácí péči sester a záchrannou lékařskou službu jakož i některé preventivní služby, jako očkování a skřínink. Přímé kontakty se specialisty jsou také možné.

Práce lékařů primární péče je orientována spíše na léčbu než na prevenci. Předávání pacientů specialistům je stále poměrně časté (Vogler a Habl, 1999).

Sekundární a terciární péče

Rozsáhlá síť nemocnic a poliklinik pokrývající celou zemi byla dědictvím předchozího zdravotnického systému Československa. Specializované ambulantní lékařské služby se poskytují v různých formách, poněkud více v soukromých ordinacích specialistů, ale také v ambulancích nemocnic. Tyto služby jsou smluvně financovány zdravotními pojišťovnami a propláceny na výkonové bázi.

Místní nemocnice tvoří asi 45 % akutních nemocnic v ČR. Mají obvykle méně než 200 lůžek a čtyři oddělení (interní, chirurgické, dětské a gynekologické). Další 45 % tvoří okresní nemocnice se všemi hlavními specializacemi a počtem lůžek do 700. Krajské a ústřední nemocnice – které fungují jako

fakultní nemocnice – mají více než 1000 lůžek, poskytují úplnou škálu specializované péče a tvoří terciární střediska.

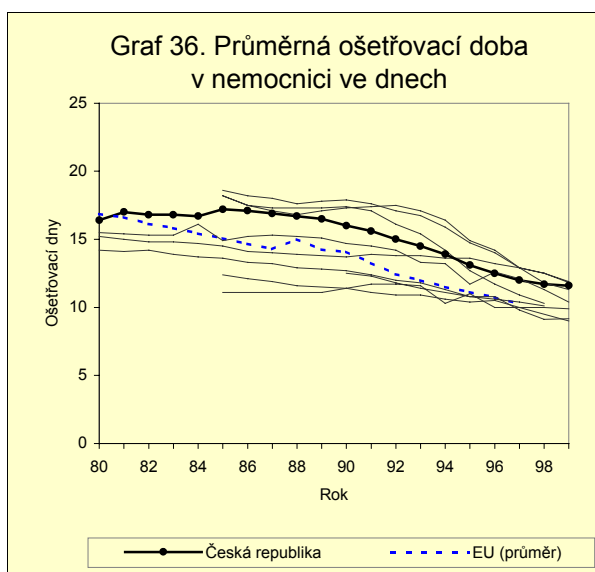
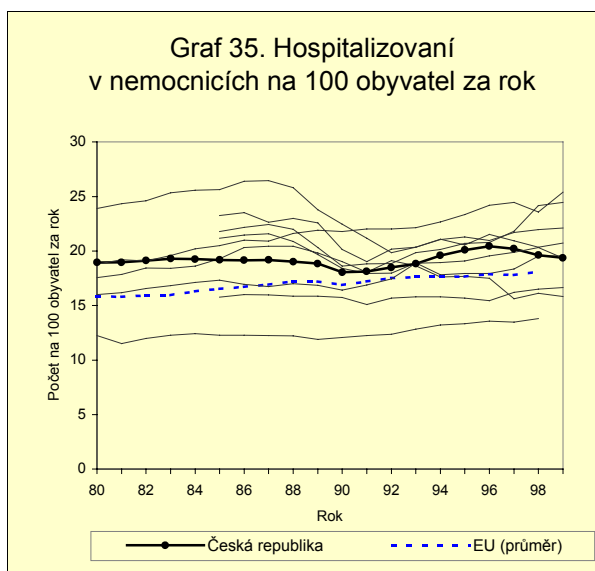
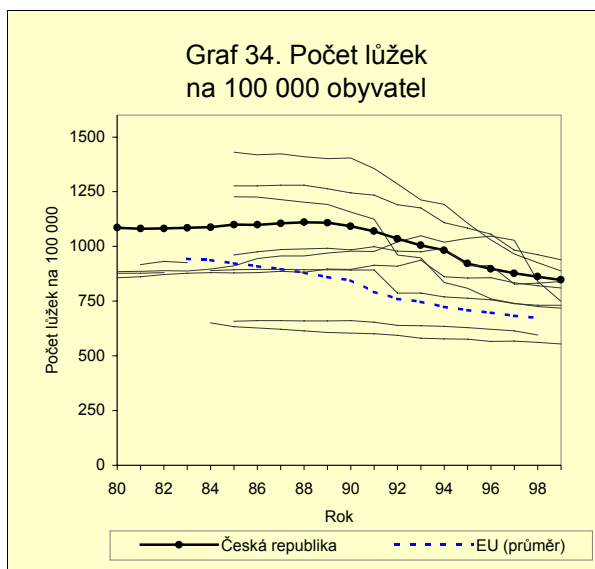
Kvalita nemocniční péče je všeobecně dobrá, ačkoli některé ústřední nemocnice jsou umístěny ve starých budovách a jejich rekonstrukce by byla drahá. Navíc jsou některé nové ústřední nemocnice zatíženy dluhy z doby jejich stavby. Počet lůžek akutní péče je považován za dostatečný, ale je nedostatek lůžek pro následnou péči a rehabilitaci (MZ ČR, 1997).

