

# **Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989**

**Vydáno k 50. výročí ÚZIS ČR**

**Září 2010**

### **Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989**

Publikace, vydaná k 50. výročí činnosti Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, popisuje vývoj českého zdravotnictví po roce 1989 z pohledu zdravotnické statistiky. Úvodní kapitola je věnována stručné historii ústavu. V dalších kapitolách je popsán vývoj demografické situace a zdravotního stavu, rozvoj zdravotnických služeb a ekonomika zdravotnictví. Publikace končí přehledem mezinárodní spolupráce ústavu v oblasti zdravotnické statistiky.

#### ***Evolution of health care in the Czech Republic after the year 1989***

*The publication issued to the 50th anniversary of activity of the Institute of Health Information and Statistics of the CR describes the evolution of Czech health care after the year 1989 from the viewpoint of health statistics. The introductory chapter is devoted to brief history of the Institute. The following chapters describe the evolution of the demographic situation and of the health status, the development of health services and the economy of health services. The publication is concluded by an overview of international cooperation of the Institute in the field of health statistics.*

Zpracoval Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Autorský kolektiv: RNDr. Šárka Daňková, Mgr. Jiří Holub, Ing. Jakub Hrkal,  
Ing. Miloslava Chudobová, Ing. Pavel Langhammer,  
Mgr. Romana Malečková, Ing. Eliška Mašková, Ing. Václav Matušek,  
Mgr. Vlasta Mazánková, Ing. Zdeňka Nováková,  
Ing. Ivan Popovič a kolektiv.

Použití krátkých výtahů z této publikace v dalších pracích je dovoleno za předpokladu úplného citování zdroje. Pro publikování grafů, map nebo většího objemu informací z této publikace je nutný souhlas Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, Palackého náměstí 4, P.O.BOX 60, 128 01 Praha 2.

Internetové stránky: [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)

© ÚZIS ČR, Praha, září 2010

**ISBN 978-80-7280-900-4**

## Předmluva

Tato publikace, vydávaná k 50. výročí činnosti Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, byla zpracována kolektivem pracovníků ústavu a popisuje vývoj českého zdravotnictví po roce 1989 z pohledu zdravotnické statistiky. První kapitola je věnována stručné historii ústavu a v dalších kapitolách je popsán vývoj zdravotního stavu, rozvoj zdravotnických služeb a ekonomika zdravotnictví. Publikace končí přehledem mezinárodní spolupráce ústavu v oblasti zdravotnické statistiky.



Mgr. Jiří Holub

V roce 1990 ústav pružně reagoval na měnící se řídicí struktury ve zdravotnictví a na nové podmínky v jednotlivých zdravotnických zařízeních. S podporou projektu PHARE byla vypracována koncepce Národního zdravotnického informačního systému. Tím byla zabezpečena nejen kontinuita statistických informací ze statistických dat, ale i nově vznikající požadavky na statistické informace.

V současné době jsou vytvořeny předpoklady k tomu, aby statistické informace mohli používat uživatelé jak z řídicí a odborné sféry, tak i široká veřejnost. Činnost ústavu a zdravotnické statistiky je vysoce hodnocena i na mezinárodní úrovni, což též potvrzuje zapojení pracovníků ústavu do různých mezinárodních projektů organizovaných WHO, OECD a EU a do mezinárodních pracovních skupin, kde patří mezi aktivní členy. Mohutný a rychlý rozvoj výpočetních a komunikačních technologií přinesl nové možnosti zpracování a prezentace dat. Od konce 90. let fungují webové stránky ústavu, kde jsou zpřístupněny všechny zpracovávané publikace a aktuální statistické informace. K 50. výročí byly webové stránky přepracovány podle současných technologií s novým moderním designem, při zachování či rozšíření rozsahu publikovaných informací.



Mgr. Vlasta Mazánková

Vývoj ITC umožnil výrazně zefektivnit a zvýšit produktivitu práce v jednotlivých útvech ústavu a postupně přejít od mechanického zpracování informací k analytické práci. Toto si vyžádalo též i změnu v profesní skladbě a nároky na vzdělání zaměstnanců ústavu. Zvyšuje se počet pracovníků s vysokoškolským vzděláním.



Ing. Jaromír Stach

Za to, co ústav dokázal, je třeba upřímně poděkovat pracovníkům ústavu, zdravotnickým zařízením a velké řadě spolupracujících organizací v resortu i mimo něj, v ČR i v zahraničí. Významné místo v historii ústavu patří bezesporu prvnímu řediteli Ing. Jaromíru Stachovi, který nejen vytvořil základ dobrého jména ústavu, ale také za 25 let své působnosti vychoval řadu dalších statistiků. Mezi ně je možno počítat Mgr. Vlastu Mazánkovou, která řídila ústav dalších 25 let a také mne.

Věřím, že každý čtenář nalezne v této publikaci zajímavé a užitečné informace.

Mgr. Jiří Holub  
ředitel ÚZIS ČR

## Obsah

1. Organizace a činnost ústavu v průběhu 50 let jeho existence .....	5
2. Demografická situace a zdravotní stav .....	8
2.1. Demografická situace .....	8
2.2. Zdravotní stav .....	14
2.3. EHIS, výběrová šetření o zdravotním stavu .....	20
2.3.1. Dotazník (E)HIS .....	20
2.3.2. Evropský systém šetření o zdraví (EHSS) .....	21
2.3.3. Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR 2008 .....	21
2.3.4. Analýza, prezentace a využití výsledků .....	22
3. Zdravotnické služby .....	28
3.1. Síť .....	28
3.1.1. Ambulantní péče .....	29
3.1.2. Lůžková péče .....	31
3.2. Pracovníci, mzdy a vzdělávání ve zdravotnictví .....	36
4. Ekonomika zdravotnictví .....	40
5. Mezinárodní spolupráce .....	46
6. Seznam použitých zkratk .....	52

## 1. Organizace a činnost ústavu v průběhu 50 let jeho existence

Do roku 1950 byla v Československé republice systematicky prováděna jen demografická statistika. Ze statistik zdravotního stavu byl sledován především výskyt přenosných nemocí. Nositelé sociálního pojištění a později Ústřední národní pojišťovna prováděli šetření o ukončených případech pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz, statistiku příčin invalidity a statistiku příčin pracovních úrazů. V nemocnicích a léčebných ústavech byla sledována statistika hospitalizovaných.

Zdravotnickou statistiku zajišťovalo Ministerstvo zdravotnictví svým statistickým oddělením (od 1. 1. 1952 bylo vytvořeno - Středisko pro zdravotnickou statistiku).

Usnesením vlády č. 702/1960 bylo od 1. listopadu 1960 převedeno Středisko pro zdravotnickou statistiku Ministerstva zdravotnictví na samostatnou rozpočtovou organizaci pod názvem **Ústav pro zdravotnickou statistiku** (ÚZSt). Hlavním posláním ústavu bylo zpracování statistických údajů o zdravotním stavu obyvatelstva a činnosti zdravotnických zařízení. Z působnosti Ministerstva zdravotnictví na ÚZSt přešlo i vydávání metodických materiálů pro vyplňování a sběr povinných hlášení.

V prvním desetiletí své činnosti ústav navázal na činnost tohoto střediska. Zlepšoval dosud používané statistické metody sledování zdravotního stavu obyvatel i činnosti zdravotnických zařízení. Vytvářel nový systém sběru dat ze zdravotnických zařízení („Směrnice pro zdravotnickou statistiku“ určené pro zdravotnická zařízení).

Ústav pro zdravotnickou statistiku data nejen shromažďoval, ale především analyzoval a publikoval. Hlavní publikací byla ročenka „Zdravotnictví“. Kromě ročenky vycházely dvě řady publikací. Jedna, s původním názvem „Zprávy a rozborů“, určená především jednotlivým odborům a oddělením Ministerstva zdravotnictví. Druhá řada - „Informace zdravotnické statistiky“, později přejmenovaná na „Zdravotnická statistika“ byla určena široké odborné veřejnosti.

V sedmdesátých letech byly v rámci krajských ústavů národního zdraví vytvořeny samostatné odbory sociálního lékařství a organizace zdravotnictví, členěné na další oddělení, z nichž jedno - zdravotnické statistiky a informatiky - mělo na starosti sběr dat. Pořizování a předzpracování dat tak bylo decentralizováno na oddělení výpočetní techniky v krajích, která ústav metodicky řídil.

V roce 1975 byl schválen a postupně realizován projekt Automatizované zdravotnické informační systémy - automatizované systémy řízení (AZIS - ASŘ). Hlavní cíle a úkoly AZIS - ASŘ byly vyjádřeny v koncepci rozvoje na osmdesátá léta. Nová koncepce si vyžádala i změnu statutu ústavu, změnu jeho organizační struktury, ale i názvu.

Nový statut, nyní už „Ústavu zdravotnických informací a statistiky“, byl vydán Ministerstvem zdravotnictví s platností od 1. ledna 1981 a určil, že, ústav metodicky vede a organizuje statistickou činnost ve zdravotnických zařízeních resortu, zajišťuje vytváření informačních systémů ve zdravotnictví, zajišťuje informace pro řízení zdravotnictví, publikuje souhrnné výsledky a je vedoucím odvětvovým pracovištěm pro řízení a provádění AZIS - ASŘ. Byla ustanovena „Řídící komise AZIS - ASŘ“, která řešila v resortu jednotně problematiku výpočetní techniky a používaného software.

Se změnou politické situace po roce 1989 začala transformace i v systému zdravotní péče. Organizační struktura pracovišť ZIS se rozpadla v důsledku „rozvolňování“ OÚNZ a KÚNZ. Snahou ústavu bylo zajistit v okresech a krajích alespoň minimální množství pracovníků, zajišťujících sběr a předzpracování dat ze zdravotnických zařízení. To se, prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví, podařilo.

Důkladná inventura dosavadního stavu ZIS vedla ke zpracování koncepce „Národního zdravotnického informačního systému“ (NZIS). Koncepce byla přijata a schválena Ministerstvem zdravotnictví v roce 1992 a v září téhož roku byl vydán nový statut „**Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky**“. Organizačně byly do ústavu začleněny regionální odbory (dřívější OZIS KÚNZ spolu s detašovanými pracovišti v okresech).

Od roku 1993 začíná nová etapa ústavu - etapa realizace NZIS. Organizačně bylo třeba vybavit všechna pracoviště výpočetní technikou a zajistit metodicky fungování všech organizačních článků ústavu.

V roce 1995 vstoupil v platnost nový zákon č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, který zavedl systém Programu statistických zjišťování na každý rok. Součástí Programu statistických zjišťování resortu zdravotnictví jsou výkazy o ekonomice zdravotnických zařízení, výkazy o činnosti ambulantních zařízení všech oborů, případně dalších zvláštních zařízení, dále o činnosti lůžkových zařízení, o činnosti hygienické služby, o přístrojovém vybavení zdravotnických zařízení a další.

V tomto roce ústav připravil jednotnou koncepci systému výkazů pro všechna zdravotnická zařízení, která je stále platná. Obsah výkazů prochází každoročně revizí. Všechny výkazy jsou koncipovány tak, aby byly dobře zpracovatelné elektronicky. Ke všem výkazům je vypracována podrobná metodika pro jejich vyplňování, včetně popisu datového rozhraní. Zdravotnická zařízení mohou předávat údaje jak na papírovém nosiči, tak v elektronické formě.

Vývoj výpočetní techniky umožnil výrazně zefektivnit práci v jednotlivých útvarech ústavu. Postupně bylo možno převést činnosti z okresů a krajů do centra s vyšší produktivitou práce a přesunem od mechanického zpracování informací k analytické práci. V průběhu let 1999 až 2002 tak byl snížen počet pracovišť ústavu z celkových 93 na 15 krajských pracovišť. V letech 2007–2008 po personálním a procesním auditu došlo k neúměrné redukci pracovníků ústavu a snížení počtu regionálních pracovišť na 4.

Významnou změnou prošla také činnost publikační a prezentační. Koncem devadesátých let byly zřízeny webové stránky ústavu a tak se prostřednictvím internetu mohou zdravotnická zařízení seznámit se svými povinnostmi vůči NZIS, ale i s výsledky z NZIS. Jsou zde vystavovány elektronické publikace, databáze krajských a okresních ukazatelů a další analytické materiály, zpracované za ČR nebo kraje. Webové stránky ústavu jsou k dispozici v českém a anglickém jazyce.

Zřizovací listina a Statut organizace z roku 2001 zakotvují ústav jako součást státní statistické služby v souladu se zákonem č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů. Při nakládání s osobními údaji v NZIS zajišťuje ústav úkoly správce a zpracovatele v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů. Ochrana individuálních a osobních dat je důležitou činností ústavu.

Základním účelem a předmětem činnosti ústavu je řízení a koordinace plnění úkolů NZIS, tj. především metodické, organizační a technické zajištění sběru dat ze zdravotnických zařízení, jejich zpracování a analýza, vedení Národních zdravotních registrů a publikování a po-

skytování informací uživatelům. Činnost ústavu je legislativně zakotvena v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. Od roku 2002 je ústav organizační složkou státu.

V průběhu roku 2002 začal zkušební provoz internetových aplikací Registru zdravotnických zařízení a Registru ekonomických výkazů. V současné době jde již o provoz rutinní, Registr zdravotnických zařízení je denně aktualizován, a tudíž dává v každém okamžiku reálný pohled na stav sítě zdravotnických zařízení.

Využívání stále dokonalejší výpočetní a komunikační technologie umožňuje ústavu zavádět kvalitativní změny ve způsobu sběru a zpracování dat. Od roku 2007 došlo k podstatné změně sběru dat do NZIS prostřednictvím Centrálního úložiště dat pro NZIS, které umožnilo další rozšíření elektronického sběru dat. Sběr dat je realizován prostřednictvím dvou webových portálů – Centrálního úložiště výkazů a Centrálního úložiště povinných hlášení. Ústav tak vytváří optimální podmínky k elektronickému sběru dat.

Podílí se i na přípravě a naplňování koncepce informatiky ve zdravotnictví a tvorbě Datového standardu, na tvorbě legislativních norem, které Ministerstvo zdravotnictví připravuje. Ústav úzce spolupracuje s Koordináčním střediskem pro resortní zdravotnické informační systémy (KSRZIS), které provozuje vybrané internetové aplikace Národních zdravotních registrů, jejichž správcem je ÚZIS ČR.

Ústav po celou dobu své existence velmi dobře spolupracuje s Českým statistickým úřadem. Tato spolupráce se v současné době rozvíjí mnoha směry, včetně přípravy legislativy a úkolů spojených se členstvím v EU.

Spolupráce se zahraničím neustále roste, zejména významnějším zapojováním se do mezinárodních projektů a aktivní účastí v mezinárodních týmech v oblasti informatiky a statistiky zaměřené na vybrané ukazatele zdravotního stavu obyvatelstva, ukazatele kvality poskytované péče, ukazatele o síti a činnosti zdravotnických zařízení, pracovnících a o ekonomice zdravotnických zařízení.

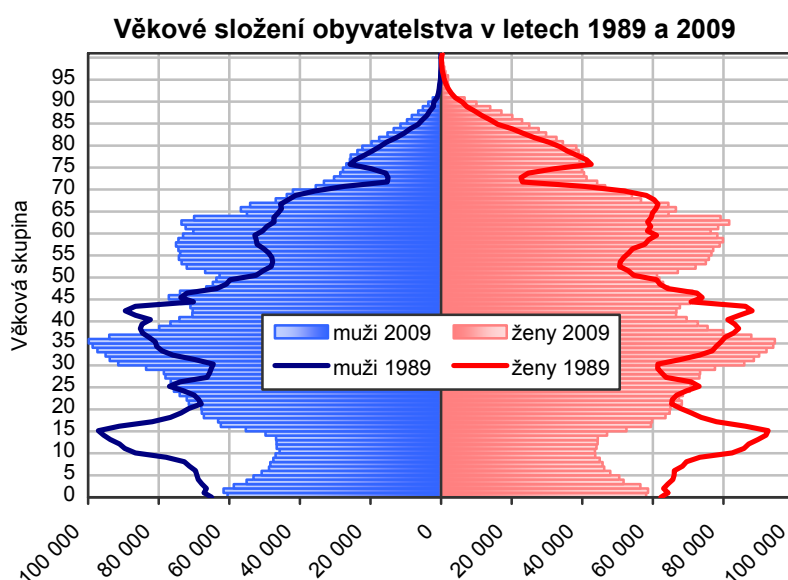
Mezi stálé úkoly ústavu patří zlepšování řízení a koordinace úkolů Národního zdravotnického informačního systému. Důležitou prioritou zůstává zlepšování služeb uživatelům při poskytování informací z NZIS, kontrola dat, zvyšování jejich kvality a využití při maximálním zajištění jejich ochrany. Všechny tyto činnosti ústav zajišťuje v těsné spolupráci s MZ, ČSÚ, ČLS JEP, KSRZIS a dalšími organizacemi.

## 2. Demografická situace a zdravotní stav

### 2.1. Demografická situace

V porovnání s rokem 1989 je dnešní počet obyvatel České republiky vyšší o necelých 145 tisíc. V průběhu sledovaného období byl po devítileté období, od roku 1994 do roku 2002, zaznamenán populační úbytek, který byl, s výjimkou roku 2001, způsoben výhradně přirozeným úbytkem. Následný přírůstek obyvatelstva (v letech 2003 až 2005) byl důsledkem pouze kladného migračního salda, přirozený přírůstek zůstával záporný. Obrat nastal v roce 2006, od kdy populace roste i přirozenou měnou.

Věkové struktura populace České republiky je značně nerovnoměrná, a to v důsledku celospolečenských událostí během celého minulého století. Výrazné nepravidelnosti jsou způsobeny zejména výkyvy v úrovni porodnosti. Dramatický pokles počtu narozených v 90. letech, až pod 90 tisíc, významně ovlivní budoucí vývoj porodnosti a věkové struktury.



Od roku 1989 obyvatelstvo České republiky výrazně zestárlo. Zatímco v roce 1989 činil podíl obyvatel ve věku 0–14 let 21,7 %, v roce 2000 představoval již 16,2 % a v roce 2009 pouze 14,2 %. Podíl obyvatel ve věku 65 let a více se zvyšoval pomalejším tempem než klesal podíl dětské složky populace. Bylo to v důsledku populačně slabších generací narozených v období 1. světové války a v období hospodářské krize v 30. letech minulého století. Za

období 1989–2009 se podíl seniorské složky populace zvýšil z 12,5 % na 15,2 %, tj. zhruba o 1/5 (u podílu dětí došlo ke snížení o více než 1/3). Hodnota indexu stárání, který dává uvedené populační složky do poměru, se každoročně zvyšovala z 57,4 v roce 1989 na 107,0 v roce 2009. Hranici 100, což znamená, že počet seniorů převýšil počet dětí, překročil index stárání poprvé v roce 2006. Průměrný věk dosáhl k 31,12. 2009 u mužů 39,1 let, u žen 42,1 a za obě pohlaví dohromady 40,6 let. Oproti roku 1989 se průměrný věk zvýšil u mužů o 4,7 roku, u žen o 4,4 roku a za obě pohlaví o 4,5 roku.

Výrazné změny nastaly v oblasti formování rodiny. Došlo k poklesu intenzity sňatečnosti a posunu vstupu svobodných osob do manželství do stále vyššího věku. V současné době uzavírají mladí lidé (muži i ženy) první sňatek o 7,4 roku později než v roce 1989. V roce 2009 činil průměrný věk při prvním sňatku pro muže 32,0 let, pro ženy 29,2 let. V roce 2009 byl uzavřen rekordně nízký počet sňatků, 47,9 tisíce, což představuje historické minimum od roku 1918 a zhruba poloviční počet v porovnání s rokem 1990. Vysoká úroveň rozvodovosti patří k negativním rysům populačního vývoje. Počet rozvodů se od roku 1989 drží, s výjimkou let 1991–1992 a 1999–2000, nad hranicí 31 tisíc. V roce 2009, poprvé po roce

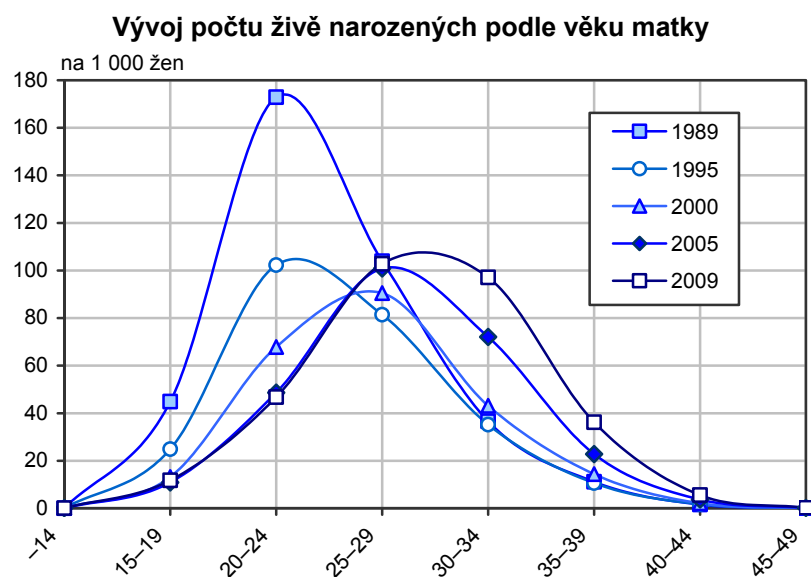


2000, počet rozvodů opět klesl pod 30 tisíc. Podíl manželství končících rozvodem v roce 1989 činil 37 %, v roce 2009 to bylo 47%.

Jedním z činitelů ovlivňujících úroveň přirozené měny obyvatelstva je porodnost. Ta dosáhla v 2. polovině 90. let minulého století a na přelomu tisíciletí historicky nejnižší úroveň. Počty živě narozených dětí klesly, ze zhruba 130 tisíc narozených ročně koncem 80. let minulého století, poprvé v roce 1995 pod hodnotu 100 tisíc a v roce 1999 nepřekročily 90 tisíc. V roce 2002 se dlouhodobý klesající trend otočil. To souviselo zejména s tím, že do věku nejvyšší plodnosti vstoupily populačně silné ročníky žen narozených v polovině 70. let. Tento rostoucí trend počtu živě narozených dětí pravděpodobně dosáhl svého vrcholu v roce 2008 (119,6 tisíce), v roce 2009 se narodilo již o 1,2 tisíce dětí méně.

Úhrnná plodnost, vyjadřující průměrný počet živě narozených dětí jedné ženě během jejího reprodukčního období, se na přelomu 80. a 90. let minulého století pohybovala kolem hodnoty 1,9. Po roce 1990 došlo k mimořádnému poklesu úrovně plodnosti, s minimem v roce 1999 (1,13). Po roce 2000 dochází k pomalému nárůstu úhrnné plodnosti a v roce 2006, poprvé po 12 letech, opět překročila hranici 1,3, považovanou za velmi nízkou úroveň. V roce 2009 připadalo na 1 ženu v reprodukčním věku 1,49 dětí.

