

SOUHRN HODNOTÍCÍ ZPRÁVY PLNĚNÍ CÍLŮ DLOUHODOBÉHO PROGRAMU ZLEPŠOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU OBYVATELSTVA ČR V LETECH 2003 – 2012

Úvod

Hodnotící zpráva plnění cílů Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR v letech 2003 – 2012 byla vytvořena společně členy meziresortní pracovní skupiny. Vzhledem ke značnému rozsahu této hodnotící zprávy byl zpracován, ve spolupráci garantů jednotlivých cílů, materiál, který shrnuje nejdůležitější výstupy a závěry. Toto shrnutí nezmiňuje všech 21 cílů, ale spojuje některé z nich do úzce provázaných oblastí, které lépe reflektují nejvýznamnější výzvy v oblasti podpory a ochrany veřejného zdraví v ČR. Níže uvedené shrnutí se zaměřuje na nejzávažnější zdravotní hrozby (onemocnění), které zatěžují systém veřejného zdravotního pojištění největší měrou, a zároveň je žádoucí zavádět v těchto oblastech konkrétní systémová opatření.

Naděje dožití, úmrtnost, kardiovaskulární onemocnění

Za dobu necelých deseti let realizace programu Zdraví 21 pokračoval růst naděje dožití (střední délky života) při narození, která dosáhla v roce 2012 74,8 let u mužů a 81,1 let u žen. Od roku 2000 to představuje nárůst o 3,1 roku u mužů a o 2,6 roku u žen (obr. 1). Růst naděje dožití souvisí s poklesem úmrtnosti; standardizovaná úmrtnost v dlouhodobém vývoji v ČR klesá již od 80. let, největší pokles byl zaznamenán v první polovině 90. let. Z pohledu příčin úmrtí byl nárůst naděje dožití způsoben především poklesem úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění (KVO). Česká republika se na začátku 90. let vyznačovala jednou z nejvyšších intenzit úmrtnosti (dále jen úmrtnosti) na KVO na světě. Od roku 1990 došlo k výraznému poklesu úmrtnosti na tato onemocnění; v období 2000-2012 poklesla úmrtnost o zhruba 25 %. Přes toto výrazné zlepšení zůstává úmrtnost na KVO v Česku přibližně dvakrát vyšší než ve vyspělých evropských zemích (bývalá EU15), (obr. 2). Téměř 70 % všech kardiovaskulárních úmrtí představují ischemická choroba srdeční (ICHS) a cévní onemocnění mozku. Zatímco úroveň standardizované úmrtnosti na cévní onemocnění mozku do roku 2010 klesala, úmrtnost na ICHS v posledních letech víceméně stagnovala (obr. 3). To pravděpodobně souvisí s částečným vyčerpáním možností lékařské péče a nových technologií, a na druhou stranu s pouze velmi pozvolnou změnou životního stylu české populace: nedaří se redukovat podíl kuřáků v populaci, přibývá osob trpících diabetem II. typu (80 % diabetiků umírá na nemoci oběhové soustavy) a roste podíl obézních osob v populaci. Projevuje se odlišný trend ve věkových skupinách - zatímco ve věkové skupině do 64 let úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění celkově i na ICHS plynule klesá, u osob ve věku nad 65 let v posledních letech roste. Přes pozitivní trend snižování úmrtnosti na KVO ve věkové skupině do 64 let představuje tato tzv. předčasná úmrtnost významný podíl na celkové KVO úmrtnosti (22,5 % u mužů a 6,4 % u žen v roce 2012).

V roce 2011 bylo pod lékařským dohledem praktického či jiného odborného lékaře 1,785068 milionu pacientů pro hypertenzní nemoci, 692,032 tisíc pro ischemické nemoci srdeční, z toho 86 tisíc pro akutní infarkt myokardu, a pro cévní nemoci mozku 260 tisíc pacientů. Zatímco počet nově zjištěných případů akutního infarktu myokardu a cévního onemocnění mozku u pacientů sledovaných u praktického nebo odborného lékaře byl v roce 2011 v porovnání například s rokem 2005 srovnatelný, počet pacientů sledovaných lékařem pro hypertenzní nemoc vzrostl v tomto období o 25 %. To nemusí znamenat absolutní nárůst případů hypertenze, ale například vyšší podíl zjištěných a léčených osob s hypertenzí v důsledku lepší informovanosti pacientů a důslednosti lékařů. Výskyt rizikových faktorů pro vznik kardiovaskulárních onemocnění ukazuje Tab. 1; šetření MONICA potvrdilo nárůst prevalence hypertenze mezi lety 2000 a 2008 a naopak pokles střední hodnoty obsahu cholesterolu v krvi. Pokud se týká péče o nemocné po cévních mozkových příhodách, je třeba vytvořit systém komplexní interdisciplinární péče; v naprosté většině případů jsou pacienti dosud pouze v péči praktických lékařů. Měla by být zajištěna lepší spolupráce s přednemocniční péčí, na krajských i místních úrovních.

Po nastartování společenských změn po roce 1990, které se logicky dotkly velmi významně i zdravotnictví, si řada odborníků kladla otázku, za jak dlouho bude možné se v hrubých ukazatelích zdravotního stavu (úmrtnost, střední délka života) přiblížit vyspělým státům Evropy. Přestože i nadále pokračuje pozitivní vývoj u řady sledovaných ukazatelů, ze srovnání se státy západní a severní Evropy, ve kterých je vývoj obdobný, vyplývá, že k přiblížování nedochází. Česká republika se v rámci zemí EU27 řadí k zemím spíše s nižší nadějí dožití; na začátku i na konci období let 2000 – 2011 spadala do nejhorší třetiny zemí EU27. Délka naděje dožití při narození v ČR nedosahuje ani průměrné hodnoty v zemích EU27. Ze zemí EU12 (vstoupily po roce 2004) má sice ČR jednu z nejnižších hodnot míry standardizované úmrtnosti (po Kypru, Slovinsku a Maltě), na druhou stranu je však ve srovnání s průměrem zemí EU15 úmrtnost českých mužů zhruba o třetinu a žen o pětinu vyšší (obr. 4). Lze konstatovat, že trend vývoje ukazatelů střední délky života a úmrtnosti je u nás obdobný jako ve vyspělých státech, ovšem na podstatně nižší úrovni.

Tab. 1 Výskyt vybraných rizikových faktorů pro vznik kardiovaskulárních onemocnění v ČR

Muži		2000/2001	2007/2008
Krevní tlak*	systolický	131,9	132,5
(mmHg)	diastolický	83,7	84,4
Prevalence hypertenze (%)		45,6	50,2
Kontrola hypertenze (%)		13,1	24,4
Cholesterol* (mmol/l)		5,88	5,29

Ženy		2000/2001	2007/2008
Krevní tlak*	systolický	125,9	126,7
(mmHg)	diastolický	79,3	80,6
Prevalence hypertenze (%)		33,0	37,3
Kontrola hypertenze (%)		22,2	24,9
Cholesterol* (mmol/l)		5,82	5,30

Pozn.: *Krevní tlak a cholesterol představují průměrnou hodnotu v populaci reprezentativního vzorku obyvatel 9 okresů ČR ve věku 25–64 let.

Zdroj: Cífková et al. 2010, Longitudinal trends in major cardiovascular risk factors in the Czech population between 1985 and 2007/8. Czech MONICA and Czech post-MONICA.