Některé nemocnice zjišťují, že úroveň plateb za služby nepostačuje k pokrytí nákladů a některé mají závažné schodky. To vedlo dokonce k uzavření některých nemocnic a ke stávkám lékařů. Ústavní lůžková péče se dosud poskytuje i v případech, kde by mohla být nahrazena péčí ambulantní, většinou v důsledku nedostatků systému předávání pacientů, nedostatku péče o starší osoby a zvyklostí z éry socialismu. Existuje i kritika, která říká, že vláda už neplánuje počty nemocničních lůžek a vybavení přístroji (Vogler a Habl, 1999).

Počet nemocničních lůžek na 100 000 obyvatel klesal od roku 1985 téměř ve všech srovnávaných zemích. Pokles v ČR byl stejně velký jako v EU, asi o pětinu, ale počet lůžek v ČR (847/100 000 v roce 1999) zůstal vyšší než průměr v EU (674/100 000 v roce 1998) a než průměr ve srovnávaných zemích (715/100 000 v roce 1999) (graf 34).

Také počet hospitalizací se velmi liší ve srovnávaných zemích, od 13,8 do 25,4 na 100 obyvatel v roce 1999. Mezi roky 1990 a 1999 tento počet vzrostl v ČR z 18,1 na 19,4 a poslední údaj byl větší než průměr ve srovnávaných zemích (18,1/100 v roce 1999) i v EU (18,1/100 v roce 1998) (graf 35).

Průměrná délka léčení v nemocnici se snížila od osmdesátých let ve všech srovnávaných zemích. V roce 1985 byl průměr v ČR 16,6 dne, v roce 1999 už jen 11,9 dne, o něco více než průměr ve srovnávaných zemích (10,3 dne v roce 1999) a v EU (10,2 dne v roce 1997) (graf 36).



V počtu kontaktů pacienta s ambulantním lékařem jsou mezi srovnávanými zeměmi velké rozdíly, od 4,9 do 16,4 kontaktu v roce 1999. V České republice tento počet rostl do pozdních osmdesátých let, potom pět let klesal. Od roku 1992 opět rostl a uprostřed devadesátých let byl na stejné úrovni jako v polovině osmdesátých let. Poslední údaj z roku 1999 (14,5 kontaktu) naznačuje začátek nového poklesu.

Léčiva a lékárny

Ministerstvo zdravotnictví schvaluje léky uváděné do prodeje a stanoví kategorie léků a zdravotnických prostředků pro určení poměru úhrad pojišťovny. V tomto procesu se účastní i Ministerstvo financí, Lékárnická komora a představitelé zdravotnických asociací.

Český farmaceutický průmysl byl po roce 1990 téměř úplně privatizován. V důsledku toho se podstatně změnila výrobní metody i obchodní strategie farmaceutických podniků. Domácí farmaceutické produkty jsou stále důležité v českém zdravotnictví. Lékárny a distribuční síť léků jsou převážně soukromé.