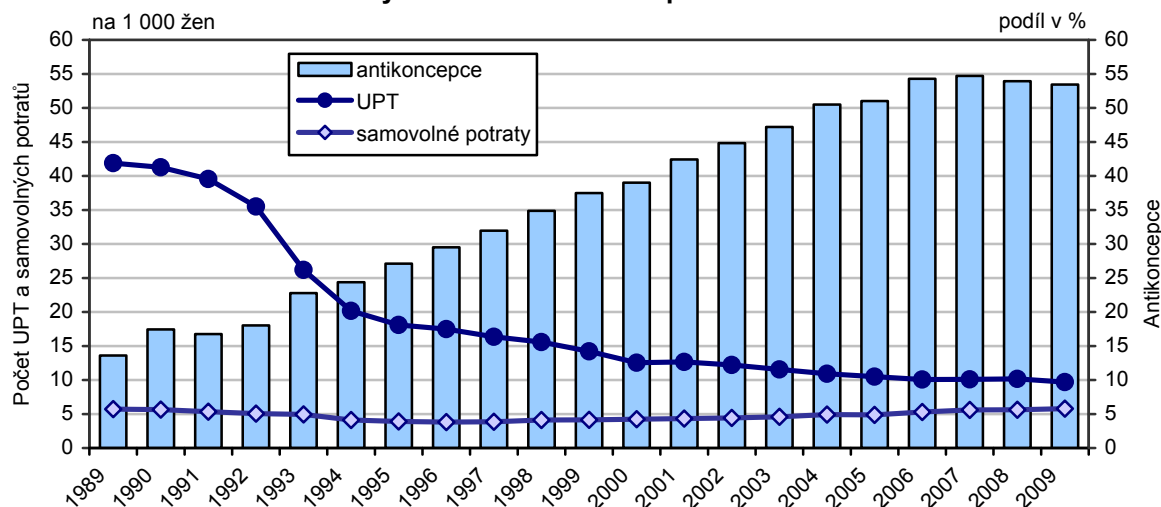
Do počátku 90. let 20. století přetrvával model časného rodičovství, plodnost se koncentrovala do nižších věkových kategorií žen. Na přelomu 80. a 90. let byl průměrný věk matek



při narození dítěte celkem (tj. bez rozlišení pořadí) 24,8 let, průměrný věk prvorodiček 22,5 let. Posun rození dětí do vyššího věku nastal v průběhu 90. let, v roce 2000 dosáhl průměrný věk matek 27,2 let, resp. 24,9 let, v roce 2009 již činil 29,4, resp. 27,4 let. Vysoký podíl dětí narozených mimo manželství je historicky novým fenoménem populačního vývoje u nás. V roce 1989 byl podíl živě narozených dětí mimo manželství 7,9 %, v roce 2000 již 21,8 % a v roce 2009 činil 38,8 %.

K charakteristickým rysům reprodukčního chování před rokem 1989 patřila vysoká úroveň potratovosti. Tato skutečnost souvisela s liberální legislativou (zákon č. 66/1986 Sb.) a nízkým rozšířením spolehlivé antikoncepce. Interrupce byly považovány za metodu antikoncepce ex-post. Liberalizace potratového zákona v roce 1986 přinesla v následujících 2 letech předpokládaný výrazný nárůst potratů, s maximem 129,3 tisíce potratů v roce 1988. Rokem 1989 začal dlouhodobý pokles, v 90. let velice výrazný, který se v období 2007 a 2008 zastavil. V roce 2009 byl celkový počet potratů 40,5 tisíce, což představuje oproti konci 80. let pokles o téměř 70 %. Pozitivní vývoj potratovosti souvisí s dostupností moderní antikoncepce, zatímco koncem 80. let 20. století lékařsky sledovanou antikoncepci užívala zhruba 1/5 žen ve věku 15–49 let, v roce 2000 již téměř 2/5 a od roku 2004 více než 1/2 žen.

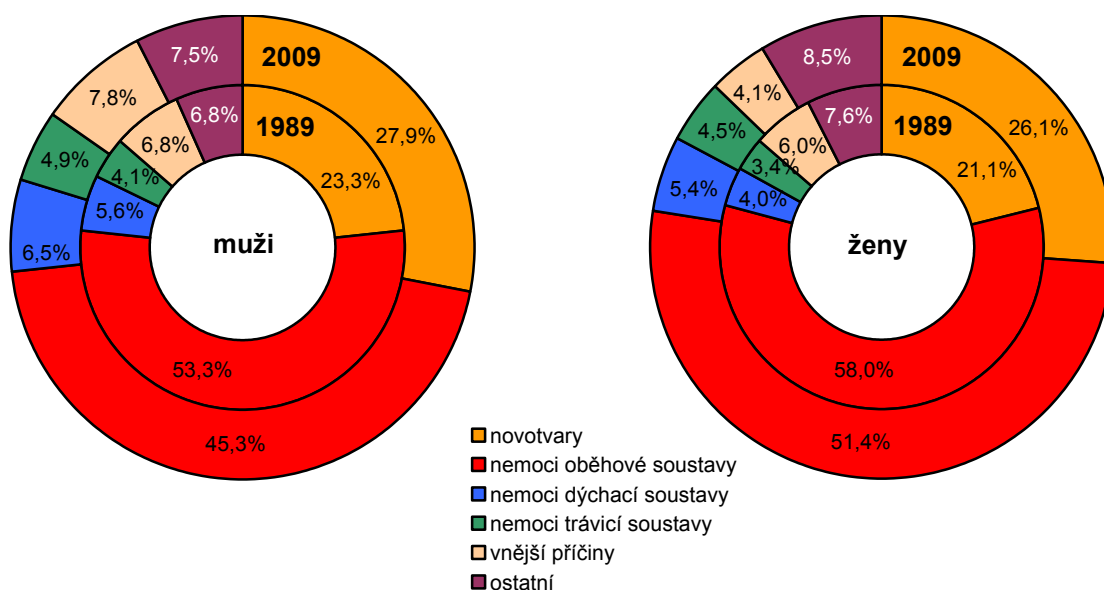
**Vývoj počtu UPT a samovolných potratů<sup>1)</sup>  
a užívání lékařsky sledované antikoncepce u žen ve věku 15–49 let**



<sup>1)</sup> Do roku 2000 potraty pouze za ženy s českou státní příslušností (tuzemky), od roku 2001 včetně potratů cizinek

K pozitivním rysům „polistopadového vývoje“ patří dále výrazný pokles úrovně úmrtnosti. Zatímco v roce 1989 zemřelo 128 tisíc osob, v roce 2000 již 109 tisíc a v letech 2006–2008 méně než 105 tisíc, v přepočtu na 1 000 obyvatel to představuje 12,3 úmrtí v roce 1990, 10,6 v roce 2000 a v poslední 4 letech 10,1–10,2. Výše uvedené ukazatele jsou ovlivněny věkovou strukturou obyvatelstva a neodráží reálnou intenzitu probíhajících změn. Skutečný rozsah změn zachycují standardizovaná úmrtnost a střední délka života podle věku. Porovnáme-li standardizovanou úmrtnost (tj. úmrtnost vztahenou ke standardní evropské neměnné věkové struktuře), která vliv věkové struktury eliminuje, je snížení výraznější. V období 1989–2009 došlo k poklesu u mužů z hodnoty 1 528,8 na 962,5 a u žen z 902,9 na 576,5 úmrtí na 100 000 mužů, resp. žen.

**Struktura standardizované úmrtnosti**



Velice pozitivní byl vývoj kojenecké úmrtnosti. V kojeneckém věku došlo k nejnámennějšímu poklesu intenzity úmrtnosti. Zatímco v roce 1989 umíralo před dosažením prvních narozenin 10 kojenců z 1 000 živě narozených, v roce 2000 to bylo 4,1 a 2,9 v roce 2009.

Syntetickým ukazatelem úmrtnostních poměrů je střední délka života (naděje dožití), která vyjadřuje očekávanou délku života při dosažení určité věkové hranice. Střední délka života

#### Vývoj střední délky života

Rok	Střední délka života							
	při narození		ve věku 15 let		ve věku 45 let		ve věku 65 let	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
1989	68,10	75,40	54,20	61,20	26,20	32,10	11,70	15,10
1995	69,70	76,60	55,60	62,40	27,60	33,30	12,70	16,00
2000	71,65	78,35	57,19	63,81	28,92	34,60	13,72	17,09
2005	72,88	79,10	58,32	64,48	29,89	35,19	14,38	17,55
2009	74,19	80,13	59,57	65,47	30,96	36,14	15,17	18,33

v dlouhodobém vývoji roste, tempo růstu po roce 1990 bylo ojedinělé. V letech 1989–2009 došlo k nárůstu střední délky života při narození u mužů o 6,1 roku, u žen o 4,7 roku. V roce 2009 měl novorozený chlapec naděje dožít se 74,2 let, novorozená dívka 80,1 let.

Demografické chování populace České republiky zaznamenalo v průběhu let 1989–2009 výrazné změny. V oblasti formování rodiny došlo k poklesu sňatečnosti a posunu vstupu do manželství do vyššího věku a ke zvýšení rozvodovosti. Výrazně se snížila úroveň porodnosti a plodnosti. Na druhé straně nastalo snižování úmrtnosti a s tím související prodlužování lidského života. V průběhu posledních dvaceti let česká populace výrazně zestárla.

*Demographic behaviour of the population of the Czech Republic in the period 1989–2009 exhibited marked changes. In the field of family formation it was a decrease of nuptiality, a shift towards higher age of the first marriage and an increase of the divorce rate. The levels of natality and fertility markedly decreased. On the other hand, the mortality rate started to diminish and the length of life started to increase. In the past two decades Czech population grew markedly older.*

**2.1 Demografické ukazatele - absolutní údaje**

	1989	1995	2000	2005	2009
1 Počet obyvatel k 31.12. celkem	10 362 102	10 321 344	10 266 546	10 251 079	10 506 813
2 ve věku 0-14 let	2 252 709	1 893 259	1 664 434	1 501 331	1 494 370
3 ve věku 15-64 let	6 817 371	7 055 805	7 179 109	7 293 357	7 413 560
4 ve věku 65 let a více	1 292 022	1 372 280	1 423 003	1 456 391	1 598 883
5 Narození celkem	128 881	96 397	91 169	102 498	118 667
6 v tom: živě	128 356	96 097	90 910	102 211	118 348
7 z toho: s por. hmotností do 2 500 g	6 651	5 267	5 296	6 870	9 023
8 mimo manželství	10 141	14 947	19 792	32 409	45 954
9 mrtvě	525	300	259	287	319
10 Potraty celkem <sup>1)</sup>	124 050	60 143	44 894	40 023	40 528
11 z toho: samovolné	14 689	10 397	10 972	12 245	14 629
12 UPT	107 403	48 286	32 530	26 453	24 636
13 Zemřelí celkem	127 747	117 913	109 001	107 938	107 421
14 v tom: muži	64 396	58 925	54 882	54 072	54 080
15 ženy	63 351	58 988	54 119	53 866	53 341
16 z toho: zemřelí do 1 roku	1 280	740	373	347	341
17 zemřelí do 28 dnů	886	475	231	206	194
18 Zemřelí podle příčin smrti - muži					
19 novotvary (C00-D48)	15 699	15 711	15 948	15 680	15 673
20 nemoci oběhové soustavy (I00-I99)	33 326	30 381	26 468	24 573	24 051
21 nemoci dýchací soustavy (J00-J99)	3 479	2 675	2 637	3 237	3 505
22 nemoci trávicí soustavy (K00-K93)	2 753	2 496	2 408	2 771	2 710
23 vnější příčiny (V01-Y98)	4 750	5 132	4 694	4 333	4 176
24 Zemřelí podle příčin smrti - ženy					
25 novotvary (C00-D48)	12 308	12 920	12 757	12 575	12 391
26 nemoci oběhové soustavy (I00-I99)	38 516	35 570	31 724	30 582	30 049
27 nemoci dýchací soustavy (J00-J99)	2 548	2 401	2 322	2 803	2 888
28 nemoci trávicí soustavy (K00-K93)	2 075	1 830	1 831	2 052	2 099
29 vnější příčiny (V01-Y98)	3 643	3 370	2 376	2 043	1 770
30 Přírozený přírůstek	609	-21 816	-18 091	-5 727	10 927
31 Přírůstek stěhováním	1 459	9 999	6 539	36 229	28 344
32 Celkový přírůstek	2 068	-11 817	-11 552	30 502	39 271
33 Střední délka života při narození					
34 muži	68,1	69,7	71,7	72,9	74,2
35 ženy	75,4	76,6	78,4	79,1	80,1

<sup>1)</sup> Do roku 2000 potraty pouze za ženy s českou státní příslušností, od roku 2001 včetně potratů cizinek

## 2.1 Demografické ukazatele - relativní údaje

	1989	1995	2000	2005	2009
36 Věková struktura obyvatelstva v % k 31.12.					
37 0-14 let	21,7	18,3	16,2	14,6	14,2
38 15-64 let	65,8	68,4	69,9	71,1	70,6
39 65 let a více	12,5	13,3	13,9	14,2	15,2
40 Index stáří	57,4	72,5	85,5	97,0	107,0
41 Narození					
42 živě narození na 1 000 obyvatel	12,4	9,3	8,8	10,0	11,3
43 % živě narozených					
44 s porod. hmotností do 2 500 g	5,2	5,5	5,8	6,7	7,6
45 mimo manželství	7,9	15,6	21,8	31,7	38,8
46 úhrnná plodnost	1,87	1,28	1,14	1,28	1,49
47 mrtvě narození na 1 000 narozených	4,1	3,1	2,8	2,8	2,7
48 Potraty na 1 000 žen ve věku 15-49 let <sup>1)</sup>	48,4	22,6	17,3	15,9	15,9
49 z toho: samovolné	5,7	3,9	4,2	4,9	5,8
50 UPT	41,9	18,1	12,5	10,5	9,7
51 Zemřelí na 1 000 obyvatel	12,3	11,4	10,6	10,5	10,2
52 v tom: muži	12,8	11,7	11,0	10,8	10,5
53 ženy	11,9	11,1	10,3	10,3	10,0
54 Kojenecká úmrtnost	10,0	7,7	4,1	3,4	2,9
55 Novorozenecká úmrtnost	6,9	4,9	2,5	2,0	1,6
56 Standardizovaná úmrtnost - muži	1528,8	1335,5	1161,5	1076,6	962,5
57 novotvary (C00-D48)	356,4	345,1	326,6	296,7	268,9
58 nemoci oběhové soustavy (I00-I99)	815,6	708,0	576,8	508,0	436,0
59 nemoci dýchací soustavy (J00-J99)	86,1	62,4	56,8	65,8	63,0
60 nemoci trávicí soustavy (K00-K93)	62,7	53,5	48,4	52,3	47,3
61 vnější příčiny (V01-Y98)	104,4	106,2	92,8	82,7	75,2
62 Standardizovaná úmrtnost - ženy	902,9	798,9	690,4	657,2	576,5
63 novotvary (C00-D48)	190,2	191,3	178,6	166,0	150,7
64 nemoci oběhové soustavy (I00-I99)	523,4	454,9	378,9	351,0	296,2
65 nemoci dýchací soustavy (J00-J99)	36,5	31,5	29,0	33,4	30,9
66 nemoci trávicí soustavy (K00-K93)	30,4	26,2	25,3	26,8	25,8
67 vnější příčiny (V01-Y98)	54,1	47,8	34,1	29,2	23,8
68 Přirozený přírůstek na 1 000 obyvatel	0,1	-2,1	-1,8	-0,6	1,0
69 Přírůstek stěhováním na 1 000 obyvatel	0,1	1,0	0,6	3,5	2,7
70 Celkový přírůstek na 1 000 obyvatel	0,2	-1,1	-1,1	3,0	3,7

<sup>1)</sup> Do roku 2000 potraty pouze za ženy s českou státní příslušností, od roku 2001 včetně potratů cizinek

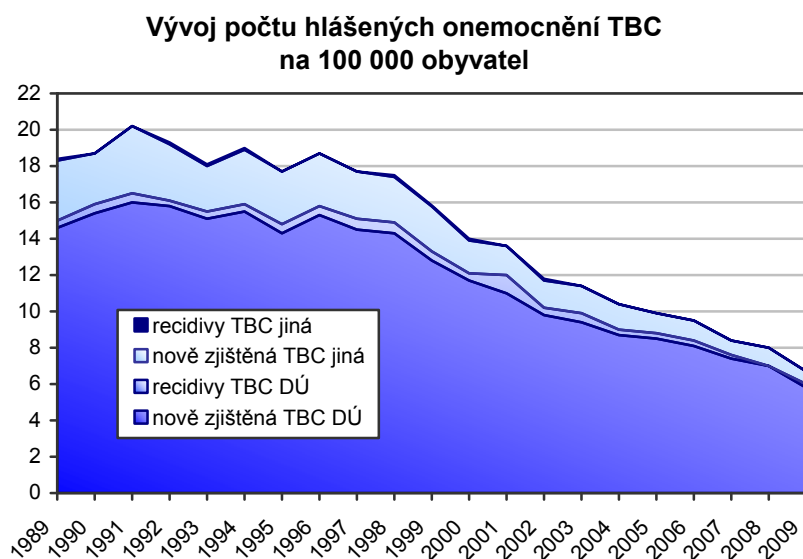
## 2.2. Zdravotní stav

Zdravotní stav obyvatelstva je ovlivněn mnoha faktory, které lze rozdělit do čtyř hlavních skupin: životní styl a životní úroveň, genetické a biologické dispozice, úroveň zdravotnictví a zdravotní péče a kvalita životního prostředí. Toto pořadí je obecně přijímané, liší se pouze názory, jakou váhu jednotlivé determinanty mají. Za nejvýznamnější faktor zdravotního stavu je považován životní styl.

V dnešní době již není zdravotní stav populace ohrožován ve větší míře infekcemi, jak to mu bylo v minulosti, stále však existují infekční nemoci, které jsou velmi závažné. Například virová hepatitida, TBC, pohlavní nemoci a zejména HIV/AIDS. Prevalence posledně jmenovaného onemocnění vykazuje vzestupný trend. Ke konci roku 1989 činil kumulativní počet HIV pozitivních v České republice (tuzemci a cizinci s trvalým pobytem) 93 osob, z toho u 16 infikovaných se rozvinulo onemocnění AIDS. V roce 2000 kumulativní počet HIV pozitivních stoupl na 501 (z toho 151 AIDS) a koncem roku 2009 na 1 344 (z toho 292 AIDS).

Velmi závažným infekčním onemocněním je tuberkulóza. Výskyt tohoto onemocnění má velice pozitivní trend. Již na přelomu 80. a 90. let minulého století bylo dosaženo hranice 20

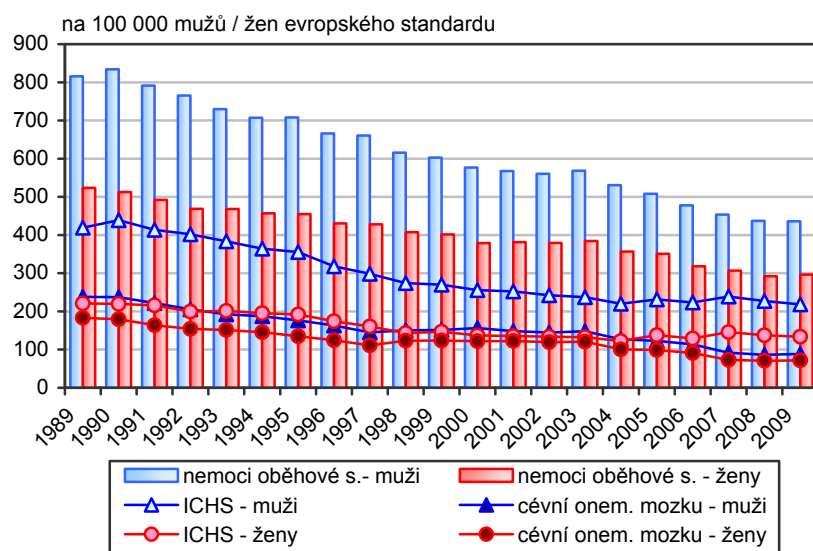
onemocnění na 100 tisíc obyvatel, což podle kritérií Světové zdravotnické organizace zařadilo ČR mezi země se zvládnutou TBC. Následný pokles v roce 2005 pod hodnotu 10 případů na 100 tisíc obyvatel znamená začlenění k zemím s nízkou incidencí TBC. V roce 2009 bylo dosaženo minima v celé sledované historii, bylo hlášeno 710 onemocnění, což je 6,8 případu na 100 tisíc obyvatel. Onemocnění je 2x častěji diagnostikováno u mužů než u žen.



Těžiště zdravotních problémů se přesunulo k tzv. civilizačním chorobám, ke kterým se řadí nemoci oběhové soustavy, zhoubné novotvary, diabetes mellitus, duševní poruchy a alergická onemocnění.

Nemoci oběhové soustavy jsou nejen nejčastější příčinou smrti, ale rovněž nejčastější příčinou hospitalizace. Vývoj úmrtnosti na toto onemocnění má od roku 1990 mimořádně příznivý trend. Rozhodujícím vlivem se zdá být synergický vliv zlepšení více faktorů, zejména změna životního stylu a hlavně výrazná změna poskytované zdravotní péče (nové léčebné postupy, zvýšený počet kardiologických operací, nové léky). Absolutní počty zemřelých na nemoci oběhové soustavy se snížily od roku 1989 o čtvrtinu. Standardizovaná úmrtnost, eliminující vliv věkové struktury, klesla od roku 1989 do roku 2009 u mužů z 815,6 na 436,0, u žen z 523,4 na 296,2.

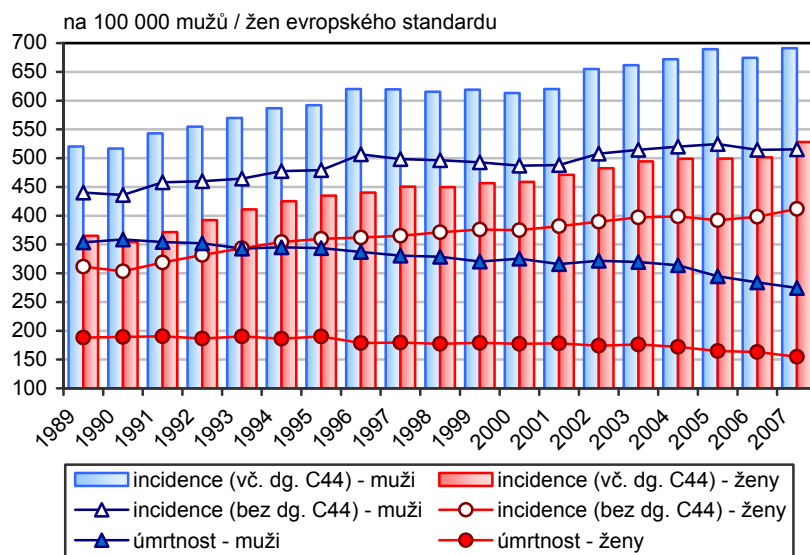
### Vývoj standardizované úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy



Údaje o výskytu těchto chorob v dospělé populaci jsou k dispozici od praktických lékařů pro dospělé, kteří ze svých registrovaných pacientů vykazují osoby dispenzarizované (praktickým nebo odborným lékařem) pro vybrané nemoci oběhové soustavy. Počet pacientů léčených pro hypertenzi trvale roste, v roce 2009 zhruba pětina registrovaných pacientů byli hypertonici, oproti cca 15 % na konci 90. let minulého století. Zhruba každý desátý pacient trpí ischemickou chorobou srdeční.