Zhoubné novotvary

Incidence zhoubných novotvarů (ZN) stále roste, Česko patří k evropským zemím s nejvyšší incidencí ZN (obr. 5). V roce 2011 činil počet nových případů o téměř 17 tisíc více, než v roce 2000. Zvyšování počtu nových případů nádorových onemocnění je pravděpodobně důsledkem jednak stárnutí populace, dále expozice karcinogenům v životním prostředí a v neposlední řadě zlepšující se diagnostiky, zejména plošného onkologického screeningu.¹ Tento trend však není provázen rostoucí úmrtností na nádorová onemocnění, která naopak v posledních několika letech mírně klesá. To lze vysvětlit zvyšující se kvalitou léčby, a také právě časnějším zachytem onemocnění, kdy je léčba úspěšnější. U mužů došlo mezi lety 2000 a 2011 k poklesu úmrtnosti na zhoubné novotvary o 17 %, u žen o 14 %. K výraznému poklesu intenzity úmrtnosti došlo u mužů u všech tří nejčastějších příčin úmrtí na ZN: úroveň úmrtnosti na ZN plic, ZN prostaty a ZN kolorekta se snížily o více než 20 %. U žen byl podobný pozitivní trend zaznamenán u ZN kolorekta a ZN prsu, avšak na rozdíl od mužů došlo u žen k nárůstu úrovně úmrtnosti na ZN plic, a to o 5 %. Tento rozdílný vývoj mezi muži a ženami je patrně způsoben rozdílnou fází šíření kuřáctví v populaci. Klesající trend je patrný také v případě tzv. předčasné úmrtnosti na zhoubné nádory, tedy úmrtnosti ve věku do 64 let (SDR) (obr. 6,7). U mužů v této věkové skupině došlo mezi lety 2000 a 2011 k poklesu intenzity úmrtnosti na ZN o 23 %, u žen o 17 %. Úmrtnost na rakovinu plic se snížila u mužů do 64 let o 34 %, avšak pouze o 1 % u žen do 64 let.

Diabetes mellitus

Narůstá počet lidí trpících cukrovkou (diabetes mellitus) II. typu, což souvisí mimo jiné také se stárnutím populace. S diabetem se v současné době v Česku léčí asi tři čtvrtě milionu lidí. Oproti roku 2000 bylo v roce 2011 o 130 tis. diabetiků více (obr. 8). Vzrůstá také absolutní počet komplikací diabetu. Počet případů retinopatie (onemocnění oční sítnice) stoupl mezi lety 2000 a 2009 zhruba o 28 %, nefropatie (onemocnění ledvin) o 71 %, výskyt diabetické nohy o 16 %. Roste také absolutní počet vyplývajících vážnějších důsledků: zdvojnásobil se

¹ Od roku 2002 byl zahájen celoplošný program mamografického screeningu, od roku 2008 (oficiálně) cervikálního screeningu, od roku 2009 kolorektálního screeningu.

počet případů nedostatečnosti ledvin, o 14 % přibylo případů slepoty a o 44 % amputací končetiny (obr. 9). Počet případů retinopatie na 100 000 diabetiků mezi lety 2000 a 2009 stoupl o zhruba o 7 %. V roce 2009 bylo z celkového počtu pacientů s diabetickou retinopatií 2,5 % postiženo slepotou. Také počet případů onemocnění ledvin na 100 000 diabetiků v uvedeném období stoupl, a to o 43 %. V roce 2009 mělo 34 % z celkového počtu nemocných již známky snížené funkce ledvin. Stále existují diabetici, a podle statistik i část lékařů, kteří důsledně neakceptují přísnou kontrolu a léčbu všech přítomných cévních rizikových faktorů. Důvodem může být nepoměr mezi vysokými náklady na vyžádanou péči a léčbu a nízké zisky z povolených zdravotních výkonů, které mohou být na diabetologii prováděné. Vysoké náklady na testování glykovaného hemoglobinu a mikroalbuminurie vedou k jejich omezené indikaci. Přesto je třeba pokračovat v zavádění monitorace těchto rizikových parametrů onemocnění cév u nemocných cukrovkou přímo do ambulance diabetologa a pokračovat v edukaci lékařů i nemocných.

Nemoci svalové a kosterní soustavy, invalidita

V důsledku vážného onemocnění nebo úrazu může dojít ke vzniku invalidity, tedy ke ztrátě či snížení pracovní schopnosti a soběstačnosti. Počet vyplácených plných invalidních důchodů se v porovnání let 2000 a 2012 v absolutních počtech téměř nezměnil, v roce 2012 činil 425 718. Při přepočtu na 100 000 obyvatel došlo v roce 2012 k malému poklesu oproti roku 2000. Naopak počet částečných invalidních důchodů na 100 000 obyvatel vzrostl mezi roky 2000 a 2012 o 42%. Podle Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí (VÚPSV) se ČR řadí mezi státy s relativně vyšší mírou invalidity obyvatel (obr. 10).

Nejčastějšími příčinami přiznání invalidního důchodu jsou spolu s nádorovými onemocněními nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně – sk. 13 (obr. 11). Počet nově přiznaných plných invalidních důchodů pro tyto nemoci na 100 000 obyvatel mezi lety 2003 – 2010 poklesl o 12 %, u částečných invalidních důchodů došlo naopak k nárůstu o 10 %. Počet případů pracovní neschopnosti v důsledku těchto onemocnění se mezi lety 2000 a 2009 snížil na polovinu, naopak došlo k nárůstu hospitalizovanosti o 20 %, výrazně zejména ve věkové kategorii 50-54 let a vyšších. Pokud jde o diagnózy zánětlivé polyartropatie (MKN-10, M05-M14) a artrózy (M15-M19), došlo mezi lety 2000 a 2009 ke snížení počtu případů hospitalizace o 57 %, respektive o 40 %. Výskyt pracovní neschopnosti pro onemocnění krčních a jiných meziobratlových plotének poklesl ve sledovaném období na polovinu. Naopak dvojnásobný nárůst byl zaznamenán u onemocnění měkké tkáně (M60-M79), kam patří onemocnění svalů a také synoviální blány a šlachy.

Podle materiálu Vývoj invalidity v České republice a ve vybraných zemích v letech 2003-2008 (VÚPSV, 2010) je klíčovým faktorem v systému péče o invalidní a potenciálně invalidní pacienty léčebná rehabilitace. Diagnostická a léčebná rehabilitační péče zmírňuje průběh a následky chorobných a úrazových stavů. V současné době není u nás rehabilitační péče v dostatečné míře využívána. Lékař nemá povinnost pacientům léčebnou rehabilitaci

doporučit. Pokud pacient nabídnutou rehabilitační péčí odmítne (a nespolupracuje tak na zlepšení svého zdravotního stavu), nejsou z toho vyvozovány žádné důsledky.