Problémy se zásobováním léky z doby socialismu v podstatě zmizely. Hlavním problémem se stal rychlý růst cen (*Vogler a Habl, 1999*) a – vzdor růstu cen – také nárůst spotřeby léků. Mezi roky 1991 a 1999 vzrostla průměrná denní spotřeba z 748 na 1 188 definovaných denních dávek (DDD) na 1 000 obyvatel (*ÚZIS 1998a a 2000*).

Lidské zdroje

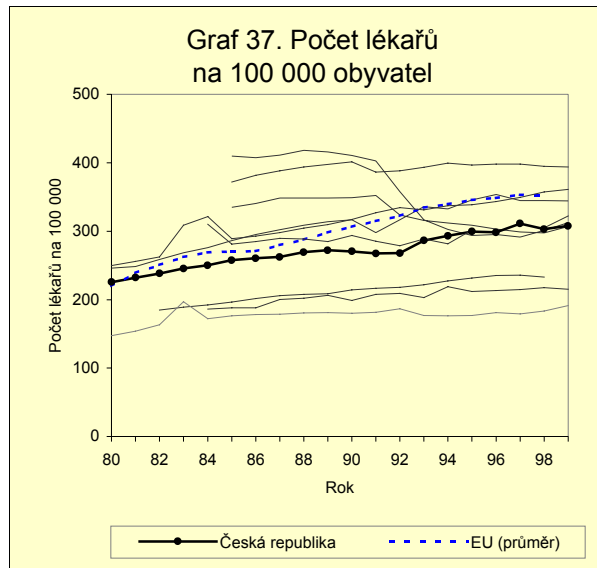
Počet lékařů v České republice byl o více než 15 % vyšší než průměr ve srovnávaných zemích (265 /100 000 v roce 1999), ale o více než 10 % nižší než průměr v EU (353/100 000

v roce 1998). Od roku 1985 údaj v ČR vzrostl téměř o pětinu, což je největší nárůst ve srovnávaných zemích (graf 37).

Česká republika měla 62,5 zubních lékařů na 100 000 obyvatel, což je jedna z nejvyšších hodnot ve srovnávaných zemích, vysoko nad jejich průměrem (45,3/100 000 v roce 1999), ale méně než průměrný počet v EU (68,6/100 000 v roce 1998).

Počet lékárníků v ČR v roce 1999 byl 46,5 na 100 000 obyvatel. To bylo nad průměrem srovnávaných zemí (35,9/100 000 v roce 1999), ale mnohem méně než průměrný počet v EU (81,7/100 000 v roce 1998).

Počet zdravotních sester v ČR – 892 na 100 000 obyvatel v roce 1999 – byl nejvyšší ze srovnávaných zemí. Počet porodních asistentek byl téměř ve všech srovnávaných zemích (průměr 48,1/100 000 v roce 1999) vyšší než v EU (průměr 19,5/100 000 v roce 1998), ale údaj pro ČR (45,2/100 000 v roce 1999) byl nižší než průměr ve srovnávaných zemích.