Velmi závažným a jedním z nejobávanějších onemocnění jsou novotvary. Jsou druhou nejčastější příčinou smrti a mají za následek zhruba každé čtvrté úmrtí. Vývoj počtu hlášených onemocnění zhoubným novotvarem vykazuje v dlouhodobém vývoji rostoucí trend. Koncem 80. let počet hlášených zhoubných novotvarů a novotvarů in situ (dg. C00–C97 a D00–D09, dále ZN)

### Vývoj standard. incidence ZN (C00–C97, D00–D09) a standard. úmrtnosti na ZN (C00–C97)

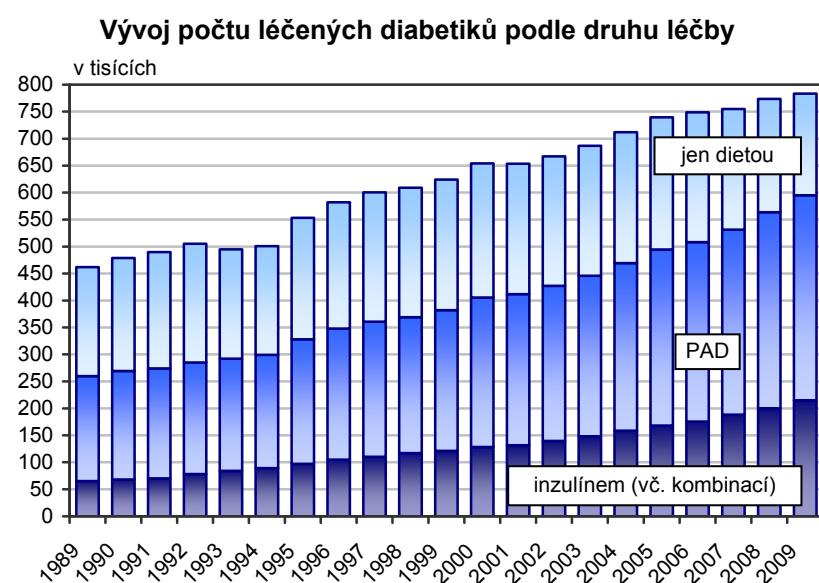


představoval zhruba 60 % současného stavu, bylo registrováno cca 45 tisíc nových případů zhoubných novotvarů, oproti 76 tisícům v roce 2007. Rostoucí počet hlášených novotvarů souvisí se stárnutím populace (riziko nádorového onemocnění se zvyšujícím se věkem stoupá), s vyšším výskytem karcinogenů a samozřejmě se zlepšením diagnostiky a existencí celoplošných onkologických screeningů. Pozitivní je, že úmrtnost tento negativní trend nekopíruje.

Nejčastěji diagnostikovaným novotvarem u mužů i žen je „jiný zhoubný novotvar kůže“ (dg. C44), ve většině případů je diagnózou s nízkou fatalitou. V roce 1989 se podílel na celkovém počtu zhoubných novotvarů 15 %, v roce 2007 již 25 %. Druhým nejčastějším ZN u mužů byl do roku 2004 ZN průdušnice, průdušky a plic (dg. C33–C34). Od roku 2005 jej na této pozici vystřídal ZN prostaty (dg. C61). Zatímco ZN průdušnice, průdušky a plic zrna-

menal ve sledovaném období pokles, počet hlášených ZN prostaty se více než ztrojnásobil. Tento rapidní nárůst lze vysvětlit jednak stárnutím populace, jednak prevencí (vyšetřování hodnot prostatického specifického antigenu, PSA, u starších mužů). Na dalším místě, co do četnosti, je ZN tlustého střeva (C18), s nárůstem oproti roku 1989 o 67 %. Nejčtenějším zhoubným onemocněním u žen (vyjma dg. C44) je ZN prsu (C50), s dlouhodobě rostoucím výskytem a nárůstem přes 80 % v letech 1989–2007, následuje ZN tlustého střeva. ZN průdušnice, průdušky a plic vykazuje u žen, na rozdíl od mužů, rostoucí trend a za sledované období se výskyt zhruba zdvojnásobil. Novotvar, který u obou pohlaví zaznamenává v dlouhodobém vývoji pokles, je ZN žaludku (C16), oproti roku 1989 cca o třetinu.

K nejčastějším civilizačním chorobám patří diabetes mellitus. Počet osob léčených pro toto onemocnění se každoročně zvyšuje. Ke konci roku 2009 bylo evidováno 783 tisíc diabetiků, což je o 70 % více než v roce 1989. Podíl léčených diabetiků na celkové populaci představoval 7,5 % v roce 2009, přičemž v roce 1989 to bylo 4,5 %.



Struktura léčby má trvalý trend, klesá podíl léčených pouze dietou a narůstá podíl pacientů léčených farmakologicky, tzn. perorálními antidiabetiky, inzulinem nebo jejich kombinací. V současné době je dietou léčena zhruba 1/4 diabetiků, oproti 44 % v roce 1989, naproti tomu inzulinem (vč. kombinace s PAD) je léčeno 27 % diabetiků, versus 14 % v roce 1989.

Nedílnou součástí zdravotního stavu je duševní zdraví. Počet osob, které vyhledaly psychiatrickou péči na ambulantních i lůžkových odděleních v dlouhodobém vývoji roste. Na ambulantních odděleních a pracovištích psychiatrie bylo v roce 2009 ošetřeno 483 tisíc pacientů. V porovnání s rokem 1989 to představuje nárůst o téměř 50 %. Ordinaci psychiatra vyhledávají častěji ženy než muži. Příčinou nárůstu počtu pacientů může být vedle zhoršování psychické kondice lidí, i větší odvaha navštívit při osobních problémech specialistu - psychiatra. Nejčastěji jsou pacienti léčeni s neurotickými poruchami a afektivními poruchami, následují organické duševní poruchy a schizofrenie. U všech uvedených diagnóz dochází k zvyšování počtu léčených pacientů. Oproti roku 1995 došlo k nejméně výraznějšímu nárůstu u afektivních poruch, na 2,5 násobek. Počet hospitalizací v psychiatrických lůžkových zařízeních (tj. v psychiatrických léčebnách a na psychiatrických odděleních nemocnic) se v posledních třech letech pohybuje kolem 57,5 tisíce, pro srovnání - do roku 1994 včetně nepřekročily 50 tisíc.

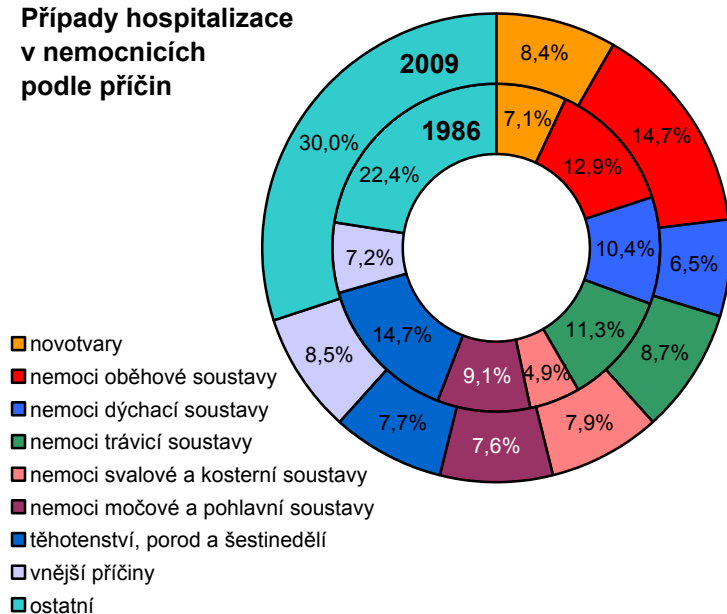
Dalším současným zdravotním problémem jsou alergie. Počet osob trpících nějakými projevy alergie se stále zvyšuje. Oproti roku 1995 se počet léčených pacientů v alergologických ordinacích více než zdvojnásobil, v roce 2009 bylo léčeno 889,4 tisíce alergiků. Nejčastějšími léčenými onemocněními bez ohledu na věk je pollinosa, v roce 2009 připadalo na



100 000 obyvatel 3 242 pacientů léčených pro toto onemocnění, v roce 1995 to byl zhruba poloviční počet (1 544 pacientů).

K základním zdrojům dat o nemocnosti patří Registr hospitalizovaných. Jde o statistiku, která podchycuje všechna těžší onemocnění, která nelze léčit ambulantně. Počet případů hospitalizace v nemocnicích v roce 1994 překročil 2 miliony případů ročně, s maximem 2 340 tisíc v roce 2005. V posledních 4 letech se pohybuje pod 2,3 milionu případů. V porovnání s rokem 1986 to představuje nárůst téměř o pětinu. Průměrná ošetřovací doba zaznamenává trvale klesající trend, v posledních 2 letech dosáhla hodnoty 6,9 dne, což oproti hodnotě v roce 1986 představuje zkrácení pobytu pacienta na nemocničním lůžku o 6,6 dne. Škála čtenějších kapitol diagnóz MKN-10 u hospitalizovaných pacientů je mnohem širší než u zemřelých. V roce 2009 bylo hospitalizováno 70 % pacientů na 8 nejčastějších kapitol diagnóz (nad 100 tisíc případů; bez kapitoly XXI. Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami).

**Případy hospitalizace v nemocnicích podle příčin**



Pro srovnání, na 5 nejčtenějších příčin smrti připadá přes 90 % úmrtí. V průběhu období 1986–2009 došlo ke změně struktury příčin hospitalizace. Z uvedených nejčastějších příčin zaznamenaly pokles podílu na celkovém počtu hospitalizací nemoci dýchací, trávicí, močové a pohlavní soustavy a těhotenství, porod a šestinedělí. Naproti tomu podíl vzrostl u novotvarů, nemocí oběhové soustavy, svalové a kosterní soustavy a u poranění a otrav.

Při sledování zdravotního stavu v dlouhodobém časovém úseku zaznamenáváme změny ve výskytu jednotlivých onemocnění. Přesto, že většina infekčních onemocnění přestala být celospolečenským problémem, i dnes existují závažné přenosné nemoci (např. TBC, virová hepatitida, HIV/AIDS), které vážně ohrožují zdravotní stav populace. Těžiště zdravotních problémů se přesunulo k tzv. civilizačním chorobám. Jejich výskyt v populaci v dlouhodobém vývoji roste. Nutno upozornit, že tento trend je ovlivněn mimo jiné stárnutím populace, a zejména u nádorových onemocnění lepšími diagnostickými možnostmi a screeningovými programy.

*Monitoring of the health status in long periods of time shows changes in prevalence of individual diseases. Although most infectious diseases no longer present social problems, some serious infectious diseases still exist (e.g. TB, viral hepatitis, HIV/AIDS) that seriously threaten health. The main health problems presently shift to the so-called civilisation diseases. Their prevalence in the population increases in long terms. It is necessary to bear in mind that this trend is influenced, among other factors, by the ageing of the population and particularly in oncologic diseases also by better diagnostic methods and screening programmes.*

## 2.2 Zdravotní stav

	1989	1995	2000	2005	2009	
1	TBC a vybrané infekční nemoci - hlášené případy na 100 000 obyvatel					
2	TBC dýchacího ústrojí (A15-A16, A19, J65)	15,1	14,8	12,1	8,8	6,0
3	Infekční střevní nemoci (A00-A09)	457,1	622,4	618,6	712,4	416,0
4	Virové hepatitidy (B15-B19)	41,8	19,6	19,3	17,5	23,7
5	Infekční mononukleóza (B27)	33,9	34,7	27,8	25,1	22,3
6	Zhoubné novotvary (ZN) - nově hlášené případy na 100 000 obyvatel - muži					
7	ZN celkem (C00-C97)	456,6	538,2	596,7	720,0	741,0 <sup>1)</sup>
8	ZN tlustého střeva (C18)	30,5	38,2	47,1	52,5	50,7 <sup>1)</sup>
9	ZN konečníku (C19+C20)	29,8	35,4	39,7	41,9	40,4 <sup>1)</sup>
10	ZN průdušnice, průdušky a plicí (C33+C34)	99,8	95,2	93,8	92,8	91,7 <sup>1)</sup>
11	zhoubný melanom kůže (C43)	7,5	11,4	14,6	17,9	19,7 <sup>1)</sup>
12	ZN prostaty (C61)	32,4	45,5	56,9	97,1	100,9 <sup>1)</sup>
13	Zhoubné novotvary (ZN) - nově hlášené případy na 100 000 obyvatel - ženy					
14	ZN celkem (C00-C97)	402,4	490,4	538,6	607,4	651,3 <sup>1)</sup>
15	ZN tlustého střeva (C18)	27,4	33,9	36,5	36,8	36,2 <sup>1)</sup>
16	ZN konečníku (C19+C20)	19,6	22,7	22,8	23,8	22,8 <sup>1)</sup>
17	ZN průdušnice, průdušky a plicí (C33+C34)	16,8	21,5	26,9	30,8	33,4 <sup>1)</sup>
18	zhoubný melanom kůže (C43)	8,3	13,0	13,6	17,7	19,4 <sup>1)</sup>
19	ZN prsu (C50)	66,8	86,1	94,4	105,5	123,2 <sup>1)</sup>
20	Počet případů hospitalizace v nemocnicích na 100 000 osob - muži					
21	Celkem	15 821,6 <sup>2)</sup>	18 067,4	18 520,4	20 493,3	19 150,5
22	Novotvary (C00-D48)	1 191,4 <sup>2)</sup>	1 643,7	1 762,6	1 966,3	1 806,8
23	Nemoci oběhové soustavy (I00-I99)	2 520,7 <sup>2)</sup>	3 091,9	3 390,0	3 711,4	3 389,7
24	Nemoci trávicí soustavy (K00-K93)	2 193,2 <sup>2)</sup>	2 143,4	2 120,6	2 123,1	1 923,1
25	Poranění a otravy (S00-T98)	1 708,4 <sup>2)</sup>	2 096,9	2 108,5	2 239,2	2 110,8
26	Počet případů hospitalizace v nemocnicích na 100 000 osob - ženy					
27	Celkem	21 042,1 <sup>2)</sup>	23 251,9	22 793,5	25 117,0	23 765,5
28	Novotvary (C00-D48)	1 412,1 <sup>2)</sup>	1 995,2	1 950,9	2 002,2	1 799,0
29	Nemoci oběhové soustavy (I00-I99)	2 276,8 <sup>2)</sup>	3 011,8	3 138,9	3 326,1	2 954,8
30	Nemoci trávicí soustavy (K00-K93)	1 990,3 <sup>2)</sup>	2 186,4	2 038,6	2 029,1	1 827,9
31	Poranění a otravy (S00-T98)	962,2 <sup>2)</sup>	1 281,4	1 344,8	1 589,9	1 535,9
32	Průměrná délka 1 případu hospitalizace v nemocnici ve dnech					
33		13,5 <sup>2)</sup>	9,5	8,1	7,4	6,9

<sup>1)</sup> Údaj za rok 2007<sup>2)</sup> Údaj za rok 1986

## 2.2 Zdravotní stav

	1989	1995	2000	2005	2009	
34	Ukazatele ze statistiky pracovní neschopnosti (PN)					
35	Průměrné procento PN	4,756	6,150	6,455	6,126	4,2
36	Případy PN na 100 nemocensky pojištěných	101,49	91,86	84,39	68,19	33,9
37	Průměrné trvání 1 případu PN	17,10	24,44	28,00	32,79	45,1
38	Počet léčených diabetiků na 100 000 obyvatel					
39	Celkem	4 456,5	5 350,4	6 371,8	7 212,0	7 455,4
40	v tom: jen dietou	1 950,7	2 175,7	2 422,0	2 387,1	1 791,5
41	PAD	1 880,7	2 237,6	2 701,0	3 185,8	3 616,0
42	inzulínem	570,8	794,0	964,0	1 131,9	1 258,1
43	inzulínem+PAD	54,3	143,1	284,8	507,2	789,8
44	Dispenzarizovaní u PL pro dospělé na 100 000 registrovaných pacientů					
45	Pro: hypertenzní nemoci (I10-I15)	.	.	16 291,0	18 999,4	21 018,1
46	ICHS (I20-I25)	.	.	10 429,5	10 587,4	9 911,6
47	cévní nemoci mozku (I60-I69)	.	.	3 314,5	3 479,5	3 307,2
48	Počet léčených pacientů v alergologických ordinacích na 100 000 obyvatel					
49	Celkem	.	3 850,4	6 120,3	8 855,2	8 477,2
50	z toho: pollinosa (J30.1)	.	1 543,9	2 497,2	3 187,7	3 241,8
51	stálá alergická rýma (J30.3)	.	790,5	1 108,6	1 483,9	1 587,1
52	Vrozené vady <sup>3)</sup> na 10 000 živě narozených					
53	Živě narození s vrozenou vadou	172,4	232,6	414,5	372,1	390,1 <sup>4)</sup>
54	Nově hlášené vrozené vady	213,6	283,4	591,4	520,2	550,8 <sup>4)</sup>
55	Vybraná duševní onemocnění - ambulantně léčení pacienti					
56	Organické duševní poruchy (F00-F09)	.	25 649	34 229	50 717	53 458
57	Schizofrenie (F20-F29)	.	28 849	35 586	41 135	41 223
58	Afektivní poruchy (F30-F39)	.	37 054	62 532	90 503	93 215
59	Neurotické poruchy (F40-F48, F50-F59)	.	95 412	133 079	177 673	192 668
60	Mentální retardace (F70-F79)	.	14 058	15 178	17 051	18 235
61	Pacienti užívající psychoaktivní látky evidovaní v psychiatrických ambulancích					
62	Pacienti užívající:					
63	alkohol	.	32 956	27 021	27 440	24 206
64	tabák	.	.	1 277	1 137	870
65	ostatní psychoaktivní látky	.	3 338	11 423	16 394	16 343

<sup>3)</sup> Vrozené vady zjištěné do 1 roku života dítěte; rok 1989 uveden podle roku nahlášení vrozené vady, roky 1995 a dále uvedeny podle roku narození dítěte

<sup>4)</sup> Údaj za rok 2008

## 2.3. EHIS, výběrová šetření o zdravotním stavu

Pro doplnění informací o zdravotním stavu v oblastech, které je obtížné pokrýt rutinní statistikou, se již tradičně od roku 1993 provádějí Výběrová šetření o zdravotním stavu populace typu HIS (Health Interview Surveys). Tato šetření se až do roku 2002 prováděla s tříletou periodicitou, poslední šetření bylo uskutečněno v roce 2008 (tedy s 6letým odstupem).

Vedle těchto šetření ÚZIS ČR realizoval několik jednorázových šetření, která zahrnovala i informaci o zdravotním stavu, jako např. Šetření o zdraví a vstřícnosti zdravotnických systémů (H&HSR), v roce 2003 Světové šetření o zdravotním stavu (World Health Survey) a v roce 2004 Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v ČR, která byla zaměřena zejména na užívání drog.

Šetření HIS ČR jsou realizována formou face-to-face rozhovoru tazatele s respondentem podle standardizovaného dotazníku, do kterého jsou odpovědi zaznamenávány. Výběr respondentů je náhodný, a to z centrálního registru obyvatel, tzn., že tazatelé mají předem jas-

### Počet respondentů dotazovaných v šetření (E)HIS

Rok	1993	1996	1999	2002	2008
Počet respondentů	1 600	3 396	2 356	2 476	1 955

ně určené konkrétní osoby (včetně adresy), které mají oslovit. Tazatelskou síť tvořili v minulých letech zejména zaměstnanci regionálních pracovišť ÚZIS ČR, v roce 2008 však byla organizace sběru dat odlišná (viz dále).

### 2.3.1. Dotazník (E)HIS

Obsah dotazníku v jednotlivých letech prošel řadou změn. Zatímco první šetření vycházela svým dotazovacím nástrojem z metodiky WHO (Health Interview Surveys: Towards international harmonisation of methods and instruments, WHO 1996), v roce 2002 byl dotazník upraven podle výsledků testovacího šetření EUROHIS, realizovaného v roce 2001 na vzorku 500 respondentů (Nosikov, A., Gudex, C.:EUROHIS, Developing common instruments for health surveys, WHO RO Europe, 2003). V dalších letech pak byla rozvoji metodologie šetření věnována značná pozornost v rámci EU. S potřebou harmonizace výsledků šetření a jejich srovnatelnosti v zemích EU byl vytvořen koncept Evropského výběrového šetření o zdravotním stavu (EHIS - European Health Interview Survey).

V zásadě však dotazník svým obsahem zahrnoval po celou dobu několik základních oblastí:

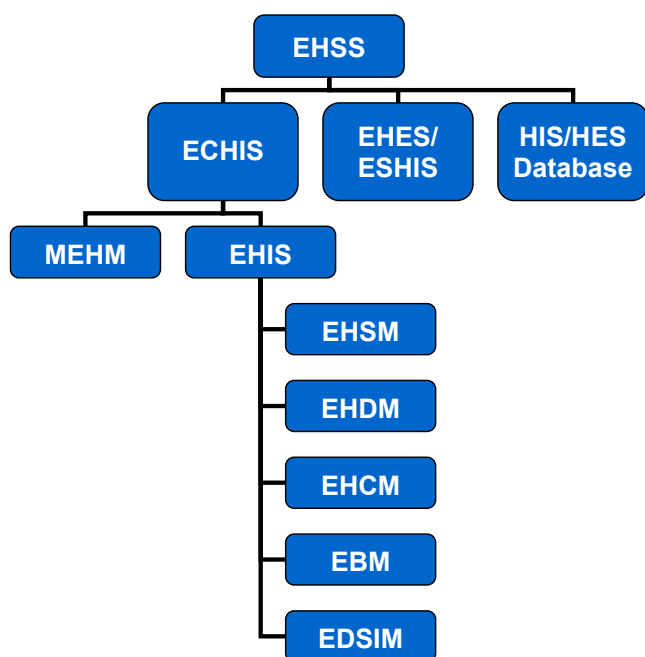
- zdravotní stav respondentů (subjektivní hodnocení, výskyt některých typů chronických onemocnění, dlouhodobé omezení aktivit ze zdravotních důvodů, duševní zdraví, sociální kontakty apod.),
- výskyt rizikových faktorů, životní styl (index tělesné hmotnosti, kouření, konzumace alkoholu, fyzická aktivita, stravování),
- hodnocení zdravotnického systému,
- základní socio-ekonomické a demografické charakteristiky.

Výraznější rozšíření dotazníku z hlediska obsahu zaznamenáváme v roce 2002, kdy byly zařazeny otázky na využívání zdravotní péče: hospitalizace, ambulantní péče, prevence, užívání léků. V letech 2003–2008 zaznamenal dotazník změny dle jednotné evropské metodiky

zejména z hlediska konceptu a formulace některých stávajících otázek, nově byly zařazeny otázky na životní prostředí respondenta, využití péče zdravotnických pracovníků nelékařů a alternativní medicíny a další.

### 2.3.2. Evropský systém šetření o zdraví (EHSS)

EHSS je systém harmonizovaných šetření o zdravotním stavu, který se rozvíjí od konce 90. let. Jeho cílem je poskytnout srovnatelná data o zdravotním stavu za členské země EU.



Jednou z jeho základních složek je právě EHIS, koncipovaný jako modulární šetření. Základem EHIS jsou 4 moduly - Evropský modul o zdraví (EHSM), Evropský modul o zdravotních determinantách (EHDM), Evropský modul o zdravotní péči (EHCM) a Evropský podkladový modul obsahující základní socio-demografické charakteristiky (EBM). Vedle těchto 4 modulů by měl být v budoucnosti součástí šetření také modul o disabilitě a sociální integraci (EDSIM).

Kromě šetření EHIS existuje také každoroční složka 3 otázek - tzv. Minimální evropský modul (MEHM) v šetření SILC, přičemž obě složky (SILC a EHIS) jsou maximálně harmonizovány.

Vedle Evropského základního systému výběrových šetření o zdraví (ECHIS - European Core Health

Interview Survey) je systém doplněn šetřeními typu HES (Health Examination Surveys) a Evropskými speciálními šetřeními zaměřenými na určitá témata (ESHIS). Velice přehledným nástrojem pro zhodnocení jednotlivých národních šetření je tzv. European Union Health Surveys Information Database - EUHSID, dříve jako HIS/HES databáze, která obsahuje konkrétní znění otázek (v národním a anglickém jazyce) za vybraná výběrová šetření, která se ke zdravotnímu stavu vztahují, včetně podrobných metodologických informací.