Alergická onemocnění

Podle odhadu trpí asi 20 % světové populace alergickým onemocněním a astma se v průběhu 90. let 20. století stalo jednou z nejčastějších chronických nemocí vůbec. Současné studie ukazují, že výskyt alergických onemocnění v Evropě má stále rostoucí trend a již není omezen na specifickou sezónu nebo prostředí. Výskyt astmatu v dětském věku je zřetelně vyšší než u dospělých. U dětí v ČR je odhadován na 5 – 15 % v závislosti na věku dětí a metodikách prováděných studií. Podle periodicky opakovaného šetření prevalence alergií² bylo v roce 2006 lékařem diagnostikováno astma u 8 % dětí, což představuje nárůst o polovinu ve srovnání s rokem 1996. Výskyt příznaků astmatu byl v roce 2001 udáván u 9,4 % dětí, v roce 2006 již u 14 %. Podle tohoto šetření vzrostl počet dětí s diagnostikovaným alergickým onemocněním v průběhu deseti let téměř dvojnásobně: ze 17 % v roce 1996 na 32 % v roce 2006. Nejčastějším onemocněním je alergická rýma pylová a atopický ekzém; obě tyto alergie činí přes polovinu všech diagnostikovaných alergických onemocnění. V současné době je třeba brát v úvahu několik hypotéz o příčinách nárůstu astmatu a alergií, například zvýšení expozice celoročně působících alergenů, vlivy výživy, změny životního stylu a změny v imunologické odezvě. Tyto změny se mohou vyvíjet také v důsledku nedostatečného kontaktu s nejrůznějšími mikroorganismy, zvýšené hygieny, zvýšeného používání antibiotik a rozvoje očkování. Jedním z rozhodujících vlivů na kvalitu života alergika je včasná diagnostika a následná léčba nemoci. Nedostatečná diagnostika astmatu a alergických onemocnění vede k neadekvátní kontrole onemocnění a k vyšším nákladům na léčení. Klíčovým prvkem v systému péče je úloha praktického lékaře pro děti a dorost, který by si měl být vědom vysoké prevalence astmatu a na tuto diagnózu u pacientů aktivně myslet. Úlohou specialisty-alergologa je především potvrzení diagnózy, doplnění podrobných vyšetření funkce plic, alergologického vyšetření a také řádná edukace nemocného včetně stanovení dlouhodobého plánu péče. Důležité je zvyšovat povědomí lidí o těchto nemocech, o významu včasného a správného léčení a důležitosti rizikových faktorů a rizikového chování.

Orální zdraví

Informací o stavu orálního zdraví české populace není mnoho, poslední data sbíraná Ústavem zdravotních informací a statistiky pocházejí z roku 2003. Lze konstatovat, že počet dětí bez zubního kazu roste, nicméně podle posledních údajů studie z let 2008/2009³ je pouze asi 50 % 5ti-letých dětí bez zubního kazu. Průměrná hodnota kazivosti (KPE) zubů (zkažený, chybějící nebo zaplombovaný zub) u 12ti-letých klesá, avšak velmi pomalu (v roce 2003 2,96 na dítě, v období 2008/2009 2,14). Byl zjištěn závažný nárůst počtu neošetřených zubních kazů (klesající restorativní index). To svědčí pro zařazení programů podpory orálního zdraví do

² Šetření koordinované SZÚ v rámci Systému monitorování zdraví a životního prostředí realizované v 5ti-letých intervalech, www.szu.cz/tema/prevence/alergicka-onemocneni-v-detske-populaci-v-cr

³ Štěpánka Bálková: Monitorování orálního zdraví u dětí v ČR, atestační práce, IPVZ, 2010 pra.ipvz.cz/download.asp?docid=284

koncepte podpory zdraví a zdravého životního stylu populace. Při edukaci pacientů záleží v současné době na vůli a ochotě zubních lékařů. Čas na preventivní prohlídku spojenou s řádnou edukací pacienta neodpovídá ohodnocení výkonu zdravotní pojišťovnou. Ke zlepšení stavu orálního zdraví by měly být koncipovány celoplošné efektivní preventivní a profylaktické programy podpory orálního zdraví, dosud existují pouze ojedinělé projekty. Na ministerstvu zdravotnictví byla v roce 2008 ustavena Komise pro prevenci v zubním lékařství, jejímž úkolem je připravit návrh národního programu prevence v oblasti zubní péče, zejména pro věkové skupiny předškolních a školních dětí.

Rizikové faktory životního stylu, primární prevence

Pozitivní vývoj zdravotního stavu obyvatelstva po roce 1990 byl ovlivněn řadou faktorů. K nejvýznamnějším patřila zejména zvýšená dostupnost moderní zdravotnické techniky, vysoce účinných léčiv, zavádění moderních léčebných metod, výrazný vzestup počtu výkonů zdravotnických služeb (např. kardiologických operací). V posledních několika letech je růst naděje dožití zpomalen, což souvisí se zpomalením poklesu úmrtnosti; zdá se, že některé prvotní stimuly růstu se již vyčerpaly. Z dlouhodobého hlediska hlavní úlohu v redukcii chronických neinfekčních onemocnění má primární prevence - pozitivní ovlivňování faktorů životního stylu soustavnou a dlouhodobou edukací a motivací obyvatelstva v oblastech výživy, pohybové aktivity, zvládání stresu, kuřáckých zvyklostí apod., které se zatím nedaří dostatečně zlepšovat. Kvalifikované a srozumitelné informování občanů i orgánů a institucí, které se podílejí na ovlivnění zdravotního stavu obyvatelstva, o možnostech a cestách ke zdravému způsobu života a vytváření zdravého prostředí se děje zejména prostřednictvím intervenčních programů Zdravé město, Zdravá škola a Zdravý podnik. Žádoucí participace občanů na podpoře, ochraně a rozvoji vlastního zdraví i zdraví spoluobčanů však zůstává stále na nevyhovující úrovni.

Chronická neinfekční onemocnění, která jsou zejména determinována obezitou v důsledku špatných stravovacích návyků a nedostatečnou pohybovou aktivitou, tak představují v rozvinutých zemích nejčastější příčinu úmrtí. Podle Světové zdravotnické organizace by bylo možno zdravou výživou, přiměřenou fyzickou aktivitou a nekouřením zabránit vzniku ischemické choroby srdeční z 80 %, cukrovky 2. typu z 90 % a nádorů ze 30 %. Dostupná data ukazují, že se v české populaci zvyšuje počet osob s nadměrnou hmotností - polovina dospělých má vyšší než normální hmotnost (54 %) a tento podíl se nedaří snižovat. Podíl obézních osob od počátku 90. let stoupá, v roce 2008 bylo obézních 17 % dospělé populace (obr. 12). Přitom choroby spojené s obezitou jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí, kterým je možné předcházet, po onemocněních souvisejících s kouřením. Také podíl dětí s vyšší než normální váhou roste. Podle tří etap mezinárodního šetření HBSC (*Health Behavior in School-aged Children*) vzrostl mezi lety 2001/2002 a 2005/2006, 2010/2011 tento podíl u 13ti-letých chlapců o zhruba 30 % a dívek o 40 %. Sledování výskytu obezity v populaci zařadily některé evropské země jako jeden z indikátorů udržitelného rozvoje/života. Mezi hlavní cíle aktualizovaného dokumentu ochrany a podpory veřejného zdraví je třeba zahrnout prosazování ozdravení stravovacích návyků a zvýšení úrovně pohybové aktivity populace,

zastavení nárůstu prevalence nadváhy a obezity v populaci a zastavení nárůstu komorbidit obezity (kardiometabolických onemocnění) léčbou obezity.