LITERATURA

- AINSCOW, M. & HAILE-GIORGIS, M. (1998). *The education of children with special needs: barriers and opportunities in central and eastern Europe*. Florence, UNICEF International Child Development Center (Innocent Occasional Papers, Economic and Social Policy Series, No. 67).
- BRÁZDOVÁ, Z. & FIALA, J. (1998). *Dietary Guidelines in the Czech Republic*. Masaryk University. Acta Facultatis Medicae 115, Brno.
- COUNCIL OF EUROPE (1997). *Recent demographic developments in Europe – 1997*. Strasbourg, Council of Europe Publishing.
- COUNCIL OF EUROPE (1998). *Recent demographic developments in Europe – 1998*. Strasbourg, Council of Europe Publishing.
- COUNCIL OF EUROPE (1999). *Recent demographic developments in Europe – 1999*. Strasbourg, Council of Europe Publishing.
- EUROPEAN CENTRE FOR THE EPIDEMIOLOGICAL MONITORING OF AIDS (2000). *HIV/AIDS surveillance in Europe: surveillance report*, 62. Saint-Maurice, France, European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS.
- HIBELL, B. ET AL. (1997). *The 1995 ESPAD Report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries*. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm, Sweden.
- HIBELL, B. ET AL. (2000). *The 1999 ESPAD Report. The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*. Modin Tryck AB. Stockholm, Sweden.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (1998a). *Zdravotnická ročenka České republiky 1997*, ÚZIS ČR Praha.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (1998b). *Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace*. Praha.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (2000). *Zdravotnická ročenka České republiky 1999*, ÚZIS ČR Praha.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ (1997). *Zdraví pro všechny do roku 2000. Ukazatelé Zdraví pro všechny 1993-1995*. Nepublikováno.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ (1998). *Akční plán zdraví a životního prostředí*. Česká republika, Praha.
- PRODUKTSCHAP VOOR GEDISTILLEERDE DRANKEN (2000). *World drink trends 2000*. Schiedam, NTC Publications.
- TURNER, B., ed. (2000). *The statesman's yearbook 2000*. London, Macmillan.
- UNESCO (1999). *Statistical yearbook 1999*. Paris, UNESCO Publishing & Bernan Press.
- UNITED NATIONS ECONOMIC COMMISSION FOR EUROPE (1999). *Trends in Europe and North America 1998/1999*. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe.
- VOGLER, S. & HABL, C (1999). *Gesundheitssysteme in Mittel- und Osteuropa*. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.
- WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (1993). *Health for all targets. The health policy for Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (European Health for All Series, No. 4).
- WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (1997). *Smoking, drinking and drug taking in the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (1998). *Health in Europe 1997. Report on the third evaluation of progress towards health for all in the European Region of WHO (1996–1997)*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (WHO Regional Publications, European Series, No. 83).

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (1999). *HEALTH21 – the health for all policy framework for the WHO European Region*. (<http://www.who.dk/cpa/h21/h21long.htm>). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (European Health for All Series, No. 6) (accessed 22 August 1999).

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (2000a). *Highlights on Women's Health in the Czech Republic*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, (Family and Community Health).

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (2000b). *Health and health behaviour among young people*. WHO Policy Series. Health policy for children and adolescents 1. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (2000c). *Health care systems in transition. Czech Republic*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2001, (European Observatory on Health Care Systems).

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (2001). *Health for All database*. January 2001. (<http://www.who.dk/country/country.htm>).

VYSVĚTLIVKY

Incidence (výskyt): počet nových případů nemoci na 100 000 obyvatel v daném období (obvykle 1 rok).

Kojenecká úmrtnost: roční počet úmrtí dětí mladších než 1 rok na 1000 živě narozených.

Parita kupní síly (purchasing power parity - PPP): je standardní míra kupní síly měny dané země, založená na porovnání počtu měnových jednotek potřebných pro nákup stejného reprezentativního spotřebního koše zboží a služeb v dané zemi a v referenční zemi a měně (obvykle US dolary). EU používá k jejímu měření standard kupní síly.

Prevalence: Počet osob postižených nemocí nebo jiným určeným příznakem na 100 000 obyvatel v daném okamžiku nebo období.

Standardizovaná míra úmrtnosti (SMÚ): Úmrtnost (obvykle počet úmrtí na 100 000 obyvatel) přepočtená na věkovou strukturu standardní evropské populace.

Střední délka života při narození: Odhad průměrného počtu let, kterých by se novorozenec dožil za předpokladu zachování věkově specifické úmrtnosti, v době jeho narození, po celou dobu života.

Úhrnná plodnost: Průměrný počet dětí, které by se živě narodily jedné ženě za její život během reprodukčního období, kdyby se jí v každém věku rodily podle právě platné tabulky věkově specifické porodnosti.