### 2.3.3. Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu v ČR 2008

Implementace Evropského šetření v České republice probíhala v několika vlnách již od roku 2005, kdy bylo nejprve připraveno a následně provedeno pilotní šetření modulu na zdravotní stav, ten byl v rámci grantu Eurostatu otestován na vzorku 780 respondentů. V dalším roce ÚZIS ČR navázal v rámci grantu Transition Facility 2004 překladem dalších modulů a testováním celého dotazníku, tentokrát na vzorku 154 respondentů. V roce 2007 v rámci dalšího grantu Eurostatu byly dokončeny přípravné práce a v roce 2008 bylo samotné šetření realizováno.

Šetření EHIS v ČR proběhlo v měsících červen–červenec a září–říjen roku 2008. Z původního výběru 4 000 respondentů se podařilo tazatelskou sítí pokrýt 3 825 osob, počet získaných rozhovorů byl 1 955. Tazatelskou sítí tvořili externí tazatelé ČSÚ, pracovníci regionálních pracovišť SZÚ a studenti vysokých škol.

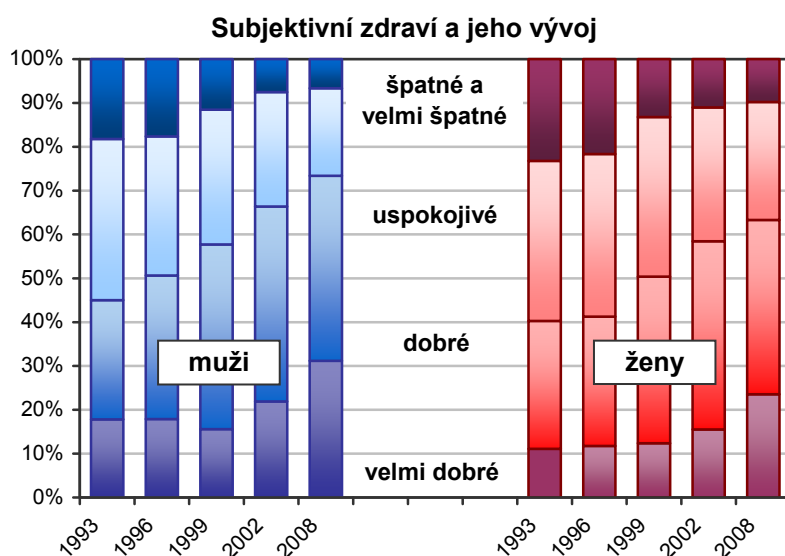
Šetření bylo z větší části financováno z prostředků Evropské komise, povinná národní spoluúčasť ve výši zhruba 40 % rozpočtu byla pokryta z prostředků MZ ČR.

### 2.3.4. Analýza, prezentace a využití výsledků

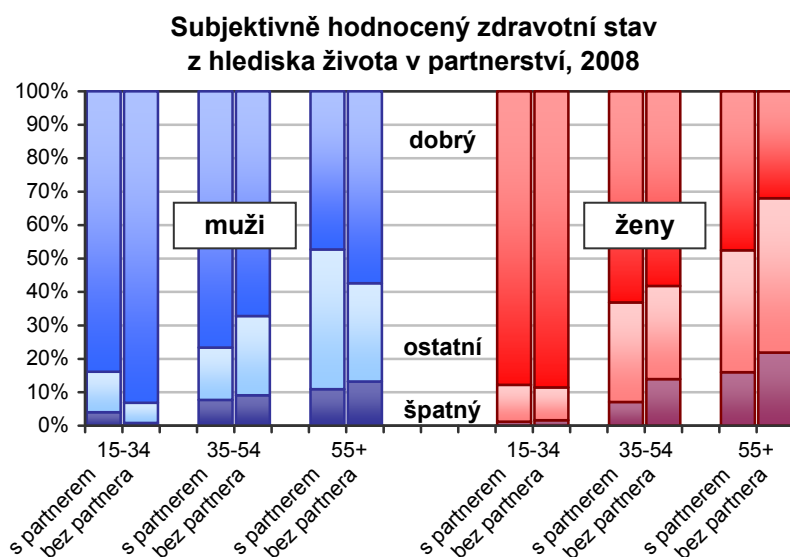
Výsledky jednotlivých šetření mají celou řadu využití. Data jsou jednak na národní úrovni prezentována formou analýz a publikací, vystavených na internetových stránkách ÚZIS ČR, využívána k přípravě podkladů pro potřeby formování zdravotnické politiky, ale i pro vědecké účely. Dále jsou data na mezinárodní úrovni předávána do nejrůznějších databází (např. Eurostat – New Cronos, WHO – HFA a OECD – Health data). Data ze šetření EHIS jsou také

velice významným zdrojem dat pro ECHIM (viz kapitola Mezinárodní aktivity).

V přílohové tabulce je prezentováno několik vývojových řad indikátorů, za které jsou za Českou republiku k dispozici srovnatelné údaje napříč jednotlivými šetřeními HIS CR. Jedná se zejména o subjektivní zdraví, Body Mass Index, kouření, konzumaci alkoholu, chronickou nemocnost a potíže se sebeobsluhou.



Subjektivně hodnocené zdraví se v posledních několika letech poměrně výrazně zlepšilo. Zatímco v roce 1993 hodnotilo své zdraví jako špatné 18 % mužů a 23 % žen, do roku 2008 se tento podíl snížil na 7% mužů, resp. 10 % žen. Naopak podíl osob hodnotících své zdraví



jako velmi dobré či dobré se zvýšil z 18 na 31 % u mužů a z 11 na 24 % u žen. Tento dlouhodobý trend směřující k pozitivnějšímu hodnocení vlastního zdraví patrně vypovídá zejména o změně přístupu respondentů k optimističtějšímu hodnocení vlastní pohody, jako je tomu v západních zemích.

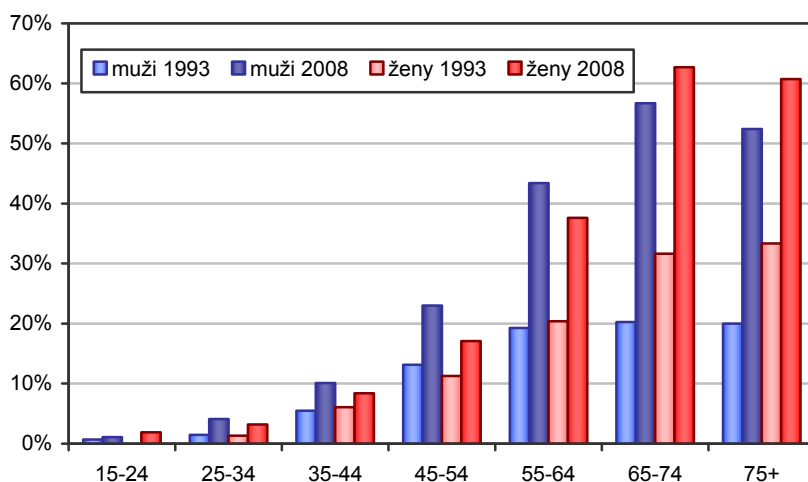
Výhodou šetření o zdravotním stavu je i to, že umožňují propojit informaci

o socio-demografických charakteristikách a o zdravotním stavu jedince. Tohoto přístupu bylo využito např. při analýze zdravotního stavu podle socio-demografických charakteristik, prezentované zástupci ÚZIS ČR na 39. Demografické konferenci České demografické společnosti.

Podle analýzy zaznamenáváme nejvýraznější rozdíly v subjektivním zdraví z hlediska života v partnerství (včetně nesezdaného) v nejmladší věkové kategorii mužů, kdy osoby bez partnera (zejména svobodní) vykazují lepší zdraví ve srovnání s osobami s partnerem a dále v nejstarší věkové kategorii žen, kdy ženy bez partnera (zejména ovdovělé ženy) vykazují výrazně horší zdraví ve srovnání se ženami v partnerství.

Hodnocení chronické nemocnosti je poněkud komplikovanější než zdraví subjektivně vnímané.

**Prevalence hypertenze podle věku a pohlaví, 1993 a 2008**

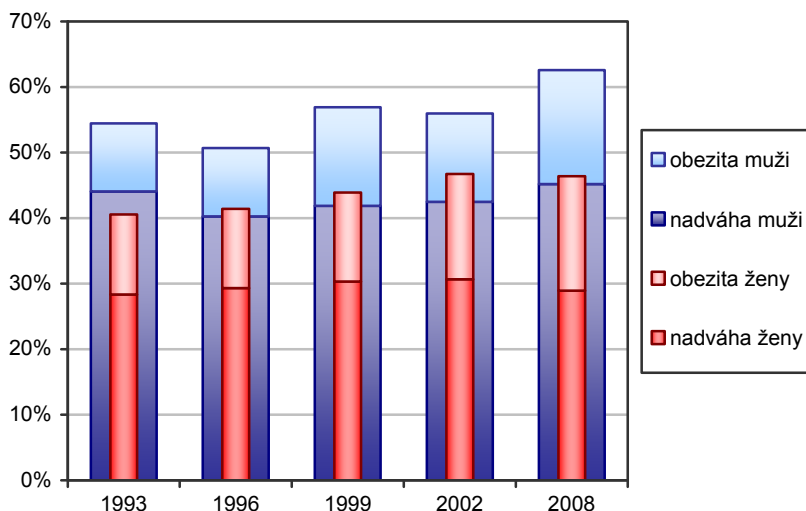


Srovnání napříč šetřeními velice závisí na tom, jak je konkrétní otázka formulována. Graf prezentuje vývoj prevalence hypertenze (v posledních 12 měsících před rozhovorem, resp. v současné době). Je zřejmé, že jak u mužů, tak u žen se od roku 1993 podíl osob s hypertenzí výrazně zvýšil. Zatímco v roce 1993 trpělo hypertenzí 9 % mužů a 12 % žen, v roce 2008 se podíl u obou pohlaví pohyboval

okolo 22 %. Mohlo by se zdát, že tento nárůst je způsoben stárnutím věkové populace, avšak graf ukazuje, že k nárůstu došlo ve všech věkových skupinách.

Vedle charakteristik zdravotního stavu a zdravotní péče šetření sleduje také výskyt faktorů ovlivňujících zdraví jedince, jako jsou např. životospráva a další.

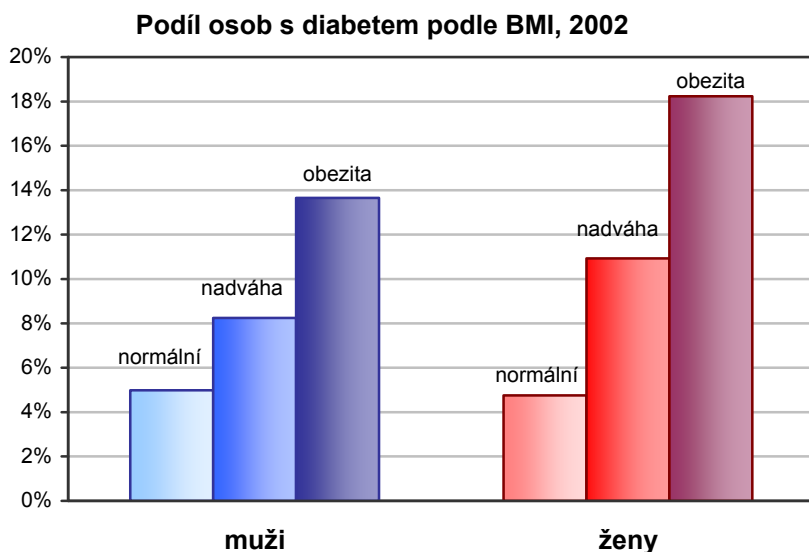
**Podíl osob s obezitou a nadváhou**



Takovou informaci poskytuje např. údaj o tělesné hmotnosti a výšce respondentů. Z těchto údajů se vypočítává tzv. Body Mass Index (v  $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Jeho hodnota je pak determinující pro určení, zda má daný člověk normální váhu ( $20\text{--}25 \text{ kg}/\text{m}^2$ ), příp. zda má nadváhu ( $25\text{--}30 \text{ kg}/\text{m}^2$ ) či je obézní ( $30+ \text{ kg}/\text{m}^2$ ).

V průběhu let se podíl osob s nadváhou či obezi-

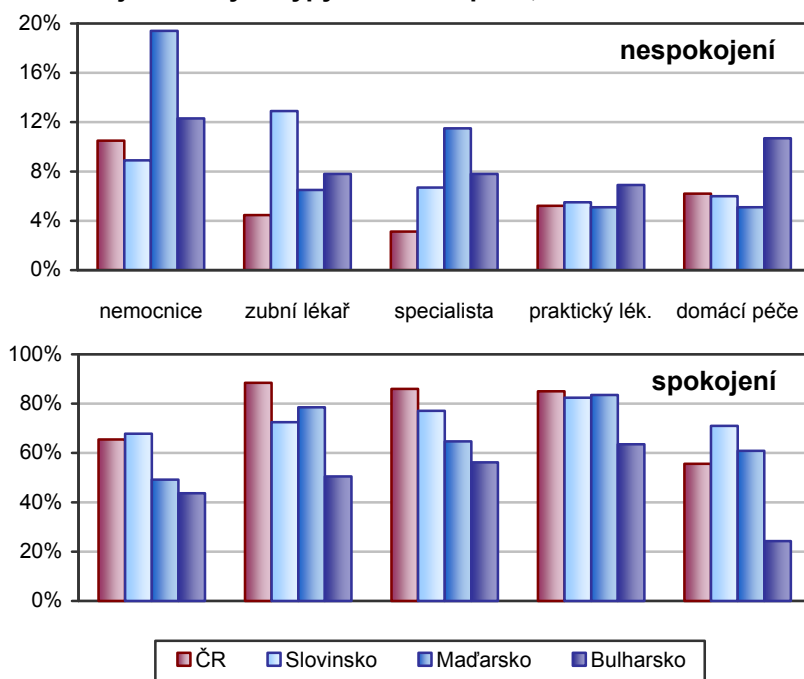
tu v české populaci zvýšil jak u mužů, tak u žen, a to zhruba o 15 %. V současné době je obézních zhruba 17 % mužů a žen, dalších 45 % mužů a 29 % žen však trpí nadváhou.



mezi 20 a 25 kg/m<sup>2</sup> (normální váha) činila prevalence diabetu okolo 5 %, osoby s nadváhou již vykazovaly 9,5 % a osoby obézní prevalenci 16,2 %. Ve srovnání s osobami s normální hmotností byla pravděpodobnost výskytu diabetu u obézních více než 3x vyšší. Rozdíl byl potvrzen jako statisticky významný i po očištění od vlivu věkové struktury, která se u jednotlivých sledovaných subpopulací různí. Vyšší prevalence diabetu byla prokázána i u osob trpících nadváhou ve srovnání s osobami s normální hmotností. Osoby s nadváhou vykazují prevalenci diabetu až 2x častěji. S rostoucím indexem tělesné hmotnosti se prevalence diabetu zvyšuje, a to ve všech věkových kategoriích.

Navíc je možné tyto informace propojit s charakteristikami zdravotního stavu. Tak byl například analyzován vztah mezi obezitou a výskytem diabetu na základě dat z výběrového šetření HIS CR 2002. Analýza diabetes mellitus a obezita, publikovaná v časopise Zdravotnictví v ČR 3/2006 ukazuje, že prevalence cukrovky je u obézních osob vyšší ve srovnání s populací s normální hmotností. Zatímco mezi osobami s BMI

**Podíl spokojených a nespokojených respondentů s jednotlivými typy zdravotní péče, EHIS 2007–2009**



Výběrová šetření typu HIS hrají významnou roli i v mezinárodním srovnání. V srpnu 2010 sice ještě nebyly k dispozici oficiální komparativní výstupy Eurostatu ze šetření EHIS, určité porovnání se však mohlo provést z dat, která ÚZIS ČR získal buď z internetu nebo od jednotlivých zemí, jenž za tímto účelem oslovil. Na základě toho se hodnotila spokojenost se zdravotní péčí ve vybraných zemích střední a východní Evropy.

Ze srovnání je patrné, že česká populace je s poskytováním zdravotní



péče relativně spokojena. Nejvíce jsou naši občané spokojeni s péčí stomatologů a lékařů specialistů, nejméně s nemocniční péčí. Nejnižší podíl spokojených vykazuje u všech typů péče Bulharsko, relativně vysoký podíl nespokojených má, zejména v případě nemocniční péče, také Maďarsko.

Výběrová šetření o zdraví provádí ÚZIS ČR od roku 1993, naposledy v roce 2008, kdy se jednalo o evropsky harmonizované šetření. Ze šetření lze získat celou řadu informací z jiných zdrojů nedostupných, jako je např. subjektivní hodnocení zdraví. To se mezi roky 1993 a 2008 výrazně zlepšilo, a to i přesto, že se v řadě ukazatelů mapujících objektivní zdraví situace zhoršila (např. nárůst prevalence hypertenze, nárůst podílu obézních). Vedle toho šetření umožňují sledovat provázanost zdravotních a socioekonomických charakteristik (např. horší zdraví u osob bez partnera), nebo např. vazbu zdravotního stavu a zdravotních determinant (provázanost mezi obezitou a diabetem). V neposlední řadě v současné době šetření umožňuje srovnání s ostatními zeměmi EU. Můžeme tak např. zhodnotit spokojenost se zdravotní péčí v ČR jako relativně vysokou ve srovnání s ostatními zeměmi bývalého východního bloku.

*Sample surveys on health are performed by IHIS CR since 1993, the latest, done in 2008, was already a harmonised European survey. The surveys allow us to obtain a large amount of information from sources that are otherwise not accessible, like e.g. subjectively perceived health. This particular indicator markedly improved between 1993 and 2008, in spite of the fact that many indicators mapping the objective health status showed deteriorating situation (e.g. in hypertension, increasing obesity). Besides that, the surveys allow us to investigate connections between health and the socio-economic characteristics (e.g. worse health of persons living without partners) or connections between actual health and the determinants of health (e.g. diabetes and obesity). Last but not least, at present the surveys also provide comparison with other EU countries. Thus we can e.g. evaluate satisfaction with health care as relatively high in comparison with other countries of the former eastern block.*

**2.3 Zdravotní stav - muži (údaje v %)**

	1993	1996	1999	2002	2008
1	Subjektivní zdraví				
2	17,8	17,9	15,6	21,9	31,2
3	27,2	32,8	42,1	44,5	42,2
4	36,8	31,7	30,8	26,1	20,0
5	18,2	17,6	11,5	7,5	6,6
6	Index tělesné hmotnosti (BMI)				
7	3,8	2,8	4,7	3,9	2,8
8	41,8	46,5	38,4	40,2	34,6
9	44,1	40,3	41,9	42,5	45,2
10	10,4	10,4	15,0	13,4	17,4
11	Kouření				
12	20,7	19,7	18,4	21,5	16,8
13	11,2	12,6	11,5	9,3	13,2
14	8,8	8,3	8,7	6,6	7,6
15	15,3	14,9	17,0	18,5	20,0
16	43,9	44,4	44,5	44,1	42,5
17	Alkohol v posledních 12 měsících				
18	90,7	88,1	88,1	89,1	91,2
19	Užití marihuany				
20	x	x	6,5	7,2	18,9
21	x	x	2,8	3,5	5,3
22	Chronická nemocnost				
23	8,6	12,9	11,8	15,2	22,4
24	5,6	5,6	6,9	5,1	5,8
25	2,3	2,9	2,6	6,1	3,2
26	7,0	6,6	3,7	3,0	2,9
27	Potíže se sebeobsluhou				
28	7,0	9,4	6,6	5,4	6,1
29	Kvalita života				
30	x	x	10,5	16,1	21,0
31	x	x	43,2	56,9	59,9
32	x	x	41,1	22,9	16,9
33	x	x	5,1	4,1	2,2

## 2.3 Zdravotní stav - ženy (údaje v %)

	1993	1996	1999	2002	2008
33	Subjektivní zdraví				
34	11,1	11,8	12,4	15,5	23,5
35	29,1	29,5	38,0	42,9	39,8
36	36,5	37,1	36,4	30,5	26,9
37	23,2	21,7	13,2	11,0	9,8
38	Index tělesné hmotnosti (BMI)				
39	11,5	11,1	12,9	11,8	13,1
40	48,0	47,5	43,2	41,5	40,5
41	28,3	29,3	30,3	30,7	28,9
42	12,2	12,1	13,6	16,1	17,5
43	Kouření				
44	18,0	16,1	15,7	15,8	15,1
45	3,4	4,1	1,6	2,3	4,3
46	8,7	8,5	6,5	5,5	8,2
47	6,1	5,7	6,7	7,7	13,6
48	63,9	65,6	69,5	68,8	58,7
49	Alkohol v posledních 12 měsících				
50	77,8	74,6	72,9	71,9	77,1
51	Užití marihuany				
52	x	x	3,7	4,1	11,9
53	x	x	1,7	1,5	4,0
54	Chronická nemocnost				
55	11,6	14,2	15,2	21,3	22,5
56	5,8	7,2	6,7	7,8	6,4
57	7,2	10,2	7,2	13,9	10,9
58	3,8	4,2	4,1	2,6	2,7
59	Potíže se sebeobsluhou				
60	9,6	14,0	9,8	9,6	11,6
61	Kvalita života				
62	x	x	10,4	14,1	20,8
63	x	x	37,5	56,9	51,7
64	x	x	46,4	24,7	23,0
65	x	x	5,7	4,3	4,6

## 3. Zdravotnické služby

### 3.1. Síť

Zdravotnictví České republiky prošlo po roce 1989 transformací od státem řízeného a z daní financovaného systému k modelu všeobecného zdravotního pojištění, kde hlavní odpovědnost za financování a organizaci zdravotní péče převzaly zdravotní pojišťovny.

Až do roku 1990 existovala v České republice síť zdravotnických zařízení, která byla vybudovaná na přísně územní třístupňové struktuře (republika, kraj, okres). Veškerá zdravotnická zařízení byla státní, léčebně preventivní péče byla, až na malé výjimky ve stomatologické péči, poskytována bez přímých plateb a financována státem ze všeobecných daní. Finanční prostředky byly Ministerstvem financí převáděny na krajské a okresní národní výbory, které odpovídající rozpočtové částky distribuovaly ústavům národního zdraví ve své působnosti. Ministerstvo zdravotnictví řídilo zdravotnictví metodicky prostřednictvím hlavních, krajských a okresních odborníků pro jednotlivé obory.

Hned po politických změnách v roce 1989 byly pod patronací Ministerstva zdravotnictví zahájeny práce na vypracování návrhu nového systému zdravotní péče:

Hlavní principy této koncepce byly následující:

- stát bude garantovat adekvátní zdravotní péči všem občanům,
- zdravotní péče bude poskytována v konkurenčním prostředí,
- občan bude mít právo svobodné volby lékaře a zdravotnického zařízení,
- monopolní postavení státního zdravotnictví bude odstraněno, zdravotní péče pro veřejnost bude poskytována bez ohledu na typ vlastnictví zdravotnického zařízení (státní, obecní, církevní, privátní),
- základním prvkem veřejného zdravotnictví bude samostatné zdravotnické zařízení s vlastní právní subjektivitou,
- těžištěm léčebné péče bude péče ambulantní (zejména primární),
- zdravotnictví bude financováno z více zdrojů (státní rozpočet, zdravotní pojištění, prostředky obcí, podniků, obyvatel, atd.),
- nedílnou součástí systému zdravotní péče bude povinné zdravotní pojištění.