Výsledky české studie HELEN⁴ (*Health, Life style and Environment*) ukazují, že dostatečná⁵ pohybová aktivita ve středním věku, důležitá také pro udržení fyzické zdatnosti v rámci zdravého stárnutí, klesla mezi lety 1999-2009 u mužů i u žen. V roce 2009 se nezabývalo žádnou cílenou pohybovou činností přes 30 % populace v tomto věku. Podle mezinárodní studie HBSC z let 2005/2006 kolem 80 % 11ti-letých českých dětí nesplňovalo doporučení pro dostatečnou pohybovou aktivitu v dětství⁶.

Je potřeba vytvářet antiobezitogenní prostředí podporou pohybové aktivity a utvářením bezpečného prostředí ve městech a obcích, správné výživy prostřednictvím bezpečných a nutričně hodnotných potravin, vytvářením prostředí podporujícího zdravou volbu jako tu nejjednodušší („make healthy choice easy choice“), podporou aktivní dopravy, podporou pasivní prevence inovací složení potravinářských výrobků, regulací nevhodných marketingových aktivit, značení potravin, podporou správné výživy a stravovacích návyků. Je potřeba podporovat pohyb jako nedílnou součást životního stylu, nikoli zaměřovat se pouze na podporu vrcholového sportu.

Dalším krokem primární prevence je realizace preventivních prohlídek a zejména screeningových programů zaměřených na včasné vyhledávání nemocných a vytipování rizikových osob. Realizace těchto programů však většinou naráží na nedostatek finančních prostředků, přestože z dlouhodobého hlediska jsou tyto programy efektivnější a i výrazně levnější než pozdější terapie. Kromě zajištění finančních prostředků na screeningové programy je třeba zajistit účast obyvatel ve screeningových programech, která dosud není dostatečná (Tab. 2), a to cíleným zvaním k vyšetření, postaveným na využití databáze pojištěnců zdravotních pojišťoven.

Politika v oblasti prevence neinfekčních chronických onemocnění nemá náležitou politickou podporu ani rozpočtovou prioritu. Dosud také neexistuje dostatečný tlak veřejnosti, například na kvalitu potravin, kdy jsou preferovány finančně dostupnější energeticky bohaté, ale nutričně chudé potraviny. Není finančně zajištěn trvalý systém sběru dat pro hodnocení zdravotních rizik životních podmínek a výzkum v této oblasti.

Je třeba pokračovat v nastartovaných aktivitách a podporovat dotační programy jako nástroje orgánů státní správy k naplňování úkolů národních strategií. V roce 2005 byla zřízena Národní rada pro obezitu, která se zabývá problematikou výživy a potravin, fyzické aktivity, léčby obezity, dětské obezity, komunitními programy a edukací.

⁴ Studie koordinovaná Státním zdravotním ústavem na reprezentativním vzorku městské populace ve věku 45-54 let, www.szu.cz/publikace/subsystem-vi

⁵ minimálně 3,5 hodin týdně cílené fyzické aktivity

⁶ minimálně 1 hodina pohybové aktivity denně, podle US CDC a ministerstva zdravotnictví UK

Tab. 2 Podíl osob účastnících se screeningových programů (%)

Rok	Cervikální screening	Mamografický screening	Kolorektální screening
	ženy ve věku 20–69 let	ženy ve věku 50–69 let	osoby ve věku 50+
2001	33,3		
2002	34,1		
2003	35,8		
2004	36,5	25,7	
2005	37,4	31,4	
2006	37,5	35,6	
2007	39,5	42,6	16,0*
2008	46,1	49,6	

*Pozn.: údaj za období 2006/2007

Zdroj: ÚZIS, www.kolorektum.cz

Návykové látky

Podíl kuřáků (včetně příležitostných) se v populaci ČR pohybuje v rozmezí 28-32 %. V průběhu let 1997–2010 nedošlo ke snížení prevalence kouření (obr. 13), ani nebyl zaznamenán trend ve snaze zanechání kouření. Stále platí, že tabákové výrobky užívají více dospělí muži než ženy. Podle studie HBSC (*Health Behavior in School-aged Children*) výskyt užívání tabákových výrobků u dětí a mladistvých po roce 2002 klesal, nicméně při posledním šetření v roce 2010 je zřejmý opětovný nárůst ve srovnání s rokem 2006 (obr. 14). Projevuje se v zemích západní a severní Evropy již nastoupený trend převažujícího počtu kouřících dívek nad chlapci (22 % 15ti-letí chlapci versus 28 % 15ti-leté dívky, 2010). V této studii bylo prokázáno, že kouření (i jeho intenzita) má úzký vztah k vyššímu výskytu jiných forem návykového chování. Podle studie GYTS (*Global Youth Tobacco Survey*) z roku 2011 kouří cigarety 31 % českých žáků ve věku 13-15 let. Z výsledků této studie také vyplývá, že dostupnost tabákových výrobků je u mladých lidí i navzdory nově zavedeným legislativním opatřením po roce 2002 vysoká. Také ochrana dětí a mladistvých proti expozici nepřímému tabákovému kouři je nedostatečná. Dlouhodobě zůstává problémem expozice tabákovému kouři v domácím prostředí. Podle provedených šetření⁷ je třeba považovat tuto expozici za relativně vysokou - zhruba jedna třetina českých dětí a mladistvých žije v kuřáckých domácnostech, kde jsou vystaveni tabákovému kouři. Na základě odborných studií je odhadováno, že v zemích bývalé EU25 více než 16 tisíc nekuřáků umírá v důsledku expozice tabákovému kouři doma.⁸

Spotřeba alkoholu je stabilizována na relativně vysoké úrovni přibližně 10 litrů čistého alkoholu za rok na obyvatele, včetně dětí. Nepříznivá je rovněž skladba spotřeby alkoholických nápojů, kdy sice přibližně polovina celkové spotřeby je ve formě piva, ale zhruba třetinu spotřeby reprezentují lihoviny. Podle výsledků šetření SZÚ (2012)

⁷ Studie GYTS 2007, šetření prevalence alergických onemocnění - Systém monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ČR ve vztahu k životnímu prostředí, SZÚ

⁸ Green Paper. Towards a Europe free from tobacco smoke: policy options at EU level. Brussels, Commission for the European Communities, 2007.

o spotřebním chování dospělé populace vůči alkoholu se 18 % mužů a 11 % žen vystavuje riziku zdravotních problémů způsobených nadměrnou spotřebou alkoholu⁹. Na obr. 15 je znázorněn vývoj zemřelých podle vybraných diagnóz souvisejících s užíváním alkoholu v letech 1999 až 2012. K mírnému zvýšení došlo u počtu úmrtí souvisejících s alkoholickými onemocněními jater.

Varovná je i situace dětí a mladistvých, u kterých je konzumace alkoholu včetně jejich obzvláště zdravotně nežádoucích forem velmi rozšířená. Z výsledků studie HBSC (2010) vyplynulo, že ve věku 13 let konzumuje minimálně jednou týdně alkohol 15 % chlapců a 10 % dívek (ve věku 11 let 6,9 % chlapců a 4 % dívek), viz. Tab. 3.

Tab. 3 Pravidelné pití alkoholických nápojů u dětí školního věku podle věku a pohlaví (%)

(Pravidelné pití je definováno jako pití daného nápoje s frekvencí jednou týdně a častěji.)