Koncem roku 1990 byl tento návrh schválen a jeho realizací bylo pověřeno Ministerstvo zdravotnictví. V souladu s vládním usnesením byly koncem roku 1990 zrušeny krajské ústavy národního zdraví a zařízení v nich sdružená přešla až na výjimky pod přímé vedení Ministerstva zdravotnictví.

V roce 1991 vstoupila v platnost vyhláška MZ ČR č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi, která legalizovala decentralizaci okresních ústavů národního zdraví v menší, ekonomicky samostatné celky (právní subjekty). Tento proces byl zhruba ukončen v 1. čtvrtletí roku 1992.

V souladu s návrhem nového systému zdravotní péče byl novelizován koncem roku 1991 zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu zákonem č. 548/1991 Sb.

Od 1.1.1992 nabyl účinnosti zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění a zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. S účinností od 1.7.1992 byl přijat zákon č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, vnášející do zdravotního pojištění konkurenční prostředí. Přijetí nedokonalé legislativy se projevilo nejprve rychlým nárůstem počtu zdravotních pojišťoven až na 27 v roce 1992. Bez jakékoliv regulace a kontroly ze strany státu se však brzy ocitly ve značných finančních potížích. To vedlo ke krachu a následnému zániku některých pojišťoven, případně ke sloučení s jinými, finančně úspěšnějšími. Postupně se počet fungujících zdravotních pojišťoven zredukoval na současných devět.

V prvních třech letech existence zdravotních pojišťoven byla poskytnutá léčebná péče financována výkonovými platbami, což vedlo k honbě za body a ke značnému plýtvání finančními prostředky. Od roku 1997 přešly zdravotní pojišťovny u praktických lékařů pro děti, dorost a dospělé na kapitační platby za každého registrovaného pacienta a na zálohové platby odvozené od minulého období v lůžkové péči. Výkonový (regulovaný) systém zůstal zachován jen u ambulantních specialistů.

Privatizace zdravotnictví byla v České republice zahájena v druhé polovině roku 1992 přijetím zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči poskytované v nestátních zdravotnických zařízeních. Rozbíhala se z počátku velmi nesměle a týkala se v první fázi jen malého počtu samostatných ambulantních ordinací, v lůžkové péči pak malých soukromých porodnic. K výraznějšímu posílení privátního sektoru došlo až v roce 1993.

Zahájení privatizace vedlo k rychlému nárůstu počtu zdravotnických zařízení. Zatímco v roce 1989 jich bylo evidováno necelých 8 tisíc, do konce roku 1993 stoupl jejich počet nad 17 tisíc, do roku 2000 pak na 25 tisíc. V roce 2009 bylo v České republice bezmála 28 tisíc zdravotnických zařízení, ve kterých pracovalo téměř 45 200 lékařů a 106 800 zdravotnických pracovníků nelékařů s odbornou způsobilostí (ZPBD).

Výraznější změny se nevyhnuly ani lůžkové péči. Od začátku roku 2003, kdy podle zákona č. 290/2002 Sb. přešlo do kompetence krajů 82 okresních nemocnic, bylo do konce roku 2004 převedeno na akciové společnosti (jediným akcionářem kraj) celkem 17 zařízení. Hlavní příčinou snah o převody byla vysoká zadluženost původně okresních nemocnic. Převody krajských, později městských nemocnic, na obchodní společnosti pokračovaly i v následujících letech. V roce 2009 bylo takovýchto nemocnic v České republice celkem 52.

V současné době pracuje v privátních zdravotnických zařízeních přes 69 % lékařů a 58 % ZPBD. Z celkového počtu lůžek je v privátních zařízeních zhruba 54 %. Měřeno úvazky lékařů byla ambulantní péče již z více než 81 % poskytována v zařízeních soukromých.

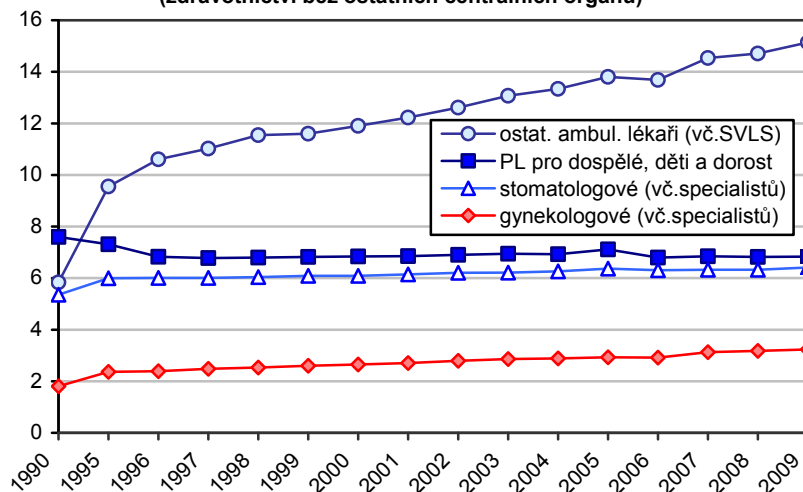
### 3.1.1. Ambulantní péče

Na začátku devadesátých let připadalo na 10 000 obyvatel necelých 20 ambulantních lékařů, v roce 2000 to bylo již 27 ambulantních lékařů. I v posledních letech docházelo k nárůstu počtu ambulantních lékařů, nicméně nárůst nebyl tak dramatický. V roce 2009 připadalo na 10 000 obyvatel necelých 31 ambulantních lékařů.

Personální zabezpečení ambulantní péče vykazovalo trvale rostoucí trend. K výraznému nárůstu ambulantních lékařů došlo v důsledku privatizace a financování zdravotní péče formou výkonových plateb ze zdravotního pojištění zejména v letech 1992 až 1997. Specializovaná ambulantní péče vázaná do té doby převážně na nemocnice se začala přelévat do samostatných ordinací lékařů specialistů, kteří částí úvazku zůstávali zaměstnání

v nemocnicích a současně zahájili provoz soukromé praxe. Docházelo tak ke zdvojení ambulantních služeb, duplicitnímu poskytování ambulantní péče včetně laboratorních vyšetření a v konečném výsledku ke zvyšování výdajů na ambulantní péči. Po změně financování léčebné péče ze strany zdravotních pojišťoven (kapitační a zálohové proplácení léčby) se podařilo nárůst soukromých praxí zpomalit. V současné době je ambulantní péče zprivatizována z více než 80 %, primární péče téměř ze 100 %.

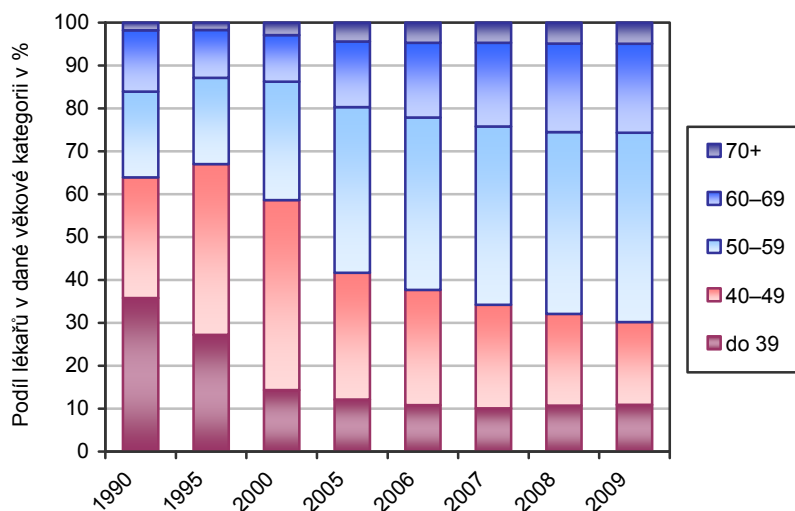
**Ambulantní lékaři na 10 000 obyvatel**  
(zdravotnictví bez ostatních centrálních orgánů)



V primární péči o děti, dorost a dospělé připadalo v roce 1989 na 1 lékaře cca 1 400 obyvatel. Na této hodnotě se ukazatel udržuje s malými výkyvy do současnosti a to i přesto, že podíl primárních lékařů na počtu ambulantních lékařů dlouhodobě klesá ve prospěch ambulantních specialistů. Přesto všechno lze konstatovat, že zajištění primární péče je v České republice dlouhodobě stabilní. Jako výrazný problém se však jeví stárnutí lékařů primární péče.

V roce 1989 připadalo na 1 obyvatele zhruba 15 ambulantních ošetření za rok. Takováto návštěvnost se držela po celou dobu transformace zdravotnictví. Česká republika se tak po celých 20 let řadí mezi země s nejvyšším počtem návštěv ambulantních lékařů na obyvatele.

#### Vývoj věkového složení praktických lékařů pro dospělé



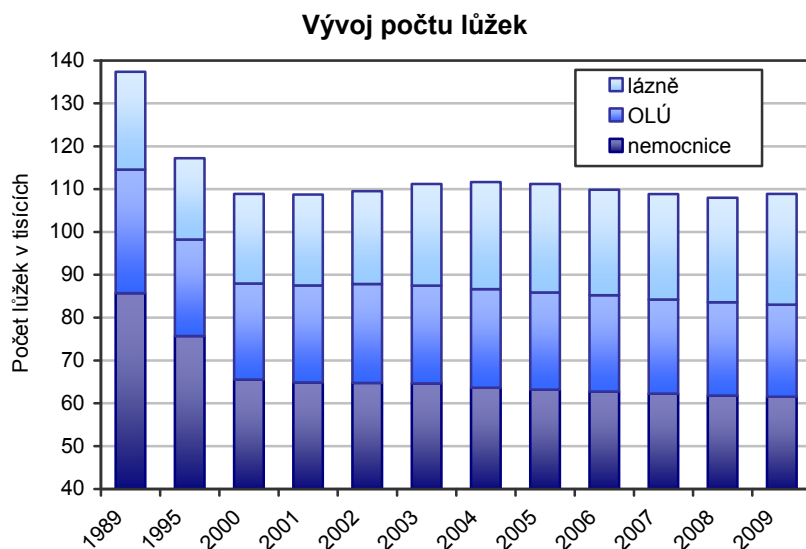
V letech 2008 a 2009 se tento ukazatel nepatrně snížil a na jednoho obyvatele ČR připadalo zhruba 13 ambulantních ošetření/vyšetření. Přestože se jedná stále o vysoké číslo, je patrný klesající trend. Lze se domnívat, že za tímto snížením stojí zavedení tzv. regulačních poplatků. Po roce 1993 (od zahájení privatizace) se rozšířila nabídka ambulantních služeb v ČR i o tzv. domácí zdravotní péči, která umožňuje dlouhodobě nemocným pacientům nebo akutním pacientům po kratší hospitalizaci léčit se v domácím prostředí. Dostupnost této péče je však dosud velmi nerovnoměrná, nicméně se rok od roku zvyšuje počet klientů, kteří služeb agentur domácí zdravotní péče využívají a lze předpokládat, že do budoucna bude o tyto služby stále větší zájem.

### 3.1.2. Lůžková péče

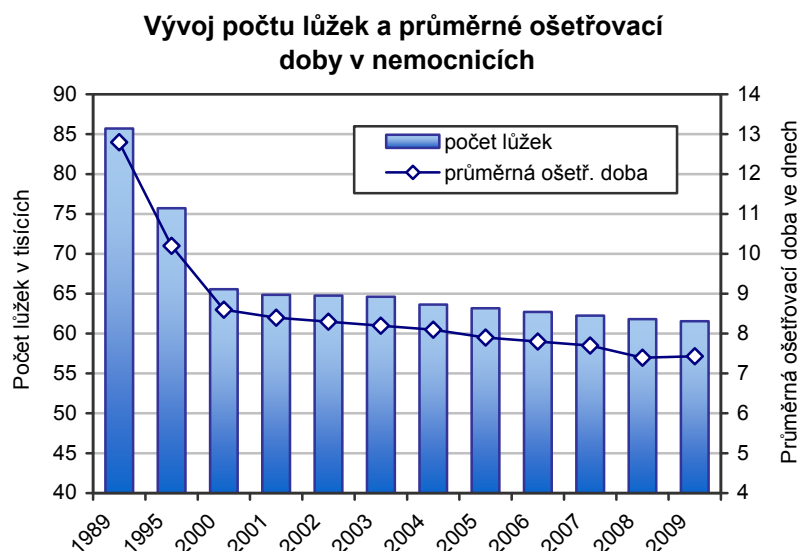
Na počátku devadesátých let připadalo na 10 000 obyvatel zhruba 133 lůžek (z toho 83 v nemocnicích, 28 v odborných léčebných ústavech a 22 v lázních).

Následně, v letech 1990 až 2000, kapacita lůžkových zařízení klesala, výrazně v nemocnicích, mírnější pokles zaznamenaly odborné léčebné ústavy, s výjimkou lázní. Regulovaný pokles nemocničních lůžek byl započat v polovině roku 1997 (zahájena výběrová řízení na poskytování akutní lůžkové péče). Stanoveným cílem byla relace 5 lůžek akutní péče na 1 000 obyvatel. Uvolněná lůžková kapacita byla převáděna ve prospěch ošetrovatelské následné péče, jejíž potřeba v důsledku stárnutí populace rostla. Výběrová řízení byla postavena na analýze průměrné délky hospitalizace a využívání lůžkové kapacity. Pouhá redukce lůžek však nepřinesla snížení nákladů a v polovině roku 1998 byla výběrová řízení pozastavena. Přesto došlo v průběhu deseti let k poklesu počtu lůžek a to zejména v nemocnicích. V roce 2000

připadalo na 10 000 obyvatel 109 lůžek (v tom 66 bylo v nemocnicích, 22 v odborných léčebných ústavech a necelých 22 lůžek v lázních). Tento trend pak pokračoval i po roce 2000, i když v daleko mírnější formě. Ke konci roku 2009 připadalo na 10 000 obyvatel ČR necelých 106 lůžek (v tom 60 v nemocnicích, necelých 21 v odborných léčebných ústavech a 25 v lázních). Od roku 1989 do roku 2009 tak lůžková kapacita nemocnic klesla o 26 %. Zároveň byl zaznamenán trend převodu lůžkové kapacity ve prospěch ošetrovatelské následné péče u malých (co do počtu lůžek), případně ztrátových zařízeních. S ohledem na stárnutí populace ČR lze navíc předpokládat, že trend nárůstu počtu ošetrovatelských lůžek na úkor lůžek akutních bude pokračovat i do budoucna.



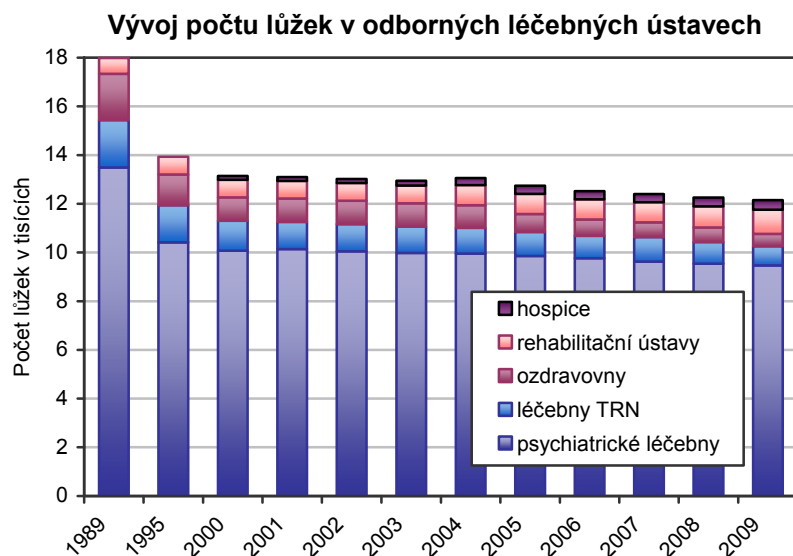
V roce 2000 připadalo na 10 000 obyvatel 109 lůžek (v tom 66 bylo v nemocnicích, 22 v odborných léčebných ústavech a necelých 22 lůžek v lázních). Tento trend pak pokračoval i po roce 2000, i když v daleko mírnější formě. Ke konci roku 2009 připadalo na 10 000 obyvatel ČR necelých 106 lůžek (v tom 60 v nemocnicích, necelých 21 v odborných léčebných ústavech a 25 v lázních). Od roku 1989 do roku 2009 tak lůžková kapacita nemocnic klesla o 26 %. Zároveň byl zaznamenán trend převodu lůžkové kapacity ve prospěch ošetrovatelské následné péče u malých (co do počtu lůžek), případně ztrátových zařízeních. S ohledem na stárnutí populace ČR lze navíc předpokládat, že trend nárůstu počtu ošetrovatelských lůžek na úkor lůžek akutních bude pokračovat i do budoucna.



Průměrná ošetrovací doba na nemocničních lůžkách dlouhodobě klesá. Nejvýraznější pokles byl zaznamenán mezi roky 1990 až 2000, kdy se průměrná ošetrovací doba zkrátila o více než 4 dny z 12,8 na 8,7 dne. I v dalších letech však pokračoval trend snižování průměrné ošetrovací doby, který je bezesporu výsledkem rozvoje stále no-

vých moderních léčebných postupů. V roce 2009 činila průměrná ošetrovací doba v nemocnicích 7,4 dne.

O téměř 27 dnů se za posledních dvacet let snížila i průměrná ošetrovací doba v odborných léčebných ústavech. Nejdramatičtější pokles byl zaznamenán u psychiatrických léčeben a ozdravoven. Dlužno dodat, že ozdravovny jsou vůbec nejméně využívaným lůžkovým zdravotnickým zařízením. Již od počátku 90. let docházelo nejprve k omezování počtu lůžek v ozdravovnách, posléze i k jejich uzavírání. Důvody stále nižšího využití dětských ozdravoven plynou patrně ze stále nižšího zájmu rodičů o ozdravné pobyty a patrně také z nedostatečné nabídky služeb ze strany dětských lékařů.



Od roku 1996 začaly v České republice vznikat nová zařízení - hospice, která se zaměřila na péči o pacienty v preterminálním nebo terminálním stadiu onemocnění. Základem léčby je léčba paliativní (zmírňující) a minimalizující bolest, dále pak dokonalá ošetrovatelská péče o nemocného z hlediska zabezpečení potřebných ošetrovatelských výkonů, z hlediska výživy a hygienické péče, při respektování ošetrovatelského procesu,

zaměřeného na zkvalitnění života nemocného. Během 13 let vzniklo na území ČR celkem 15 hospiců, s celkovým počtem 398 lůžek, které jsou zastoupeny v 11 ze 14 krajů.

### Sociální a pobytové služby

Kraj	2007				2009			
	počet zařízení	počet lůžek	počet klientů	počet ošetrovacích dnů	počet zařízení	počet lůžek	počet klientů	počet ošetrovacích dnů
Hl. m. Praha	5	68	221	16 437	8	99	249	28 830
Středočeský	5	67	98	8 008	7	84	170	15 504
Jihočeský	3	19	20	876	6	69	88	16 182
Plzeňský	7	54	153	15 596	10	231	452	85 597
Karlovarský	3	57	48	7 737	3	60	72	13 732
Ústecký	4	61	114	17 533	7	111	212	28 418
Liberecký	3	9	15	1 770	3	9	25	2 216
Královehradecký	1	14	14	5 110	2	30	27	7 186
Pardubický	-	-	-	-	5	87	160	22 910
Vysočina	4	20	99	7 866	4	56	178	21 669
Jihomoravský	5	26	59	2 398	5	39	93	9 002
Olomoucký	2	56	128	17 390	2	63	157	22 895
Zlínský	2	34	85	7 758	2	54	134	17 116
Moravskoslezský	5	126	286	27 371	9	208	650	63 753
Česká republika	<b>49</b>	<b>611</b>	<b>1 340</b>	<b>135 850</b>	<b>73</b>	<b>1 200</b>	<b>2 667</b>	<b>355 010</b>



V roce 2006 vstoupil v platnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Na jeho základě ÚZIS ČR sleduje od roku 2007 údaje o tzv. sociální hospitalizaci. Během tří let došlo k nárůstu počtu zařízení sociální pobytové služby ze 49 na 73. Počet lůžek i klientů se zdvojnásobil, objem poskytnuté péče se téměř ztrojnásobil (nárůst počtu ošetrovacích dnů ze 136 tis. na 355 tis.)

Změny, kterými prošlo zdravotnictví v ČR v průběhu posledních dvaceti let, se odrazily jak v lůžkové a ambulantní péči, tak ve struktuře sítě zdravotnických zařízení. V důsledku privatizace došlo k rychlému nárůstu počtu zdravotnických zařízení. Změny, které postihly lůžkovou péči, se týkaly zejména nemocnic a jejich transformace na akciové společnosti. Personální zabezpečení ambulantní péče vykazovalo trvale rostoucí trend, specializovaná ambulantní péče se přesunula z nemocnic do samostatných ordinací lékařů specialistů.

S ohledem na stárnutí populace byl zaznamenán nárůst počtu zcela nových zdravotnických zařízení, které se zaměřují zejména na seniory (agentury domácí zdravotní péče, hospice), ale i nárůst počtu ošetrovatelských lůžek v nemocnicích a odborných léčebných ústavech.

Zajištění primární péče v České republice lze považovat za dlouhodobě stabilní, výrazným problémem se ovšem stává stárnutí lékařů primární péče. Česká republika se stále řadí k zemím s nejvyšším počtem ambulantních ošetření na obyvatele. Ke snížení tohoto ukazatele by mělo přispět mimo jiné zavedení tzv. regulačních poplatků.

*The changes in health care in the CR in the past twenty years occurred both in the institutional and out-patient care as well as in the structure of the network of health establishments. As a consequence of privatisation the number of health establishments rapidly increased. The changes in bed care concern mainly hospitals and their transformation into commercial companies. The numbers of personnel in out-patient care showed a steadily increasing trend, specialised out-patient care moved from hospitals to independent offices of physicians-specialists.*

*With regard to population ageing, increasing numbers of entirely new health establishments focused mainly on care for seniors were registered (home care agencies, hospices) and also increasing numbers of nursing beds in hospitals and in specialised therapeutic institutes.*

*Provision of primary health care in the Czech Republic may be considered stable in long terms, a marked problem arises in ageing of physicians in primary care. The Czech Republic still belongs to the countries with the highest numbers of out-patient examinations/treatments per one inhabitant in Europe. Reduction of this indicator should be achieved, besides other measures, by implementation of regulation fees for consultation.*

## 3.1 Síť a činnost zdravotnických zařízení

	1989	1995	2000	2005	2009
<b>1 Počet zdravotnických zařízení celkem</b>	7 723	23 631	25 405	27 488	27 959
2 v tom: nemocnice	161	216	211	195	191
3 z toho: nemocnice následné péče	.	.	21	26	28
4 odborné léčebné ústavy	170	162	160	163	154
5 z toho: léčebny dlouhodobě nemocných	90	74	75	73	69
6 léčebny TBC a resp. nemocí	13	10	11	9	9
7 psychiatrické léčebny	20	21	21	20	20
8 ozdravovny	22	20	14	10	7
9 hospice	.	.	6	13	15
10 lázeňské léčebny	89	55	63	84	86
11 samostatná ambulantní zařízení celkem	5 649	20 825	22 364	23 863	24 236
12 z toho: primární péče - samostatné ordinace	.	12 623	13 009	13 174	13 071
13 v tom: pro dospělé	.	4 127	4 403	4 484	4 432
14 pro děti a dorost	.	2 124	2 124	2 095	2 033
15 stomatologa	.	5 331	5 403	5 414	5 416
16 gynekologa	.	1 041	1 079	1 181	1 190
17 samostatné ordinace lékaře specialisty	.	4 442	5 252	6 349	6 753
18 Kojenecké ústavy a dětské domovy	50	43	39	37	34
19 Dětská centra a stacionáře	23	66	55	46	33
20 Jesle a další dětská zařízení	1 445	207	65	54	46
21 Stacionáře pro dospělé	.	16	20	39	36
22 Zařízení lékárenské péče	2 153	1 399	1 897	2 646	2 813
<b>23 Počet lékařů celkem (přepočtený počet)</b>	33 989,33	36 348,26	38 329,97	40 802,48	45 185,08
24 z toho: nemocnice celkem	8 474,32	14 804,55	15 438,34	16 495,41	18 852,83
25 z toho: nemocnice následné péče	.	.	102,10	169,28	231,04
26 odborné léčebné ústavy	816,49	925,21	971,50	1 182,61	1 312,05
27 z toho: léčebny dlouhodobě nemocných	251,81	209,43	228,79	324,40	382,95
28 léčebny TBC a resp. nemocí	59,15	62,89	68,50	43,55	43,26
29 psychiatrické léčebny	383,13	429,76	455,45	510,32	550,92
30 ozdravovny	10,01	9,55	5,17	4,82	3,43
31 hospice	.	.	7,83	22,34	32,91
32 lázeňské léčebny	524,70	299,94	337,06	336,72	326,33
33 samostatná ambulantní zařízení celkem	22 332,31	18 974,32	20 399,80	21 832,20	23 299,76
34 z toho: samostatné ordinace - primární péče	.	12 662,00	13 159,30	13 557,41	13 872,14
35 v tom: pro dospělé	.	4 136,21	4 421,38	4 540,85	4 604,93
36 pro děti a dorost	.	2 052,45	2 095,12	2 080,88	2 044,88
37 stomatologa	.	5 559,83	5 635,58	5 822,80	6 011,07
38 gynekologa	.	913,51	1 007,22	1 112,88	1 211,26
39 samostatné ordinace lékaře specialisty	.	3 596,07	4 964,96	6 019,20	6 837,38

## 3.1 Síť a činnost zdravotnických zařízení

	1989	1995	2000	2005	2009
<b>40 Počet lůžek celkem</b>	138 086	117 263	112 303	113 131	111 201
41 v tom: nemocnice celkem	86 399	75 662	67 457	65 022	62 992
42 z toho: nemocnice následné péče	.	.	1 591	2 367	2 358
43 odborné léčebné ústavy	28 865	22 566	22 667	22 874	21 704
44 léčebny dlouhodobě nemocných	8 697	6 203	6 713	7 345	7 000
45 léčebny TBC a resp. nemocí	1 940	1 510	1 300	987	791
46 psychiatrické léčebny	13 494	10 366	10 075	9 858	9 467
47 ozdravovny	1 901	1 265	964	734	505
48 hospice	.	.	158	335	398
49 lázeňské léčebny	22 822	19 000	22 179	25 235	26 505
<b>50 Hospitalizovaní na 10 000 obyvatel</b>					
51 z toho: nemocnice celkem	1 779,1	1 993,8	1 964,1	2 168,7	2 060,3
52 z toho: nemocnice následné péče	.	.	9,8	13,0	13,2
53 odborné léčebné ústavy celkem	107,1	106,4	125,9	137,3	127,3
54 z toho: léčebny dlouhodobě nemocných	32,3	21,6	31,5	36,0	36,0
55 léčebny TBC a resp. nemocí	10,5	9,8	8,5	7,3	5,2
56 psychiatrické léčebny	36,2	35,7	39,5	40,5	37,2
57 ozdravovny	11,7	12,1	10,4	7,2	3,4
58 hospice	.	.	1,4	2,3	3,3
<b>59 Průměrná ošetrovací doba celkem</b>					
60 nemocnice celkem	12,8	10,2	8,7	8,0	7,4
61 nemocnice následné péče	.	.	50,7	59,7	55,7
62 odborné léčebné ústavy	78,0	62,8	53,9	52,2	51,4
63 léčebny dlouhodobě nemocných	79,5	88,0	67,1	65,0	59,0
64 léčebny TBC a resp. nemocí	47,5	44,3	40,2	36,3	40,9
65 psychiatrické léčebny	108,9	88,7	79,3	79,4	80,7
66 ozdravovny	45,0	26,0	20,4	20,1	20,2
67 hospice	.	.	32,7	36,4	30,3
<b>68 Počet ošetření/vyšetření v ambulanci péči vč. LSPP</b>					
69 absolutně (v tisících)	158 517,5	154 753,1	151 728,8	156 002,4	136 907,4
70 na 1 obyvatele	15,3	15,0	14,8	15,2	13,0
71 z toho: praktický lékař pro dospělé	57 847,6	55 222,6	52 459,2	50 579,9	39 097,1
72 praktický lékař pro děti a dorost	.	22 339,9	16 490,6	14 548,1	12 554,6

**Poznámky**

Do počtu lázeňských léčen a lékařů v láních je v roce 1989 započítán i Výzkumný ústav balneologický.

Jesle jsou v roce 1989 včetně mikrojeslí.

Zařízení lékárenské péče jsou včetně výdejen zdravotnických prostředků a výdejen léčiv. V roce 1989 pak včetně laboratoří pro kontrolu léčiv, výdejen léků (vedených lékárníkem nebo lékařem).

Ambulantní zařízení i lékaři v ambulantních zařízeních jsou v roce 1989 včetně SVLS.

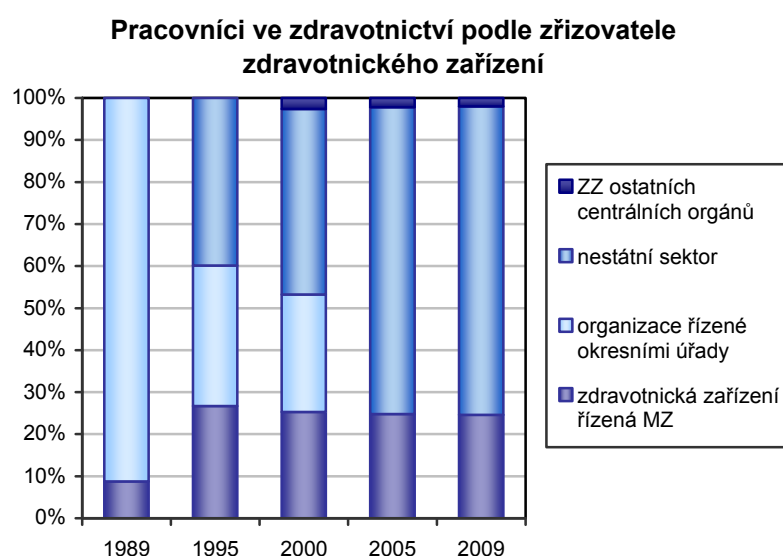
U odborných léčebných ústavů nejsou v roce 1989 hospitalizovaní, ale přijatí pacienti.

Počet ošetření/vyšetření u praktických lékařů pro děti a dorost v letech 1995–2005 - odhad.

### 3.2. Pracovníci, mzdy a vzdělávání ve zdravotnictví

Po roce 1990 procházelo zdravotnictví významnými strukturálními změnami, což se promítlo i do počtu a struktury osob v něm pracujících. Hospodářské organizace řízené MZ (kromě lázní) přešly do jiných odvětví národního hospodářství. Postupně docházelo k privatizaci a vzniku nových zdravotnických zařízení, zejména v ambulantní a lékárenské sféře. Další významný přesun pracovníků mezi státním a nestátním zdravotnickým sektorem nastal od 1. 1. 2003 po zrušení okresních úřadů a převod jimi spravovaných zdravotnických zařízení na kraje, města nebo obce.

V roce 2009 pracovalo ve zdravotnictví téměř 247 tisíc pracovníků (přepočtených na plné úvazky). Po poklesu a následné stagnaci v 90. letech minulého století následoval od roku 2001 mírný nárůst celkového počtu pracovníků a to i s přihlédnutím k metodickým odlišnos-



tem v prezentovaných údajích. Od roku 2000 jsou v údajích zahrnuta i zdravotnická zařízení ostatních centrálních orgánů, tj. ministerstev obrany, vnitra, dopravy a spravedlnosti, přičemž pracovníci v těchto zařízeních tvoří asi 2–3 % ze všech pracovníků ve zdravotnictví, a od roku 2002 jsou dále započítáváni i smluvní pracovníci, tj. pracovníci jiní než zaměstnanci v pracovním poměru, kteří tvoří asi 2 % všech pracovníků.

Zmiňovaný celkový pokles pracovníků v 90. letech byl způsoben zejména výrazným poklesem počtu nezdravotnických pracovníků, a to o téměř 40 % a tento pokles pokračoval i nadále. Počet odborných pracovníků ve zdravotnictví ve většině skupin pracovníků po celé období naopak rostl. Mezi roky 1989 a 2009 se zvýšil počet zdravotnických pracovníků o čtvrtinu, přičemž nejvyšší relativní vzestup mezi posuzovanými souhrnnými skupinami pracovníků je možné sledovat u farmaceutů, a to o dvě třetiny, u lékařů a zubních lékařů byl zaznamenán nárůst o více než třetinu.

Za uplynulých 20 let byl patrný pozvolný nárůst celkového počtu lékařů (u praktických lékařů spíše stagnace), zubních lékařů i farmaceutů. Zároveň s tímto růstem je patrné pozvolné prohlubování feminizace u lékařů a farmaceutů, přičemž v roce 2009 byl podíl žen mezi lékaři 53,5 %, mezi zubními lékaři 65,8 % a mezi farmaceuty 81,8 %. Dalším vývojovým rysem je výrazná proměna věkové struktury v lékařských povoláních. Podíl lékařů ve věku 60 a více let vzrostl mezi lety 1989 a 2009 z 13 na 17 % (u praktických lékařů to bylo z 15 na 25 %), u zubních lékařů to byl nárůst dokonce ze 3 na 20 %. U farmaceutů docházelo naopak k postupnému snižování podílu osob ve věku 60 let a více.

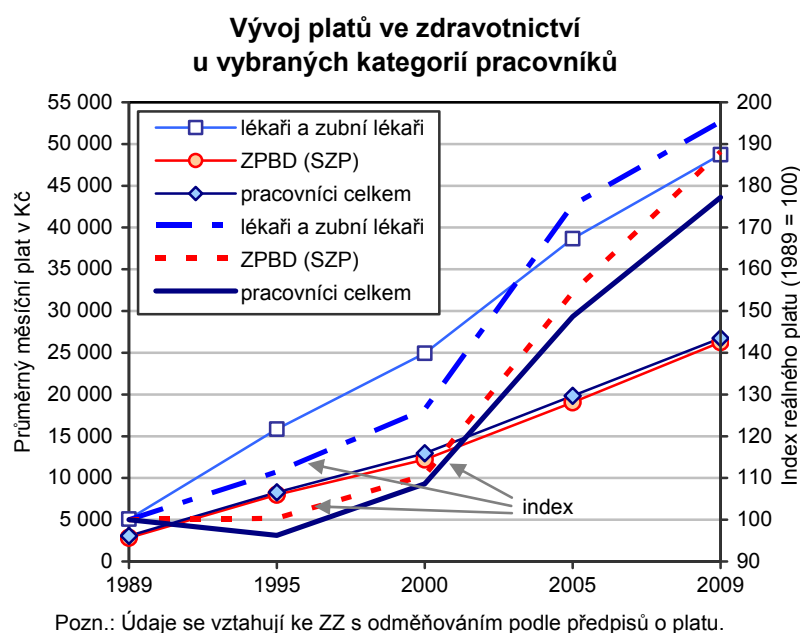
Ekonomická transformace i organizační změny ve zdravotnictví měly zásadní vliv i na způsob a výši odměňování pracovníků ve zdravotnictví. Prezentované statistické údaje se

týkají pouze zaměstnanců, neboť „mzdové výkaznictví“ nesleduje odměny podnikatelů. Údaje jsou publikovány odděleně za dvě skupiny zaměstnanců podle způsobu odměňování, které se řídí buď předpisy o platu nebo předpisy o mzdě.

Předpisy o platu se řídí odměňováním zaměstnanců v příspěvkových organizacích a organizačních složkách státu. Podle těchto předpisů bylo v roce 1992 (tehdy platný zákon č. 143/1992 Sb.) odměňováno přes 98 % zaměstnanců ve zdravotnických zařízeních a tento podíl se postupně, v souvislosti s privatizací a převodem zdravotnických zařízení na obchodní společnosti, snižuje. Podle předpisů o mzdě jsou odměňováni kromě zaměstnanců státních léčebných lázní také zaměstnanci pracující v podnikatelské sféře.

Průměrný výdělek zaměstnanců ve zdravotnictví kopíroval za posledních 20 let vývoj průměrné mzdy zaměstnanců v celém národním hospodářství (ve zdravotnických zařízeních s odměňováním podle předpisů o platu byl nárůst o něco vyšší). Platy ve zdravotnictví rostly ročně v průměru o 11 %. Současné platy lékařů a zdravotnických pracovníků nelékařů s odbornou způsobilostí (ZPBD) jsou více než 9krát vyšší než před 20 lety, z pohledu reálné

kupní síly pak vzrostly téměř na dvojnásobek. Nejrychleji rostly reálné platy mezi roky 2000 a 2005. Mzda či plat lékařů a zubních lékařů se po celé období pohybovaly okolo dvojnásobku mzdy či platu ZPBD (před rokem 2004 středních zdravotnických pracovníků - SZP). Průměrný plat lékaře dosahoval v roce 2009 téměř 49 tisíc Kč a plat ZPBD 26 tisíc Kč. Podíl tarifní složky platu mezi roky 1989 a 2009 u zdravotnických pracovníků výrazně poklesl.



Změny v organizaci systému péče o zdraví za posledních 20 let se výrazně promítly i do počtu a struktury jeho pracovníků. Došlo k nárůstu počtu zdravotnických pracovníků a poklesu těch nezdravotnických. V lékařských povoláních se prohlubovala feminizace a velmi výrazně se měnilo věkové složení pracovníků. Relativní růst mezd a platů ve zdravotnictví odpovídal celkovému hospodářskému vývoji, přičemž u více kvalifikovaných pracovníků byl rychlejší. Na proměnlivý vývoj počtu studujících zdravotnických oborů měly výrazný vliv změny v systému vzdělávání; jednoznačně patrný byl přesun k vyšším stupňům vzdělání.

*Changes in the organisation of the health care system in the past twenty years were markedly reflected also in the numbers and structure of health care workers. The number of health professionals increased and the number of other workers decreased. Among physicians the share of women increased and the age structure markedly changed. The relative increase of wages and salaries in health services corresponded with the overall economic evolution and it was faster in categories with higher qualification. The variations of the numbers of students in the field of health care were influenced by changes in the system of education, with a clearly visible shift towards higher degrees of education.*

## 3.2 Pracovníci, mzdy a vzdělávání ve zdravotnictví

	1989 <sup>1)</sup>	1995	2000	2005	2009
<b>1 Počet pracovníků (přepočtený počet) ve zdravotnictví celkem <sup>2)</sup></b>					
2 Počet pracovníků celkem	242 353	228 610	229 387	242 449	246 662
3 v tom: lékaři <sup>3)</sup>	33 346	35 714	38 331	36 092	38 355
4 zubní lékaři				6 610	6 831
5 farmaceuti	3 570	3 602	4 726	5 634	5 898
6 všeobecné sestry a porodní asistentky	78 089	77 361	78 597	83 189	83 586
7 ostatní odborní pracovníci ve zdravotnictví	46 454	49 514	57 419	62 736	66 578
8 nezdravotničtí pracovníci	80 894	62 419	50 314	48 187	45 414
<b>9 Počet pracovníků (přepočtený počet) ve zdravotnictví podle druhu zařízení <sup>2)</sup></b>					
10 Lůžková zařízení	118 070	138 642	141 374	145 987	149 811
11 v tom: nemocnice <sup>4)</sup>	91 096	114 254	115 577	118 392	122 410
12 lékaři a zubní lékaři	10 860	14 368	15 443	17 325	18 853
13 všeobecné sestry a porodní asistentky	34 727	46 395	47 877	49 713	49 773
14 ostatní odborní pracovníci ve zdravotnictví	20 407	21 845	24 741	26 301	29 384
15 odborné léčebné ústavy	14 588	13 871	14 877	16 720	17 207
16 lékaři a zubní lékaři	814	877	972	1 246	1 312
17 všeobecné sestry a porodní asistentky	5 521	5 272	5 695	6 342	6 292
18 ostatní odborní pracovníci ve zdravotnictví	3 114	2 900	3 611	4 529	5 259
19 lázeňské léčebny	12 386	10 516	10 920	10 875	10 194
20 lékaři a zubní lékaři	444	308	353	349	326
21 všeobecné sestry a porodní asistentky	1 378	1 301	1 224	1 159	992
22 ostatní odborní pracovníci ve zdravotnictví	1 889	1 748	1 917	1 926	2 030
23 Samostatná ambulantní zařízení	63 883	54 285	57 642	62 839	65 007
24 z toho: samostatné ordinace - primární péče <sup>5)</sup>	.	26 389	27 715	28 408	28 757
25 lékaři a zubní lékaři	.	12 225	13 168	13 635	13 872
26 samostatné ordinace - lékaři specialisté <sup>5)</sup>	.	8 246	11 566	14 240	16 121
27 lékaři a zubní lékaři	.	3 472	4 960	6 143	6 838
28 Zařízení lékárenské služby	9 222	9 569	12 573	14 467	14 398
29 farmaceuti	3 407	3 408	4 631	5 570	5 794
30 ZPBD (SZP) <sup>6)</sup>	3 201	3 407	4 220	4 773	4 872

<sup>1)</sup> Údaje za rok 1989 nezahnují ty hospodářské organizace, které byly později převedeny do jiných odvětví národního hospodářství

<sup>2)</sup> Od roku 2000 včetně ZZ ostatních centrálních orgánů a od roku 2005 včetně smluvních pracovníků

<sup>3)</sup> Do roku 2000 byli lékaři a zubní lékaři sledováni pouze dohromady

<sup>4)</sup> Údaje za nemocnice zahrnují v roce 1989 i vybraná zařízení spravovaná ústředně a zařízení společných vyšetřovacích a léčebných složek

<sup>5)</sup> Za rok 1995 pouze odhad počtu pracovníků v lékařských ordinacích

<sup>6)</sup> Do roku 2003 SZP; od roku 2004 ZPBD

## 3.2 Pracovníci, mzdy a vzdělávání ve zdravotnictví

	1989	1995	2000	2005	2009
<b>31 Počet lékařů, zubních lékařů a farmaceutů (fyzické osoby) <sup>7)</sup></b>					
32 Lékaři	30 505	30 942	34 604	36 381	37 351
33 ženy (v %)	48,9	51,0	51,5	52,3	53,5
34 ve věku 60 a více let (v %)	13,1	10,5	11,4	14,1	17,3
35 na 10 000 obyvatel	29,4	30,0	33,7	35,5	35,5
36 z toho: praktičtí lékaři (PLD a PLDD) <sup>8)</sup>	7 520	7 175	7 465	7 423	7 366
37 ženy (v %)	62,4	66,2	66,3	68,0	68,7
38 ve věku 60 a více let (v %)	15,0	11,2	12,6	18,5	25,5
39 na 10 000 obyvatel	7,3	7,0	7,3	7,2	7,0
40 Zubní lékaři	5 862	6 247	6 658	6 906	7 092
41 ženy (v %)	66,7	66,8	67,0	66,2	65,8
42 ve věku 60 a více let (v %)	2,8	4,3	6,5	13,1	19,6
43 na 10 000 obyvatel	5,7	6,1	6,5	6,7	6,7
44 Farmaceuti	4 308	3 763	5 059	5 761	5 915
45 ženy (v %)	72,6	80,7	80,3	81,1	81,8
46 ve věku 60 a více let (v %)	14,4	10,8	8,2	6,7	7,0
47 na 10 000 obyvatel	4,2	3,6	4,9	5,6	5,6
<b>48 Průměrná hrubá měsíční mzda zaměstnanců ve zdravotnictví (v Kč)</b>					
49 ve ZZ s odměňováním podle předpisů o platu <sup>9)</sup>	3 069	8 288	12 962	19 833	26 750
50 lékaři a zubní lékaři	5 072	15 860	24 936	38 668	48 723
51 ZPBD (SZP)	2 838	7 990	12 211	19 054	26 258
52 ve ZZ s odměňováním podle předpisů o mzdě	.	7 360	11 390	16 794	22 840
53 lékaři a zubní lékaři	.	15 163	25 288	37 649	47 266
54 ZPBD (SZP)	.	7 659	10 885	16 017	22 486
<b>55 Zdravotnické vzdělávání (počty absolventů) <sup>10)</sup></b>					
56 Všeobecné lékařství	998	1 391	807	832	1 037
57 Zubní lékařství	122	132	105	114	349
58 Farmacie	202	184	254	240	290
59 Bakalářské nelékařské programy na VŠ	.	74	497	1 082	2 098
60 Zdravotnické obory na SZŠ a VZŠ	5 729	7 581	2 865	6 583	5 410

<sup>7)</sup> Pracovníci v evidenčním počtu nebo zaměstnavatelé (bez pracovníků přechodně neaktivních)

<sup>8)</sup> Lékaři v hlavním oboru činnosti PL pro dospělé (PLD) a PL pro děti a dorost (PLDD); odhad počtu PLDD za rok 1989, 1995 a 2000

<sup>9)</sup> Údaje za rok 1989 zahrnují zařízení spravovaná národními výbory

<sup>10)</sup> Zdroj dat: Ústav pro informace ve vzdělávání

Údaje za vysoké školy (VŠ) o absolventech všeobecného lékařství, zubního lékařství a farmacie se vztahují k magisterskému studiu a u nelékařských oborů k bakalářskému studiu. Údaje za vysoké školy jsou bez cizinců, údaje za střední (zdravotnické) školy (SZŠ) a vyšší odborné (zdravotnické) školy (VZŠ) včetně cizinců.

## 4. Ekonomika zdravotnictví

Politické a ekonomické změny celé společnosti se promítly i do zdravotnictví. V období 1990–1992 končily činnost Ústavy národního zdraví a vznikala jednotlivá zdravotnická zařízení. Řízení rezortu zdravotnictví a územní správa v této době spíše sledovaly a koordinovaly vznik a činnost nových zdravotnických zařízení.