		Věková skupina											
		11 let				13 let				15 let			
Druh nápoje	Pohlaví	1998	2002	2006	2010	1998	2002	2006	2010	1998	2002	2006	2010
Pivo	Chlapci	14,1	9,3	9,1	6,9	15,0	21,1	15,0	16,8	29,3	36,9	35,6	38,8
	Dívky	6,7	4,0	3,6	4,0	8,5	8,0	10,0	10,4	14,2	23,1	20,5	20,4
Víno	Chlapci	3,0	2,1	2,2	2,8	2,5	6,4	5,1	7,0	4,7	10,9	10,0	11,8
	Dívky	0,5	1,0	0,4	1,3	1,8	3,3	4,5	5,8	6,5	12,1	9,6	14,1
Lihoviny	Chlapci	1,9	1,4	1,1	1,5	2,8	2,7	3,5	3,5	5,5	10,6	10,2	12,7
	Dívky	0,7	0,0	0,1	0,4	0,8	0,5	2,3	4,0	3,2	6,4	6,5	9,6

Pozn.: pravidelné pití je definováno jako pití daného nápoje s frekvencí jednou týdně a častěji.

Zdroj: SZÚ, HBSC 1998–2010

Podle studie ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, 2011) nadměrné dávky alkoholu (5 a více sklenic při jedné příležitosti) konzumovalo více než třikrát v posledním měsíci 21 % 16ti-letých žáků.

Zkušenosti s užitím drog v obecné populaci se zvyšují. Dosud byly realizovány tři studie zaměřené na užívání nelegálních drog: v letech 2004 a 2008 (*Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v r. 2004, resp. 2008, 2012*). Přestože srovnatelnost studií není úplná, velmi pravděpodobně došlo k nárůstu prevalence užívání nelegálních drog v obecné populaci, zejména mladými dospělými. Mezi nimi dosáhla ČR v r. 2012 nejvyšších prevalencí užívání konopných drog, extáze, stimulantů amfetaminového typu a halucinogenů v Evropě. Prevalence problémových uživatelů drog, tj. zejména injekčních uživatelů drog a dlouhodobých, pravidelných uživatelů opiátů/opioidů a pervitinu (metamfetaminu) neklesla.

⁹ zdravotně rizikové dávky alkoholu větší než 40 gramů pro muže a 20 gramů pro ženy za den

V letech 2004–2012 byl stabilní či mírně sestupný trend výskytu smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami (tzv. přímých drogových úmrtí).

V roce 2006 vstoupil v účinnost zákon č.379/2005 Sb.o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, který se týká omezení dostupnosti tabákových výrobků a alkoholu. Právní úprava týkající se zákazu kouření v restauračních a dalších společenských zařízeních, zůstává prozatím nedostatečná (i v porovnání s řadou jiných zemí EU a navzdory jednoznačným výsledkům reprezentativních studií veřejného mínění) a z hlediska prevence a ochrany před pasivním kouřením spíše neúčinná. Z hlediska mezinárodního - došlo k ratifikaci WHO Rámcové úmluvy o kontrole tabáku, která je z hlediska kontroly tabáku důležitou mezinárodní právní dohodou.

Pokud jde o léčbu závislosti na tabáku - od roku 2004 vznikají v ČR Centra léčby závislosti na tabáku. Léčba závislosti na tabáku je však dostupná i mimo tato centra. Pomoc při léčbě závislosti mohou nabídnout i praktičtí lékaři, případně lékárníci, kteří podají odborné poradenství a doporučí náhradní nikotinovou léčbu. Poradenství a léčba v oblasti závislosti na návykových látkách je v ČR poskytována v rámci stávajících ambulantních zařízení a lůžkových zařízení. Podařilo se vybudovat a udržet příznivý stav dostupnosti relativně široké nabídky služeb pro uživatele nelegálních drog a jejich blízké. Podpora služeb kontaktních a poradenských služeb, terénních programů, programů léčby a následné péče ze strany státu je zajišťována zejména dotačními tituly RVKPP (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky) a resortů - MZ a MPSV. V současné době je připravována koncepce adiktologické¹⁰ péče, v rámci které by měla být definována minimální síť služeb pro osoby závislé na návykových látkách. Bylo zřízeno Koordinační, monitorovací a výzkumné pracoviště (KMVP) pro implementaci Evropské strategie kontroly tabáku a Evropského akčního plánu o alkoholu. V letech 2003–2012 pracoviště plnilo úkoly stanovené statutem a řešilo další úkoly na základě aktuální situace v problematice tabáku a alkoholu. V posledních letech však dochází ke snížení počtu pracovníků a finančních prostředků na činnost pracoviště. Jako negativní jsou vnímány omezené možnosti v ovlivňování a realizaci aktivit vedoucích k snižování dopadu kouření tabáku a užívání alkoholu na zdraví populace.

V následujících letech je třeba se zaměřit na zvýšení informovanosti veřejnosti o škodách působených tabákem a alkoholem, využívat přitom nových komunikačních technologií. Dále omezit marketing alkoholických nápojů a tabákových výrobků, zlepšit systém koordinace primární prevence a podpory zdraví, zlepšit dostupnost léčby závislosti na tabáku a alkoholu a provázanost s dalšími službami. Pro další rozvoj činnosti je třeba zajistit stabilní systém pravidelného sběru dat a jejich hodnocení, to vše podpořit navýšením finančních prostředků z veřejného rozpočtu do příslušných dotačních programů.

¹⁰ Zabývá se [závislostmi](#), jejich [prevencí](#), [původem](#), léčbou, výzkumem, poradenstvím a jinými souvislostmi. V užším pojetí se zabývá závislostmi na [návykových látkách](#).

Infekční onemocnění

U některých infekčních onemocnění přetrvává příznivá situace. Byla eliminována dětská obrna, novorozenecký tetanus či nezavlečené spalničky, řadu onemocnění se podařilo významně snížit (např. záškrť, TBC), a to díky vysoké proočkovanosti. Každoročně je prováděna administrativní kontrola proočkovanosti dětské populace u pravidelných očkovaní dle očkovacího kalendáře. Žádoucí jsou také odhady proočkovanosti proti nemocem, které nejsou v očkovacím schématu, a proočkovanost dospělé populace a různých věkových skupin. Také imigrace podmiňuje potřebu věnovat pozornost očkovaní a případně kontrole proočkovanosti u skupin osob s potenciálně horším přístupem ke zdravotní péči.

Na druhou stranu od roku 2007 roste výskyt syfilis (obr. 24), zejména u mužů majících sex s muži. Také výskyt HIV/AIDS má v posledních letech vzestupný trend (obr. 25 a 26). Zatímco v roce 2000 bylo hlášeno 58 případů HIV pozitivních, v roce 2012 již 212 (týká se občanů ČR a cizinců s dlouhodobým pobytem), což představuje téměř trojnásobný nárůst. Počet nově hlášených onemocnění AIDS stoupl z 15 v roce 2000 na 23 v roce 2009. Preventivní programy/aktivity nejsou dostatečné ve všech cílových skupinách – mládeže, migrantů a cizinců, zejména ze zemí východní Evropy a Subsaharské Afriky, a ve zranitelných skupinách HIV pozitivních osob a jejich partnerů, osob v erotickém průmyslu, vězňů a pacientů s pohlavně přenosnými infekcemi. Klesá dostupnost anonymního bezplatného testování na HIV, zejména v regionech, a projevuje se nedostatek finančních prostředků na preventivní aktivity.

Vývoj epidemiologické situace v roce 2009-2012 byl v ČR stejně jako v ostatních státech poznamenán vyhlášením pandemie chřipky způsobené novou variantou chřipkového viru (Pandemic H1N1). Význam systému surveillance akutních respiračních onemocnění se osvědčil zejména v době vyhlášení 6. st. pandemické pohotovosti. Proočkovanost proti sezónní chřipce zůstává v ČR i nadále nízká. Ačkoliv se očkovaní proti chřipce doporučuje zejména u osob nad 65 let věku a osob s chronickými onemocněními, očkovaní i dalších populačních skupin je též žádoucí nejen z hlediska individuální ochrany jednotlivce, ale i pro omezení šíření chřipkového viru. Ke zlepšení situace by měla přispět realizace úkolů obsažených v Národním akčním plánu na zvýšení proočkovanosti proti chřipce.

V posledních letech je v řadě zemí Evropy zjišťován vzestup nemocí, proti nimž jsou dostupné očkovací látky – např. černého kašle (obr. 27) a příušnic (obr. 28), i u očkovaných osob, nebo vzestup nemocnosti a smrtnosti působený hypervirulentními klony – např. meningokokových invazivních onemocnění. V rámci epidemiologické i virologické surveillance infekčních agens je nutné průběžně udržovat i připravenost na zvládnutí nových a závažných patogenů, jako jsou např. nové subtypy chřipkového viru typu A nebo nové, k antituberkulotikům rezistentní kmeny *M. tuberculosis*. K tomu je zapotřebí organizační i finanční zajištění kontroly a reakcí na tuto skupinu infekcí.

Každoroční počet hlášených infekčních onemocnění v ČR dosahuje kolem 150 000 a za období 1997-2012 má nemocnost infekčními onemocněními setrvalý trend (obr. 29). Tato

situace zasluhuje řešení právě v oblasti primární péče, včetně očkovacích programů cílených na děti a dospělou i starší populaci. Rovněž je žádoucí vzít v úvahu skutečnost, že s přibýváním pacientů s chronickými neinfekčními onemocněními (diabetes, novotvary, poruchy imunity, kardiovaskulární choroby) stoupá v populaci proporce osob ve zvýšeném riziku k výskytu infekčních onemocnění a úmrtí na infekční onemocnění (obr. 30). Pro tuto rizikovou část populace je žádoucí vybudovat speciální programy prevence infekčních onemocnění, včetně vakcinačních strategií.

Sociálně - ekonomické podmínky a zdraví

Je dostatečně prokázaným faktem, že zdraví je ovlivněno sociálně ekonomickými podmínkami života; ty jsou dány úrovní vzdělání, sociálním postavením, pracovními podmínkami, příjmem apod. Pokračující sociální diference společnosti může mít za následek nepříznivý dopad na zdraví znevýhodněných skupin populace. Nadnárodní zdravotní organizace prosazují jako jednu z priorit v oblasti veřejného zdraví bránit zhoršování a naopak zlepšovat zdravotní stav znevýhodněných populačních skupin. Cesty jsou prostřednictvím zapojení do celoživotního učení, podporou zaměstnanosti těchto skupin obyvatel a vytvářením pracovních příležitostí, a také pomocí cílených programů podpory zdraví.

V ČR klesá od roku 2005 dlouhodobá nezaměstnanost jen velmi mírně (obr. 16). Dlouhodobou nezaměstnaností jsou nejvíce ohrožené skupiny osob, u kterých dochází ke kumulaci různých znevýhodnění, jako např. zdravotní postižení, nízká kvalifikace, věk do 25 nebo nad 50 let, nezaměstnanost déle než 6 měsíců, potřeba zvláštní pomoci (osoby pocházející ze sociokulturně znevýhodněného prostředí apod.). Podle šetření EU-SILC (*European Union – Statistics on Income and Living Conditions*) žilo v ČR v roce 2009 zhruba 8,6 % obyvatel v riziku chudoby. Nejvíce chudobou ohroženou skupinou jsou kromě nezaměstnaných (47 % v riziku chudoby) také neúplné rodiny s dětmi, z nichž 40 % žije pod hranicí chudoby. Pokud se týká seniorů, chudobou jsou více ohroženi senioři (65+), kteří žijí v domácnosti sami (příjem pod hranicí chudoby má 20 % seniorů v této skupině), než senioři (65+) jako populační skupina (8 %). Z hlediska trendu podíl osob v riziku chudoby celkově mírně klesá. Neklesá však vysoký podíl neúplných rodin s dětmi nacházejících se v riziku chudoby, u seniorů dokonce roste (obr. 17).

Národní akční plán sociálního začleňování 2008-2010 specifikuje cílové skupiny obyvatel, formuluje potřebná opatření a vytváří institucionální mechanismy. Mezi prioritní cíle patří prostřednictvím sociální pomoci a služeb posílit integraci osob a rodin sociálně vyloučených nebo tím ohrožených. Jedním z opatření ke zvyšování kvalifikace a v boji proti nezaměstnanosti je nová koncepce celoživotního učení. Efekty těchto opatření však zatím nebyly vyhodnoceny. Problémem podchycení diferencí ve zdravotním stavu z důvodu socioekonomických podmínek je absence informací o zdravotním stavu znevýhodněných či vulnerabilních skupin obyvatelstva. V rutinních statistikách nejsou z důvodů ochrany osobních údajů podchyceny žádné údaje, které by tyto skupiny obyvatel umožňovaly identifikovat. Řešením by bylo monitorování zdravotního stavu podle věku, pohlaví, skupin

diagnóz a sociálně-ekonomického zastoupení. Šetření zdravotního stavu cílená na tyto skupiny obyvatel nejsou až na výjimky organizována. Bylo by potřeba využívat výběrová šetření u nezaměstnaných, imigrantů, osamělých matek s dětmi apod. Je třeba rozhodnout, zda je vůle se problematikou zlepšování zdravotního stavu znevýhodněných skupin obyvatel v ČR zabývat a zda pro to budou poskytnuty potřebné finanční prostředky

Zdraví dětí a mládeže

ČR patří k zemím s velmi dobrou péčí o nejmladší populační skupiny. Hodnotami kojenecké úmrtnosti se řadí mezi země s nejnižší úrovní na světě (obr. 18), mezi lety 2000 a 2011 poklesla ze 4,1 na 2,74 ‰. Nízká úroveň kojenecké úmrtnosti je důsledkem zejména velmi nízké novorozenecké úmrtnosti, a to především časné.

Intenzita výskytu vrozených vývojových vad v České republice během posledních čtyřiceti let kolísala. V posledních 10-20 letech většinou docházelo k nárůstu četností hlášených vrozených vad. Není jasné, nakolik je zvýšení incidence vrozených vad důsledkem změn v registraci hlášení vrozených vad, pokroku v medicínských technologiích anebo narušením genofondu a změnami životního stylu populace. Incidence vrozených vad reflektuje i biosociální změny v populaci – změnu věkového zastoupení těhotných žen, zvyšující se podíl vícečetných gravidit, těhotenství po asistované reprodukci a další. U některých typů vrozených vad se četnosti v novorozenecké populaci snižují díky úspěšné prenatální diagnostice (defekty neurální trubice, Downův syndrom aj.), některé však i přes úspěšnou prenatální diagnostiku (ageneze/hypoplazie ledvin) nebo naopak pro nemožnost běžně prenatálně diagnostikovat (vrozené vady jícnu, anorektální malformace aj.) vykazují nárůst. Lze konstatovat, že podíl vrozených vad na úmrtnosti dětí se pravděpodobně nesnižuje. Prenatální záchyt vrozených vad měl od počátku evidence v roce 1985 stoupající tendenci jak v absolutních počtech, tak na 10 000 živě narozených. Od roku 1995 se nárůst zpomalil a zdá se, že při současných možnostech prenatální diagnostiky již bude pouze pozvolný.