Zásadním krokem pro další financování zdravotnictví bylo rozhodnutí o zavedení systému všeobecného zdravotního pojištění dle zákona č. 550/1991 Sb., přejmenovaného v pozdějších letech na veřejné zdravotní pojištění. Současně byla zřízena Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (VZP) zákonem č. 551/1991 Sb., s účinností od 1.1.1992. Finanční prostředky pro rok 1992, jako první rok období fungování VZP, byly zajištěny převodem ze Státního rozpočtu ve výši cca 40 mld. Kč. Uvedené zákony stanovily obecnou povinnost účastnit se na systému všeobecného zdravotního pojištění a platit příslušné pojistné rozlišené na pojistné placené zaměstnavateli, zaměstnanci a osobami samostatně výdělečně činnými. Dále stanovily závazek státu platit toto zdravotní pojistné za vybrané skupiny obyvatelstva, např. nezaopatřené děti, poživatele důchodů, ženy na mateřské a další mateřské dovolené, uchazeče o zaměstnání, osoby konající základní vojenskou službu nebo vojenské cvičení, osoby ve vazbě nebo ve výkonu trestu a některé další skupiny. Zákonem č. 551/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění (což bylo zákonem č. 48/1997 Sb. přejmenováno na veřejné zdravotní pojištění) bylo rovněž stanoveno, že činnost v této oblasti může vykonávat „pojišťovna“, tedy VZP, a resortní, oborové, podnikové, popřípadě další pojišťovny. Vznik této skupiny zdravotních pojišťoven byl podložen zákonem č. 280/1992 Sb., který povoloval zřizování zdravotních pojišťoven pro:

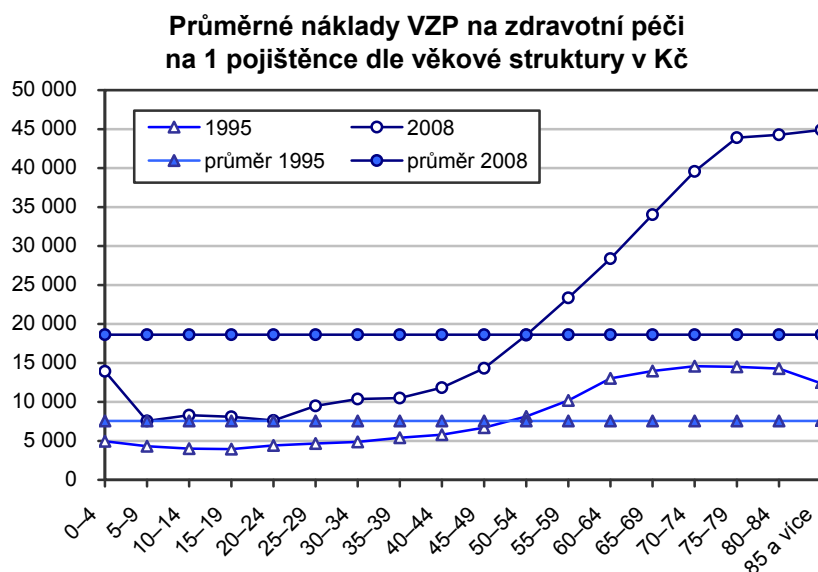
- zaměstnance všech organizací zřizovaných jedním ministerstvem (rezortní zaměstnanecká pojišťovna),
- nebo zaměstnance jednoho oboru (oborová zaměstnanecká pojišťovna),
- nebo zaměstnance jednoho podniku (podniková zaměstnanecká pojišťovna),
- nebo zaměstnanecká pojišťovna s mezirezortní nebo meziodvětvovou působností.

Do roku 1995 vzniklo postupně 26 zaměstnaneckých i regionálně působících zdravotních pojišťoven, což při neexistenci regulace a kontrolních mechanismů vedlo k tomu, že začalo neúměrné soutěžení o pojištěnce, např. formou nereálných příslibů úhrad za zdravotní péči. Vývoj prokázal, že takovýto počet zdravotních pojišťoven není schopen v ČR přežít a většina jich zanikla nebo se sloučila. V roce 2002 existovalo již jen 9 zdravotních pojišťoven a po určitých dílčích změnách k 1.1.2010 působí v ČR nadále VZP a 8 dalších zdravotních pojišťoven.

VZP v roce 1992 zajišťovala úhrady zdravotní péče pro všechny občany ČR. V důsledku vznikání dalších zdravotních pojišťoven počet jejich pojištěnců klesal, nicméně i v roce 2009 pokrývala potřebu zdravotních služeb pro více než 60 % pojištěnců v ČR. VZP ze zákona, kromě své činnosti zdravotní pojišťovny, vede Centrální registr pojištěnců, kapitační registr (evidence o registraci pojištěnců u praktických lékařů), seznam smluvních zdravotnických zařízení a Informační centrum zdravotního pojištění (přehled zdravotnických pracovníků poskytujících zdravotní péči hrazenou ze zdravotního pojištění v jednotlivých zdravotnických zařízeních). VZP zajišťuje správu číselníků, datových rozhraní a metodiky pro předávání dokladů systému veřejného zdravotního pojištění.



Od roku 1992 byla zdravotní péče hrazena zdravotními pojišťovnami na základě seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a stanovenou cenou bodu. Zdravotnická zařízení byla tímto vedena, aby maximalizovala počet svých výkonů. V roce 1997 byla oblast zdravotního pojištění upravena v tom smyslu, že zdravotní pojišťovny uzavírají smlouvy se zdravotnickými zařízeními na ty druhy a rozsah péče, které je příslušné zařízení oprávněno poskytovat. „Ceny“ poskytované péče jsou v optimálním případě stanovovány v dohodovacím řízení mezi zástupci Svazu zdravotních pojišťoven, VZP a zástupci zdravotnických zařízení. Do hry vstupovalo rovněž ministerstvo financí (např. u cen léků) a Ministerstvo zdravotnictví tzv. úhradovými vyhláškami v případech neúspěchu dohodovacích řízení nebo u léků stanovením výše úhrad zdravotních pojišťoven. Výše úhrad ze zdravotního pojištění za léčivé přípravky byla projednána a navržena tzv. kategorizační komisí při MZ ČR a vyhlášována ministrem zdravotnictví.



zdravotního pojištění upravena v tom smyslu, že zdravotní pojišťovny uzavírají smlouvy se zdravotnickými zařízeními na ty druhy a rozsah péče, které je příslušné zařízení oprávněno poskytovat. „Ceny“ poskytované péče jsou v optimálním případě stanovovány v dohodovacím řízení mezi zástupci Svazu zdravotních pojišťoven, VZP a zástupci zdravotnických zařízení. Do hry vstupovalo rovněž ministerstvo financí (např. u cen léků) a Ministerstvo zdravotnictví tzv. úhradovými vyhláškami v případech neúspěchu dohodovacích řízení nebo u léků stanovením výše úhrad zdravotních pojišťoven. Výše úhrad ze zdravotního pojištění za léčivé přípravky byla projednána a navržena tzv. kategorizační komisí při MZ ČR a vyhlášována ministrem zdravotnictví.

Od přijetí zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, stanovuje maximální ceny léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely a výši úhrad od zdravotních pojišťoven za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely Státní ústav pro kontrolu léčiv. Stejným zákonem byla do cenotvorby zapracována „Směrnice č. 89/105/EHS o průhlednosti opatření upravujících tvorbu cen u humánních léčivých přípravků a jejich začlenění do oblasti působnosti vnitrostátních systémů zdravotního pojištění“ a byl stanoven postup řízení pro stanovování maximálních cen a výše úhrad zdravotního pojištění, případně jejich změny nebo zrušení, dle zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění zákona č. 413/2005 Sb.

Od přijetí zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, stanovuje maximální ceny léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely a výši úhrad od zdravotních pojišťoven za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely Státní ústav pro kontrolu léčiv. Stejným zákonem byla do cenotvorby zapracována „Směrnice č. 89/105/EHS o průhlednosti opatření upravujících tvorbu cen u humánních léčivých přípravků a jejich začlenění do oblasti působnosti vnitrostátních systémů zdravotního pojištění“ a byl stanoven postup řízení pro stanovování maximálních cen a výše úhrad zdravotního pojištění, případně jejich změny nebo zrušení, dle zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění zákona č. 413/2005 Sb.

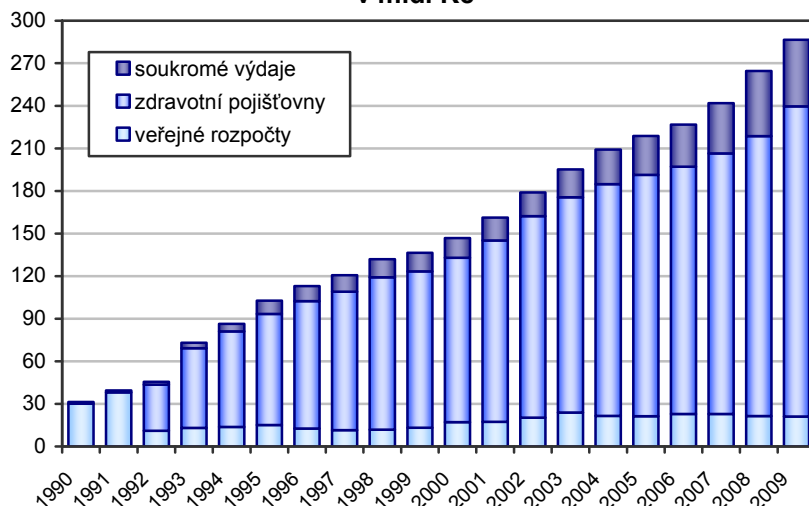
Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, v čl. LXIV (k zákonu o veřejném zdravotním pojištění), rovněž přinesl razantní krok ve zdravotnictví, kterým bylo zavedení regulačních poplatků:

- 30 Kč za návštěvu (s klinickým vyšetřením) u praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře, zubního lékaře, lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči, klinického psychologa a klinického logopeda,
- 30 Kč za vydání každého, ze zdravotního pojištění plně nebo částečně hrazeného, léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, předepsaného na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení,
- 90 Kč za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím lékařskou službu první pomoci včetně lékařské služby první pomoci poskytované zubními lékaři a za ústavní pohotovostní službu,

- 60 Kč za každý den, ve kterém je poskytována ústavní péče, komplexní lázeňská péče nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách.

Regulační poplatky vyvolaly řadu rozporupných názorů, nicméně již v prvním roce působení za rok 2008 přineslo jejich inkaso více než 5 mld. Kč do zdravotnických zařízení. Inkaso regulačních poplatků v obdobné výši se dá předpokládat i za rok 2009. V případě neuplatnění regulačních poplatků by systém veřejného zdravotního pojištění vyžadoval další dodatečné zdroje v nepříliš příznivé situaci národního hospodářství.

**Výdaje na zdravotnictví veřejné a soukromé v mld. Kč**

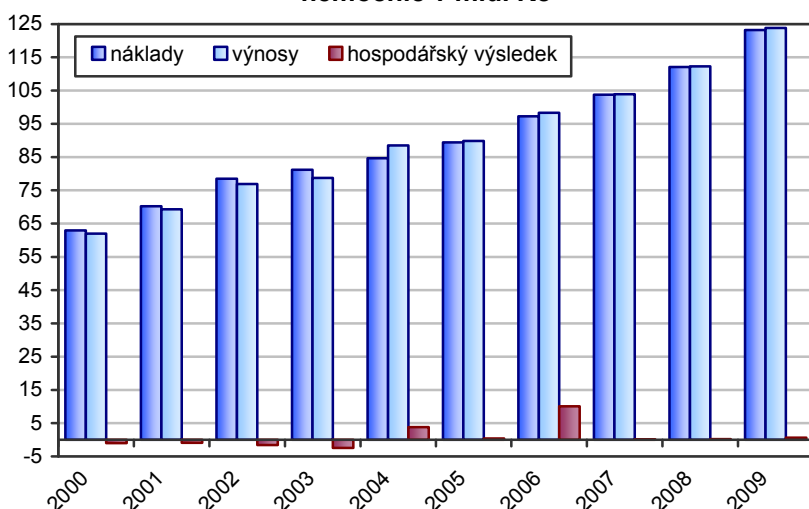


Výdaje na zdravotnictví vykazují každoroční nárůst. Od roku 1990 se v běžných cenách zvýšily více než 9x na celkových 287 mld. Kč. V roce 1990 byly výdaje na zdravotnictví kryty téměř zcela z veřejných financí s minimální spoluúčastí občanů. V roce 2000 byla tzv. spoluúčast kolem 9,4 % a od 2008 přesahuje podíl soukromých výdajů na zdravotnictví 16 % z celkových výdajů na zdravotnictví. Veřejné zdravotní pojištění

kryje v posledních letech kolem 75 % celkových výdajů na zdravotnictví a výdaje veřejných rozpočtů se snížily na zhruba 7 %.

Změna společenských podmínek v roce 1989 vedla k potřebě sledovat v rámci celého zdravotnického systému také ekonomickou situaci jednotlivých zdravotnických zařízení. ÚZIS ČR reagoval na tento požadavek tím, že zařadil do svých pravidelných statistických zjišťování ve zdravotnictví výkaz o ekonomice zdravotnických zařízení, který podával a stále

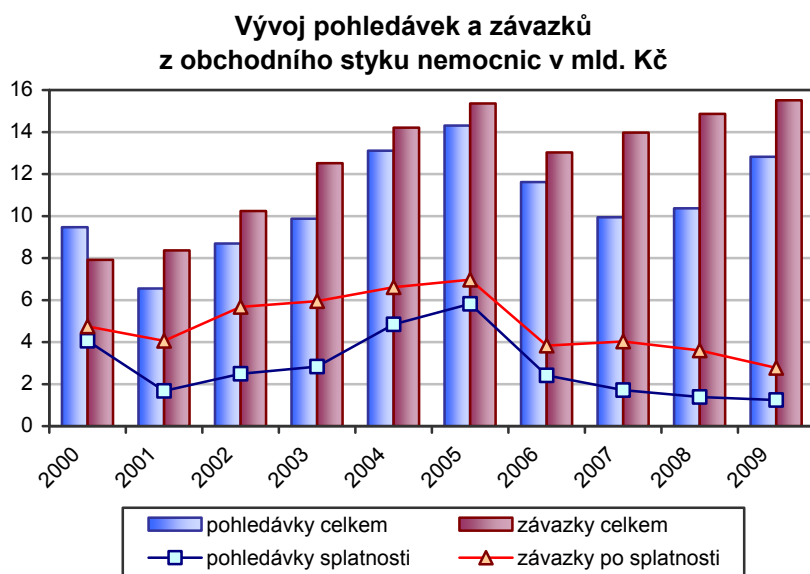
**Vývoj nákladů, výnosů a hospodářského výsledku nemocnic v mld. Kč**



podává informace o základních ekonomických veličinách jako jsou náklady, výnosy, výsledek hospodaření, pohledávky a závazky z obchodního styku, majetek organizace.

Z hlediska toku finančních prostředků zauímají výsadní postavení mezi poskytovateli zdravotní péče nemocnice. Objevující se problémy s financováním provozu nemocnic byly řešeny formou finančních pomoci státu, krajů či obcí.

Kromě těchto zásahů může být u příspěvkových organizací od účetní uzávěrky za rok 2004 výše nákladů a výnosů (tím i výsledku hospodaření) ovlivněna účinností vyhlášky Ministerstva financí č. 549/2004 Sb., která v paragrafu 34, odst. 9 stanoví postup při nekrytí fondu reprodukce finančními prostředky z minulých let i v běžném účetním období. Problematika hospodaření nemocnic se dostala do popředí zájmu zejména v souvislosti s převodem bývalých okresních nemocnic na krajské úřady a hrozbou distributorů léků zastavit dodávky zadluženým zařízením. „Noví“ zřizovatelé pak v dalších letech hledali východisko z ekonomických potíží ve změně právní formy nemocnic a transformovali své subjekty na obchodní společnosti.



Výše pohledávek a závazků z obchodního styku byla v minulosti několikrát ovlivněna mimořádnými opatřeními státu. Nepříznivý vývoj v oblasti pohledávek nemocnic vůči zdravotním pojišťovnám byl řešen odkoupením pohledávek zdravotních pojišťoven za neplatícími subjekty. Vývoji pohledávek „pomohlo“ i zvýšení vyměřovacího základu pojistného u tzv. státních pojištěnců. Dodatečné finanční prostředky byly opakovaně poskytnuty

nemocnicím i na jejich oddlužení a byly určeny k úhradě „starších“ závazků po lhůtě splatnosti.

Česká republika je zemí, kde dlouhodobě rostou výdaje na zdravotnictví rychleji než celkový hrubý domácí produkt. Podíl výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu se pohybuje v posledních letech kolem 7 %. Financování zdravotnictví je založeno převážně na solidárním veřejném zdravotním pojištění, které pokrývá pravidelně přibližně ¾ celkových výdajů na zdravotnictví.

Nákladově nejnáročnějším článkem zdravotnického systému jsou nemocnice. V průběhu sledovaného období se jak náklady, tak výnosy nemocnic každoročně zvyšovaly. Do hospodaření nemocnic měly dopad i finanční výpomoci státu, krajů a obcí.

*The Czech Republic is a country in which expenditure on health increases in long terms faster than the gross domestic product. The proportion of expenditure on health in the gross domestic product moves around 7 % in recent years, Financing of health care is based mainly on public health insurance with solidarity aspects, which covers regularly about 7 % of the total expenditure on health.*

*The highest-cost component of health care are hospitals. In the monitored period the costs and revenues of hospitals increased annually. Economy of hospitals was affected by financial aids of the state, regions and municipalities.*

## 4. Ekonomické ukazatele

	jednot.	1989	1995	2000	2005	2009	
<b>1</b>	<b>Makroekonomické ukazatele</b>						
2	HDP v běžných cenách (běžné ceny)	mil. Kč	626 189	1 466 522	2 189 169	2 983 862	3 628 080 <sup>1)</sup>
3	HDP na 1 obyvatele (běžné ceny)	Kč	60 427	141 957	213 110	291 561	345 812 <sup>1)</sup>
4	HDP ve stálých cenách roku 2000	mil. Kč	.	2 033 699	2 189 169	2 630 273	2 925 300 <sup>1)</sup>
5	Míra registrované nezaměstnanosti	%	0,66 <sup>2)</sup>	2,93	8,78	9,47	7,98 <sup>1)</sup>
6	Míra inflace ročně	%	9,7 <sup>2)</sup>	9,1	3,9	1,9	1,0 <sup>1)</sup>
7	Průměrná mzda zaměstnanců v národním hospodářství (na fyzické osoby)	Kč	5 904 <sup>3)</sup>	8 307	13 594	18 940	24 242 <sup>1)</sup>
<b>8</b>	<b>Ukazatele ze zdravotnictví</b>						
9	Výdaje na zdravotnictví celkem	mil. Kč	31 250 <sup>2)</sup>	102 664	146 836	215 584	286 611 <sup>1)</sup>
10	Výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	Kč	3 016 <sup>2)</sup>	9 938	14 294	21 065	27 318 <sup>1)</sup>
11	Podíl výdajů na zdravotnictví na HDP	%	5,4 <sup>2)</sup>	7,0	6,7	7,2	7,9 <sup>1)</sup>
12	Výdaje zdravotních pojišťoven celkem	mil. Kč	.	78 233	115 792	170 093	218 628 <sup>1)</sup>
13	Veřejné výdaje na zdravotnictví celkem	mil. Kč	30 052 <sup>2)</sup>	93 309	132 962	191 356	239 683 <sup>1)</sup>
14	Veřejné výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	Kč	2 900 <sup>2)</sup>	9 032	12 943	18 698	22 845 <sup>1)</sup>
15	Soukromé výdaje na zdravotnictví celkem	mil. Kč	1 200 <sup>2)</sup>	9 355	13 873	24 228	48 549 <sup>1)</sup>
16	Soukromé výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele	Kč	116 <sup>2)</sup>	906	1 350	2 367	4 473 <sup>1)</sup>
17	Tržby lékárenské péče za léčiva a zdravotnické prostředky	mil. Kč	.	37 153 <sup>4)</sup>	38 655	59 437	71 698
18	Počty receptů v zařízeních lékárenské péče	tis. ks	.	89 262 <sup>4)</sup>	87 042	93 477	72 946
19	Počet obyvatel připadajících průměrně na 1 lékárně		11 303 <sup>2)</sup>	7 825	5 877	4 182	4 054
20	Průměrný počet receptů na 1 obyvatele za rok	ks	.	8,62 <sup>4)</sup>	8,47	9,13	6,95
21	Hodnota léčiv v průměru na 1 recept	Kč	.	198 <sup>4)</sup>	262	439	598

<sup>1)</sup> Předběžné údaje<sup>2)</sup> Údaj za rok 1990<sup>3)</sup> Údaj za rok 1993<sup>4)</sup> Údaj za rok 1996<sup>5)</sup> Údaj za rok 1998

4. Ekonomické ukazatele

	jednot.	1989	1995	2000	2005	2009	
22	<b>Ekonomické ukazatele nemocnic</b>						
23	Náklady nemocnic celkem	mil. Kč	.	54 544 <sup>5)</sup>	62 967	89 451	123 235
24	z toho: léčiva	%	.	8,9 <sup>5)</sup>	8,7	7,5	12,0
25	zdravotnické prostředky	%	.	13,3 <sup>5)</sup>	13,1	14,7	14,0
26	osobní náklady	%	.	39,5 <sup>5)</sup>	40,8	44,0	43,1
27	Náklady nemocnic na 1 ošetřovací den	Kč	.	2 260 <sup>5)</sup>	2 501	3 510	4 938
28	Výnosy nemocnic celkem	mil. Kč	.	54 238 <sup>5)</sup>	61 977	89 845	123 845
29	z toho: výnosy nemocnic od zdravotních pojišťoven	%	.	81,8 <sup>5)</sup>	82,5	80,0	80,7
30	Hospodářský výsledek	mil. Kč	.	-305 <sup>5)</sup>	-990	394	610
31	Nákladová rentabilita	%	.	-0,6 <sup>5)</sup>	-1,6	0,4	0,5
32	Pohledávky z obchod. styku celkem	mil. Kč	.	8 337 <sup>5)</sup>	9 468	14 311	12 823
33	po lhůtě splatnosti	%	.	53,3 <sup>5)</sup>	42,9	40,7	9,7
34	Závazky z obchodního styku celkem	mil. Kč	.	7 248 <sup>5)</sup>	7 919	15 357	15 509
35	po lhůtě splatnosti	%	.	71,0 <sup>5)</sup>	59,9	45,4	17,9

1) Předběžné údaje

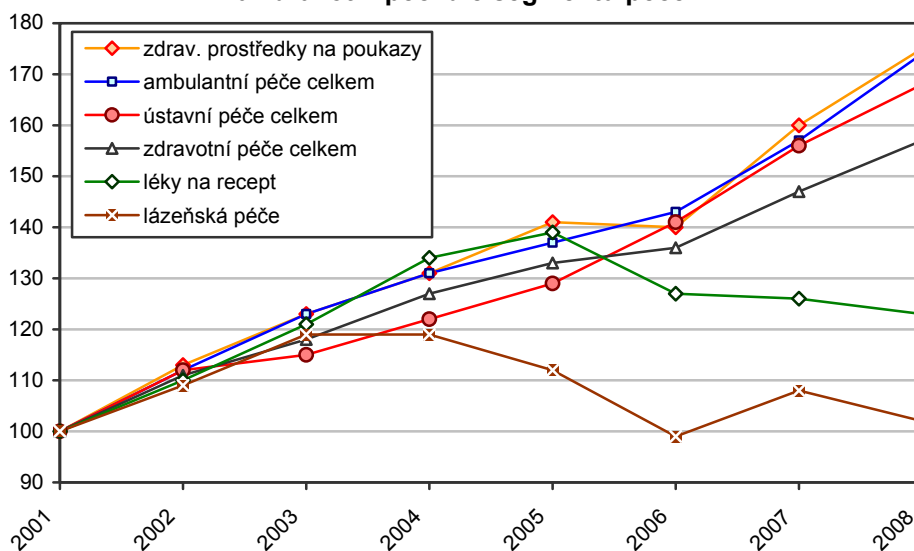
2) Údaj za rok 1990

3) Údaj za rok 1993

4) Údaj za rok 1996

5) Údaj za rok 1998

Index nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči dle segmentů péče



## 5. Mezinárodní spolupráce

Po roce 1990 začala nabývat mezinárodní spolupráce v oblasti zdravotnické statistiky stále většího významu, a to v souvislosti se začleňováním ČR do evropských struktur i s rozvojem spolupráce s dalšími mezinárodními institucemi. Česká zdravotnická statistika získala hned od začátku dobrou pověst, a tak byli pracovníci ÚZIS ČR (dále jen „ústav“) postupně zapojováni do celé řady projektů a byli členy několika pracovních a řídicích skupin.