Na počátku 70.let byl podíl živě narozených dětí s nízkou porodní hmotností (pod 2500 g) mírně nad 6 % a až do počátku let devadesátých pozvolna klesal. Příčinou tohoto pozitivního trendu byl rozvoj lékařské vědy a lepší odhalování rizik v těhotenství, která se daří udržovat do vyšších týdnů. Zhruba od poloviny 90. let se podíl dětí narozených s nízkou porodní hmotností opět zvyšoval a v roce 2009 dosáhl úrovně 7,6 % z celkového počtu živě narozených. Příčinou je komplex mnoha jevů. Narůstá počet dětí narozených po umělém oplodnění, počet dětí narozených z vícečetných porodů, zvyšuje se průměrný věk matek při porodu a tím i podíl žen rodičích ve věku nad 35 let, zvyšuje se tedy počet žen, které mají k předčasnému porodu vyšší sklony. Také medicína je již na takové úrovni, že se často podaří zachránit děti narozené ve 26. týdnu těhotenství nebo i dříve. Aktivity by měly být do budoucna zaměřeny zejména na prevenci rizikového chování těhotných (kouření, užívání alkoholu a návykových látek).

Těhotné ženy, u nichž lze předpokládat narození plodu s nízkou porodní hmotností, nebo ženy s rizikovým průběhem těhotenství, jsou směřovány do péče perinatologických center. Perinatálně ohroženým a postiženým dětem je poskytována vysoce specializovaná zdravotní péče, hrazená z veřejného zdravotního pojištění. Integrovaná raná péče o perinatálně ohrožené a postižené děti je poskytována v Plzni (FN Plzeň) a od roku 2010 pilotně v Praze (VFN). Je třeba podporovat budování standardizovaného systému integrované rané péče o perinatálně ohrožené a postižené děti také na regionální úrovni.

Díky koncepčně preventivnímu zaměření má současná pediatrie dobře zavedený systém preventivních prohlídek, cílených na sledování všestranného vývoje dětí a imunizační program na základě očkovacího kalendáře. Je však potřebné prosadit zákonnou povinnost registrace dětí u praktického lékaře pro děti a dorost.

Ukazatelem kvality života dětí je jejich názor na to, jak jsou spokojené s tím, co se okolo nich děje, jak jsou spokojeny se svým životem, s kamarády. Z výsledků mezinárodní studie HBSC z roku 2010 vyplývá, že většina českých dětí je se svým životem spokojená a považuje své zdraví za dobré anebo vynikající. Přesto je závažné zjištění, že 11 % jedenáctiletých dětí se necítí šťastně. Děti vyrůstající v příznivých rodinných podmínkách se cítí zdravější a šťastnější. Změny vnímání významu vlastního zdraví u dětí jsou znatelné, přesto je třeba prohlubovat systém vzdělávání a výchovy k zodpovědnosti za zdraví, pokračovat v systematické prevenci násilí šikany ve školách a školských zařízeních, ve vytváření podmínek pro volnočasové aktivity pro děti a mládež.

Nejčastější příčinou úmrtí dětí a mladých dospělých a třetí nejčastější příčinou úmrtí v celé populaci jsou v ČR úrazy. Podle statistik dochází k nejzávažnějším úrazům dětí v dopravním prostředí; nejčastějším místem vzniku úrazu dětí je domov a škola. Ve srovnání s rokem 2005 došlo v ČR v roce 2008 k významnému poklesu standardizované úmrtnosti dětí 0-14 let na vnější příčiny. Zatímco v roce 2005 byla tato úmrtnost 7,00 na 100 tis. dětí, v roce 2008 byla 4,34 na 100 tis. dětí. ČR se podle posledních dat z roku 2008 zařadila mezi státy EU s nižší hodnotou ukazatele úmrtnosti na vnější příčiny u dětí. Pro úraz je ročně hospitalizováno 26,5 tisíc a ambulantně ošetřeno 445 tisíc dětí do čtrnácti let.

V ČR existuje řada aktivit zabývajících se problematikou prevence dětských úrazů, díky kterým došlo v posledních letech ke zlepšení v úmrtnosti dětí v důsledku úrazů. Ustavení Mezioborňové pracovní skupiny pro prevenci dětských úrazů na MZ a vytvoření a následné plnění Národního akčního plánu prevence dětských úrazů na léta 2007-2017 lze považovat za zásadní krok systémového řešení problematiky dětských úrazů, který je velmi kladně hodnocen také orgány WHO a EU. Dosud nebyl ustaven sběr úrazových dat zákonem v rámci Národního registru úrazů. Preventivní aktivity stále nejsou dostatečně propojeny a koordinovány.

V současné době neexistují souhrnná validní data o násilí na dětech v ČR. Sběr údajů probíhá v rámci resortu Ministerstva vnitra, Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva zdravotnictví, České školní inspekce a Ústavem pro informace ve vzdělávání. Například v roce 2007 bylo evidováno celkem 5 435 trestných činů, které byly spáchány na dítěti, přičemž největší skupinu zde tvoří násilné a mravnostní trestné činy. Přitom připravovaný registr dětských úrazů poskytne data pouze o úmyslných úrazech/úrazech způsobených fyzickým násilím. V oblasti týrání, zneužívání a zanedbávání dětí bohužel přetrvávají nedostatky v mezioborové spolupráci mezi lékaři, psychology, policií, oddělení sociálně právní ochrany dětí atd. Další nedostatky spočívají v nízké efektivnosti preventivních programů a nedostatku finančních prostředků na plnění programů prevence. V rámci resortu zdravotnictví byla v roce 2008 vydána metodika „Postup lékařů primární péče při podezření ze syndromu týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte (sy CAN)“, která obsahuje též problematiku komerčního sexuálního zneužívání dětí, domácího násilí, obchodování a nedovolené manipulace a pronásledování. Syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte (syndrom CAN, *Child Abuse and Neglect*) byl v roce 2000 diagnostikován ve věkové skupině 0-14 let u 476 dětí (0,28 na 1000 registrovaných u dětského lékaře), v roce 2009 u 337 dětí (0,23 na 1000 registrovaných), což znamená mírný pokles. Podrobnou analýzu situace bude možné provést až na základě sběru validních dat týkajících se násilí na dětech, a to v rámci plnění Národního akčního plánu k realizaci Národní strategie prevence násilí v ČR na dětech na období let 2009-2010 a Národního akčního plánu k transformaci a sjednocení systému péče o ohrožené děti.