Ústav je předkladatelem oficiálních informací z Národního zdravotnické informačního systému (NZIS) za Českou republiku a zajišťuje tedy jejich předávání i do zahraniční. Základ mezinárodní spolupráce tvoří pravidelné předávání údajů do mezinárodních databází zdravotnických ukazatelů. Zdravotnické údaje jsou předávány i pro nejrůznější mezinárodní projekty, vědecké studie nebo pro potřeby vládních i nevládních institucí v Evropě i mimo Evropu. Ústav byl zapojen do projektů rozvoje metodiky zdravotnické statistiky a podílel se na přípravě významných zdravotních zpráv a publikací. V rámci několika zahraničních projektů docházelo k úpravě NZIS, v 90. letech minulého století z důvodu jeho úpravy v souvislosti s transformací na nové ekonomické prostředí a v posledních deseti letech z důvodu jeho adaptace na potřeby mezinárodních organizací, zejména v souvislosti se vstupem ČR do Evropské unie.

Nejužší spolupráce probíhá se Světovou zdravotnickou organizací (WHO), Eurostatem (statistickým úřadem Evropské unie), Generálním ředitelstvím pro zdraví a spotřebitele (DG SANCO) a Organizací pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD). Ústav spolupracuje i s dalšími organizacemi, ze kterých uvedme alespoň Mezinárodní agenturu pro výzkum rakoviny (IARC), Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) či Dětský fond OSN (UNICEF).

V posledních 20 letech pokračovala a dále se rozvíjela dlouhodobá spolupráce se Světovou zdravotnickou organizací (WHO), a to jak s Regionální úřadovnou pro Evropu (WHO/EURO), tak s její centrálou (WHO HQ). Spolupráce s WHO/EURO spočívá zejména v předávání údajů do databází zdravotnických ukazatelů jako např. do European Health for All Database (HFA-DB). Spolupráce s WHO HQ zahrnovala provedení výběrových šetření o zdravotním stavu v rámci dvou celosvětových projektů, Health and Health System Responsiveness Survey v letech 2000–2001 a World Health Survey v letech 2002–2003. Náročný úkol představují pro ústav práce na revizi Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN), kterou vydává WHO.

Hlavní část aktivit v EU v oblasti celé statistiky a tedy i statistiky zdravotnické probíhá pod vedením Eurostatu za spolupráce statistických úřadů jednotlivých členských zemí v rámci Evropského statistického systému (ESS). Rozvoj zdravotnické statistiky je v současnosti zajišťován programem ESSnet Partnership Health, který je rozdělen do čtyř tématických oblastí: Care (zdravotní péče), CoD (příčiny smrti), MORB (nemocnost) a HIS (výběrová šetření o zdravotním stavu). Ústav je prostřednictvím svých expertů aktivně zapojen do činnosti řídicích i technických skupin, jejichž hlavním úkolem je v současnosti zajistit přípravu prováděcích opatření k Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 1338/2008 ze dne 16. 12. 2008 o statistice Společenství v oblasti veřejného zdraví a bezpečnosti a ochrany zdraví při práci. Toto nařízení představuje obecný legislativní rámec pro zdravotnickou statistiku v rámci EU a v pěti přílohách stanovuje okruhy požadovaných informací od členských zemí: zdravotní stav a zdravotní determinanty, zdravotní péče, příčiny smrti, pracovní úrazy, nemoci z povolání a další zdravotní problémy související s prací.

V oblasti statistiky Zdravotní péče (Care) spadá do kompetence ústavu příprava dat za nefinanční oblast, která zahrnuje lidské zdroje a technické kapacity ve zdravotnictví a využívání zdravotní péče. V této oblasti dochází k harmonizaci definic s ostatními mezinárodními organizacemi, přičemž v roce 2010 byl zahájen společný sběr dat Eurostatu, WHO a OECD za tuto oblast zdravotnické statistiky. ČSÚ se v rámci Care zabývá finanční oblastí, tedy výdaji na zdravotnictví. V posledních několika letech se v této oblasti ČSÚ ve spolupráci s ústavem zapojil do několika grantů Eurostatu na podporu implementace metodiky Systému zdravotnických účtů (SHA) v ČR.

V oblasti Příčin smrti (CoD) ústav rovněž úzce spolupracuje s ČSÚ. V rámci projektu Transition Facility 2004 byly realizovány činnosti směřující ke zlepšení kvality statistik smrti a to jak na poli certifikace (vykazování příčin smrti lékaři), tak v oblasti kódování (výběru příčiny pro statistickou tabelaci). Ústav se na těchto aktivitách podílel vzděláváním lékařů prostřednictvím kursů a informačních materiálů o tom, jak správně vykazovat příčiny smrti. V roce 2010 na tyto aktivity navázal grant Eurostatu na implementaci nástroje pro automatizované kódování příčin smrti - IRIS, na kterém ústav rovněž spolupracuje.

V rámci oblasti Nemocnosti (MORB) byl připraven návrh metodiky na statistické podchycení vybraných skupin onemocnění a tato metodika byla v rámci projektů „Morbidity Statistics“ testována v několika zemích, včetně ČR. Projekty spočívaly v prozkoumání možných zdrojů dat s údaji o incidenci a prevalenci nemocí, v posouzení jejich využitelnosti a v provedení pilotního sběru dat. Na základě výsledků projektů a dalšího rozvoje metodiky by měl být navržen systém pro sledování mezinárodně srovnatelných dat o nemocnosti v zemích EU.

V rámci Výběrových šetření o zdravotním stavu (HIS) je vyvíjeno a postupně implementováno Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu (EHIS), které má být s pětiletou periodicitou prováděno ve všech zemích EU. Ústav se od začátku aktivně zapojil do mezinárodní spolupráce na přípravě jednotné verze evropského dotazníku a metodiky šetření i na přípravě české verze šetření a její implementaci. Veškeré aktivity, tj. překlady a testování modulů, příprava šetření v roce 2007 i vlastní šetření v roce 2008, byly realizovány s finanční podporou EU v rámci grantů Eurostatu. Ústav se bude i nadále této problematice věnovat v rámci probíhajících příprav na druhou vlnu šetření EHIS, která je plánována na rok 2014.

Samostatně od ostatních modulů EHIS je vyvíjen Evropský modul o sociální integraci a disabilitě (EDSIM). Ústav ve spolupráci s ČSÚ v roce 2009 úspěšně realizoval v rámci grantu Eurostatu překlad a testování tohoto modulu v ČR, jehož cílem bylo ověření proveditelnosti a navržení doporučení na úpravy před jeho oficiálním zavedením.

EHIS tvoří jednu ze součástí Evropského systému výběrových šetření o zdravotním stavu (EHSS), která patří do působnosti Eurostatu. Do kompetence DG SANCO spadají specializovaná šetření (v současnosti vyvíjené Evropské výběrové šetření o zdravotním stavu založené na zdravotním vyšetření - European Health Examination Survey) a dále informační systém o národních šetřeních o zdravotním stavu (aktivity byly zahájeny v rámci projektu HIS/HES database a v současnosti pokračují v rámci projektu EUHSID - European Health Surveys Information Database). Pracovníci ústavu se na těchto aktivitách rovněž podílejí.

Úzká spolupráce probíhá i s dalšími institucemi EU, zejména s DG SANCO (evropské MZ) a DG EMPL (evropské MPSV). DG SANCO financuje (v současnosti v rámci 2. akčního programu Společenství v oblasti zdraví) projekty rozvoje zdravotnických ukazatelů, na kterých se ústav významně podílí.

Ústav se zapojil např. do společné akce Monitorování zdravotnických ukazatelů v EU (ECHIM JA), v rámci které má dojít k implementaci Zdravotnických ukazatelů Evropského společenství (European Community Health Indicators – ECHI) v členských zemích EU a jejich využívání k monitorování zdraví.

Cílem projektů European Health Expectancy Monitoring Unit (EHEMU) a European Health and Life Expectancy Information System (EHLEIS) je metodický rozvoj a monitorování ukazatelů délek života ve zdraví, zejména pak strukturálního ukazatele Healthy Life Years (HLY). Na těchto aktivitách se ústav podílí zapojením do pracovní skupiny Task Force on Health Expectancies.

Ústav se dále podílel na přípravě Souhrnné zprávy o zdravotním stavu obyvatel v Evropské unii (The Global Report on the Health Status of the European Union - EUGLOREH), rozvoji metodiky pro mezinárodní sběr údajů o hospitalizacích a lékařských procedurách v rámci projektu Hospital Data Project 2, projektů regionálních a městských ukazatelů Regional health indicators (ISARE) a European System of Urban Health Indicators (EURO-URHIS).

Spolupráce s DG EMPL spočívá např. na rozvoji Ukazatelů sociální ochrany, který probíhá v rámci činnosti Výboru pro sociální ochranu a její podskupiny pro indikátory. Podskupina se snaží o vytvoření sady ukazatelů sloužících pro monitorování situace v oblasti dostupnosti, kvality a udržitelnosti zdravotní a dlouhodobé péče.

Spolupráce s OECD se soustředí na doplňování údajů do zdravotnické databáze OECD Health Data, která klade důraz na ekonomiku zdravotnictví. Z dalších významných aktivit, do kterých je ústav zapojen můžeme uvést projekty rozvoje mezinárodních ukazatelů kvality zdravotní péče (Health Care Quality Indicators - HCQI), ukazatelů dlouhodobé péče (Long-term care) a rozvoj Systému zdravotnických účtů (System of Health Accounts – SHA), což je metodologie pro mezinárodní sledování údajů o výdajích na zdravotnictví.

V oblasti infekčních nemocí ústav spolupracuje na poskytování údajů do systému European Surveillance System (TESSy), který spravuje ECDC. Tento systém slouží ke statistickému sledování výskytu širokého spektra závažných infekčních nemocí na celoevropské úrovni především za účelem koordinace v oblasti zdravotní politiky EU.

V oblasti zhoubných novotvarů spolupracuje ústav, jakožto správce Národního onkologického registru, na řadě mezinárodních projektů zejména s IARC. Předávány jsou údaje, které slouží jako podklady pro významné publikace, jako např. Cancer Incidence in Five Continents nebo Atlas of Cancer Mortality. Ústav se podílí i na přípravě české verze TNM klasifikace zhoubných novotvarů, kterou vydává International Union Against Cancer (UICC).

V posledních 20 letech začala nabývat mezinárodní spolupráce v oblasti zdravotnické statistiky stále většího významu, a to zejména v souvislosti se začleňováním České republiky do evropských struktur. Hlavními partnery ÚZIS ČR v této oblasti jsou Světová zdravotnická organizace (WHO), Eurostat (statistický úřad Evropské unie), Generální ředitelství pro zdraví a spotřebitele (DG SANCO) a Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD).

*The importance of international cooperation in the field of health statistics markedly increased in the past twenty years, particularly in connection with integration of the Czech Republic into European structures. The main partners of IHIS CR in this field are World Health Organization (WHO), Eurostat (statistical office of EU), General Directorate for Health and Consumers (DG SANCO) and Organization for Economic Cooperation and Development (OECD).*



Porovnávání a analýza mezinárodních údajů je velmi náročná úloha, jednak z důvodu odlišnosti jednotlivých zdravotnických systémů a dále z důvodu někdy nedostatečné dostupnosti a kvality dat. Při analýze je tedy nevyhnutelné využívat i doplňující informace, které mohou přispět ke správné interpretaci dat. Proto byla připravena následující tabulka s přehledem definic a poznámek k ukazatelům prezentovaným na následující dvoustranně.

Uk.	Definice ukazatele	Poznámky
1	Procento obyvatel dané země ve věku 65 let a více k 1. 7. (občané daného státu a cizinci s trvalým pobytem)	Údaje mezi zeměmi se mohou mírně lišit podle zahrnutí cizinců s různou délkou pobytu na území státu.
2	Průměrný počet let zbývajících do smrti mužům/ženám při narození za předpokladu zachování úmrtnosti z období výpočtu	Výpočet prováděný WHO za všechny členské státy podle jednotné metodiky. Údaje se mohou odlišovat od oficiálních údajů publikovaných jednotlivými státy.
3		
4	Počet zemřelých do 1 roku věku na 1 000 živě narozených	Část rozdílů mezi zeměmi pramení z odlišné praxe při registraci živě narozených.
5	Incidence (nové případy) zhoubných novotvarů (dg. C00-C97 kromě dg. C44.) na 100 000 obyvatel.	Projekce IARC provedená v rámci projektu GLOBOCAN 2008. Věkově standardizovaný ukazatel.
6	Procento obyvatel ve věku 15 let a více, kteří považují své zdraví za "dobré" nebo lepší	Údaje pocházejí z výběrových šetření, která jsou prozatím harmonizována pouze v zemích EU. Část rozdílů je podmíněna sociálním a kulturním prostředím.
7	Procento obyvatel ve věku 15 let a více, kteří uvádějí, že kouří tabákové výrobky každý den	Údaje pocházejí z různých výběrových šetření a použité otázky se tak mohou v jednotlivých zemích mírně lišit.
8	Počet lékařů poskytujících přímou péči pacientům v dané zemi přepočtený na 1 000 obyvatel	Některé země zahrnují všechny lékaře bez ohledu na to, zda poskytují přímou péči pacientům nebo nikoliv a některé země mohou zahrnovat i zubní lékaře.
9	Počet lůžek v nemocnicích, která jsou určena pro léčebnou (akutní) péči (bez novorozeneckých a psychiatrických lůžek)	V zemích se liší definice akutní (léčebné) péče, někdy jsou zahrnována všechna lůžka v "akutních" nemocnicích nebo pouze část lůžek v soukromém sektoru.
10	Počet hospitalizací (pobytů v lůžkových zařízeních akutní péče) na 1 000 obyvatel (včetně zdravých novorozenců, bez jednodenních hospitalizací a přesunů pacientů mezi odděleními v rámci jednoho zařízení)	Okruh zahrnutých zdravotnických zařízení se může lišit. Některé země narozdíl od definice nezahrnují zdravé novorozence narozené v nemocnicích a nemají kompletní data za soukromý sektor.
11	Počet transplantací ledvin (bez kombinací s dalšími orgány) od kadaverozních a žijících dárců přepočtený na 1 000 000 obyvatel	Migrace pacientů může mít vliv na data za některé země, neboť specifické lékařské procedury nemusejí být v některých zemích vůbec prováděny nebo existují jiné důvody pro vycestování za péčí do zahraničí.
12	Celkové výdaje na zdravotnictví (v širším pojetí podle SHA, tedy včetně, výdajů na podporu zdraví a prevenci onemocnění, na správu a financování zdravotnictví) přepočtené na 1 obyvatele a vyjádřené v \$ PPP	K zajištění lepší srovnatelnosti jsou údaje přepočteny na mezinárodní dolary (\$) a je přihlédnuto ke kupní síle obyvatel dané země, tj. s ohledem na cenovou hladinu v dané zemi (PPP).
13	Celkové výdaje na zdravotnictví vyjádřené jako procento z hrubého domácího produktu	WHO, OECD a Eurostat organizují společný sběr údajů o výdajích na zdravotnictví podle metodologie Systému zdravotnických účtů (SHA), což napomáhá mezinárodní srovnatelnosti údajů.
14	Soukromé výdaje na zdravotnictví (přímé výdaje domácností, soukromé zdravotní pojištění, výdaje neziskových organizací a podniků) vyjádřené jako procento z celkových výdajů na zdravotnictví	

Ke zlepšení kvality zdravotnických dat přispívá v posledních letech rozvíjející se úzká spolupráce a koordinace činností mezinárodních organizací (zejména EU, OECD a WHO) na harmonizaci definic a sběru dat. Ačkoliv dochází k postupnému zlepšování dostupnosti i kvality dat o zdraví a zdravotnických systémech, je potřeba v této oblasti i nadále pracovat.

Tabulka na následující dvoustranně prezentuje vybrané zdravotnické ukazatele z několika zdrojů: Eurostat New Cronos database (ESTAT), International Agency for Research on Cancer (IARC), OECD Health Data database (OECD HD), International Registry of Organ Donation and Transplantation (IRODaT) a databáze WHO European Health For All database (WHO HFA) a World Health Statistics (WHO WHS).

## 5. Mezinárodní srovnání

Stát	Procento obyvatel ve věku 65 let a více	Střední délka života mužů při narození	Střední délka života žen při narození	Kojenecká úmrtnost	Incidence zhoubných novotvarů na 100 000 obyvatel	Procento obyvatel 15 let a více považující své zdraví za dobré	Procento pravidelných kuřáků ve věku 15 let a více
a	1	2	3	4	5	6	7
1 Česko	14,7	74	80	2,8	289	62	24,3
2 Belgie	17,3	77	82	3,4	309	74	20,0
3 Dánsko	15,7	77	81	4,0	321	74	23,0
4 Estonsko	17,0	69	79	5,0	230	55	26,2
5 Finsko	16,6	76	83	2,7	250	69	20,4
6 Francie	16,5	78	85	3,5	300	69	26,2
7 Irsko	11,5	78	82	3,8	317	84	29,0
8 Itálie	20,3	79	84	3,5	274	64	22,4
9 Kanada	13,6	79	83	5,1	297	88	17,5
10 Litva	15,9	66	78	4,9	244	48	26,5
11 Lotyšsko	17,2	66	77	8,8	230	45	30,4
12 Maďarsko	16,3	70	78	5,6	287	55	30,4
13 Německo	20,2	77	83	3,8	282	65	23,2
14 Nizozemsko	14,9	78	82	3,8	290	77	28,0
15 Norsko	14,7	78	83	2,7	298	77	21,0
16 Polsko	13,5	71	80	5,6	225	58	29,0
17 Portugalsko	16,9	76	83	3,3	223	49	19,6
18 Rakousko	17,1	78	83	3,7	251	70	23,2
19 Rumunsko	14,9	70	77	11,0	205	69	20,2
20 Řecko	18,6	78	83	2,7	162	76	39,7
21 Slovensko	12,4	71	79	5,9	261	60	25,0
22 Slovinsko	16,0	75	82	2,1	265	59	18,9
23 Spojené království	15,7	78	82	4,8	269	80	22,0
24 Spojené státy	12,7	76	81	6,7	300	88	16,5
25 Španělsko	17,0	78	84	3,5	241	73	26,4
26 Švédsko	17,6	79	83	2,5	260	79	14,5
27 Švýcarsko	16,5	80	84	4,0	269	87	20,4
28 Turecko	6,1	72	77	17,0	145	67	27,4

Zdroj dat: OECD HD, WHO WHS WHO WHS WHO HFA, IARC ESTAT, OECD HD OECD HD, WHO HFA

Pozn.: Údaje se vztahují k roku 2008 nebo k poslednímu dostupnému roku za jednotlivé státy.  
Pouze údaje za celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele se vztahují všechny k roku 2007.

5. Mezinárodní srovnání

Praktikující lékaři na 1 000 obyvatel	Nemocniční lůžka léčebné péče na 1 000 obyvatel	Hospitalizace v nemocnicích na 1 000 obyvatel	Transplantace ledvin na 1 000 000 obyvatel	Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyv. (v \$ PPP)	Výdaje na zdravotnictví jako % z HDP	Podíl soukromých výdajů na zdravotnictví (v %)	State
8	9	10	11	12	13	14	b
3,6	5,2	202	31,6	1 626	7,1	17,5	Czech Republic 1
3,0	4,3	173	43,7	3 323	10,2	27,4	Belgium 2
3,4	3,0	159	31,2	3 513	9,7	15,5	Denmark 3
3,4	3,8	178	44,8	1 094	6,1	20,6	Estonia 4
2,7	1,9	189	26,5	2 840	8,4	25,8	Finland 5
3,4	3,5	264	47,0	3 709	11,2	22,2	France 6
3,0	2,7	140	32,1	3 424	8,7	23,1	Ireland 7
3,7	3,0	133	26,4	2 686	9,1	22,8	Italy 8
2,2	2,7	84	36,3	3 900	10,4	29,8	Canada 9
4,1	5,1	215	14,0	1 109	6,6	27,4	Lithuania 10
3,0	5,2	200	23,8	1 071	6,8	35,9	Latvia 11
3,1	4,1	184	25,8	1 388	7,3	29,0	Hungary 12
3,6	5,7	232	33,4	3 588	10,5	23,2	Germany 13
3,9	2,9	113	45,3	3 509	9,9	16,5	Netherlands 14
4,0	2,5	172	55,8	4 763	8,5	15,8	Norway 15
2,2	4,4	172	21,3	1 035	7,0	27,7	Poland 16
3,4	2,8	120	48,5	2 284	9,9	28,5	Portugal 17
4,6	5,6	267	39,0	3 763	10,5	23,1	Austria 18
1,9	4,5	228	10,6	592	5,4	18,0	Romania 19
5,3	4,0	191	20,8	2 727	9,7	39,7	Greece 20
3,0	4,9	208	30,3	1 555	7,8	31,0	Slovakia 21
2,4	3,8	160	25,5	2 099	8,3	27,7	Slovenia 22
2,6	2,7	136	37,8	2 992	8,7	17,4	United Kingdom 23
2,4	2,7	126	54,2	7 285	16,0	53,5	United States 24
3,6	2,6	109	49,6	2 671	9,0	27,5	Spain 25
3,6	2,1	165	43,9	3 323	9,4	18,1	Sweden 26
3,8	3,3	169	38,2	4 417	10,7	40,9	Switzerland 27
1,5	2,2	106	18,8	677	6,0	32,2	Turkey 28

OECD HD, WHO HFA    OECD HD, ESTAT    OECD HD, WHO HFA, ESTAT    IRODaT    WHO WHS    OECD HD, ESTAT    OECD HD, ESTAT    Source of data:

## 6. Seznam použitých zkratk

\$ PPP	- mezinárodní dolary podle parity kupní síly (měnová jednotka vytvořená pro mezinárodní srovnání ekonomických údajů)
ČSÚ	- Český statistický úřad
DG EMPL	- Generální ředitelství pro zaměstnanost, sociální věci a rovné příležitosti
DG SANCO	- Generální ředitelství pro zdraví a spotřebitele
ECDC	- Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí
ECHI	- Zdravotnické ukazatele Evropského společenství
ESTAT	- Eurostat (statistický úřad Evropské unie)
EU	- Evropská unie
HDP	- hrubý domácí produkt
IARC	- Mezinárodní agentura pro výzkum rakoviny
ICHS	- ischemická choroba srdeční
LSPP	- lékařská služba první pomoci
MKN	- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
MPSV	- Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
MZ	- Ministerstvo zdravotnictví ČR
NZIS	- Národní zdravotnický informační systém
OECD	- Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
PAD	- perorální antidiabetika
PL	- praktický lékař
PLD	- praktický lékař pro dospělé (všeobecný praktický lékař)
PLDD	- praktický lékař pro děti a dorost
PN	- pracovní neschopnost
PSA	- prostatický specifický antigen
SHA	- Systém zdravotnických účtů
SVLS	- společné vyšetřovací a léčebné složky
SZP	- střední zdravotničtí pracovníci
SZŠ	- střední zdravotnické školy
UPT	- umělé přerušování těhotenství
ÚZIS ČR	- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VŠ	- vysoké školy
VZP	- Všeobecná zdravotní pojišťovna
VZŠ	- vyšší odborné zdravotnické školy
WHO	- Světová zdravotnická organizace
ZN	- zhoubný novotvar
ZP	- zdravotní pojišťovna
ZPBD	- zdravotničtí pracovníci nelékaři s odbornou způsobilostí
ZZ	- zdravotnické zařízení



# Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989

Vydáno k 50. výročí ÚZIS ČR

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR  
128 01 Praha 2, Palackého nám. 4, P.O.BOX 60  
© ÚZIS ČR, 2010  
ISBN 978-80-7280-900-4