Stárnutí populace

Ve vyspělých společnostech se stále více lidí dožívá vyššího věku a také starší lidé žijí déle. Urychluje se tzv. demografické stárnutí populací. V období 2000-2009 se střední délka života u 65ti-letých českých mužů zvýšila o 1,5 roku a u žen o 1,2 roku. V roce 2009 měl před sebou 65ti-letý muž v průměru 15 let života a 65ti-letá žena necelých 19 let života (obr. 19). S prodlužováním délky života vyvstala otázka, zda snižování úmrtnosti nepovede k narůstání počtu let života ve špatném zdravotním stavu. Do popředí zájmu se tak dostává problematika zdravého, resp. úspěšného stárnutí a kvality života, soběstačnosti a chronických onemocnění ve stáří (zejména komplikace aterosklerózy, degenerativní onemocnění mozku, osteoporóza, osteoartróza, smyslová postižení, deprese, poruchy výživy a dekondice). Podpora a rozvoj soběstačnosti starších lidí, zachování funkčního stavu a jejich co nejdéle aktivní působení ve společnosti se stává prioritou zdravotních a sociálních politik vyspělých států.

V ČR naděje dožití ve zdraví ve věku 65 let¹¹ vzrostla v posledních pěti letech na 8 let u mužů a představuje 53 % zbývajících života, a na 8,3 let u žen, kde představuje 45 %. Vzhledem k celkově nižší naději dožití ve věku 65 let u mužů a zhruba stejné době prožité ve zdraví tak stráví starší ženy větší podíl života v horším zdravotním stavu než muži.

¹¹ Podle European Health Expectancy Monitoring Unit na základě šetření SILC

Seniorská populace je ze zdravotního hlediska velice heterogenní a vyžaduje pochopitelně různorodé přístupy a projekty. Část seniorů je typicky geriatrickými pacienty, kdy do popředí vystupuje stařecká křehkost (frailty), atypičnost chorobných stavů, mnohočetnost jejich obtíží a tzv. „nemocnost bez chorob“. Jen u menší části seniorů dochází ke ztrátě soběstačnosti, která je kromě zdravotních potíží důsledkem nároků prostředí a sociální situace. Na základě mezinárodní studie o zdraví a stárnutí v Evropě s názvem *The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE) má ve věku 70-79 let alespoň jedno omezení v každodenních aktivitách kolem 10 % českých seniorů a problémy se zvládnutím chodu domácnosti čtvrtina seniorů v tomto věku. U seniorů nad 80 let je to již kolem 30 % a tento podíl s vyšším věkem dále výrazně stoupá. Subjektivně hodnocené zdraví celé české populace se v posledních dvaceti letech výrazně zlepšilo, k jednomu z nejvýraznějších zlepšení došlo právě ve věkové skupině 65-74 let. Podíl mužů v této věkové skupině hodnotících své zdraví pozitivně mezi roky 2002 a 2008 vzrostl na 60 % a žen na 40 %¹². Tento trend však již neplatí pro věkovou skupinu 75+, kde podíl osob hodnotících své zdraví jako dobré nebo velmi dobré naopak poklesl (obr. 20).

Podle Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří) je většina zdravotní péče v současnosti organizována na modelu akutní péče, který neodpovídá potřebám starších a chronicky nemocných pacientů. Praxe je taková, že senior po propuštění z akutní péče, pokud není možno zabezpečit domácí péči, jde do léčebny dlouhodobě nemocných. Podle analýzy a prognózy potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením, kterou vydal VÚPSV v roce 2010, nedošlo na celorepublikové úrovni od roku 1995 k výrazným změnám z hlediska rozsahu péče v domovech pro seniory, ve struktuře vybavenosti službami pro seniory, ani z hlediska rozsahu pečovatelské služby, nedostatečná je podpora pro rozvoj a rozšiřování služeb domácí péče. Podle této zprávy se současné evropské trendy v odklonu od péče poskytované v rezidenčních zařízeních k péči poskytované v přirozeném domácím prostředí seniorů uplatňují v ČR pouze ve velmi omezeném měřítku. Při MPSV vznikl expertní panel k sociálně zdravotní péči, jehož hlavním cílem je zpracovat koncepci rozvoje systému zdravotních a sociálních služeb v modelu dlouhodobé péče a navrhnout systém jeho financování. Panel se pokouší navrhnout koncepci dlouhodobé péče, která bude navazovat na obory geriatric a gerontologie.

Je třeba zvážit, zda mezi cíle aktualizovaného dokumentu Zdraví 21 zahrnout zejména rozvíjení zdravotního potenciálu a funkční zdatnosti seniorů (zajištění preventivních aktivit v oblasti podpory zdravého životního stylu starších lidí, včetně preventivních prohlídek ve středním věku), nebo také nutné změny ve zdravotní, následné a dlouhodobé péči o seniory. V případě, že aktivity v rámci aktualizovaného Zdraví 21 budou zaměřeny také na péči o seniory, je nutno podniknout kroky k tomu, aby se systém péče přizpůsobil faktu, že ve starším věku existují komplexy obtíží, kdy se nejedná o jednotlivé indexové nemoci. V rámci zdravotní péče je proto třeba se zaměřit na geriatrické obtíže mimo model nemocí.

¹² Ukazatel sledovaný v rámci studií HIS a EHIS, zdroj ÚZIS.

Málo se ví o zacházení s tzv. křehkostí seniorů a s multikauzálními geriatrickými syndromy (syndrom instability s pády, syndrom hypomobility apod.). Je potřeba také přizpůsobit vzdělávání nových lékařů v tomto oboru tak, aby nebyli produkováni pouze úzce zaměřeni odborníci. Dále je potřeba zajistit koordinaci jak zdravotních, tak sociálních služeb pokud možno v přirozeném prostředí seniora.

Duševní zdraví

Nárůst závažnosti problematiky duševního zdraví souvisí na jedné straně se stárnutím populace a prodlužováním naděje dožití a na straně druhé změnami životního tempa a měnícího se životního stylu, změn ve společnosti, ekonomické krize, nezaměstnanosti a dalších civilizačních aspektů. Proto péči o duševní zdraví nelze redukovat pouze na poskytování zdravotních služeb v oboru psychiatrie. Měla by být prioritou společnosti a jako priorita zasahovat co nejširší oblast životních podmínek populace. Bohužel, v ČR nebyl dosud vytvořen komplexní program péče o duševní zdraví populace ani o psychiatricky nemocné. Podle odhadu Světové zdravotnické organizace má s duševním zdravím problémy 15-20 % evropské populace. V České republice stoupá incidence neurotických a afektivních poruch. Počty sebevražd dle statistik v české populaci v posledních letech klesají, s výjimkou věkové skupiny 50-59 let a ve vysokých věkových skupinách. Publikované údaje jsou nicméně zřejmě podhodnoceny.

V příštích letech je třeba se zaměřit na transformaci psychiatrické péče, včetně jejího financování. Měla by pokračovat snaha o přesun akutní péče z léčeben do psychiatrických oddělení, domácí péče a krizových center. Dosud se nepodařilo změnit strukturu sítě psychiatrických lůžek a komunitních služeb tak, jak bylo cílem a nadále zůstává nevyjasněná otázka vztahů a financování mezi zdravotními a sociálními službami. Mělo by dojít k vyššímu zapojení služeb komunitní a primární péče. V oblasti mimo zdravotnictví je nutné klást důraz na význam negativních dopadů životního stylu a podmínek na duševní zdraví, a prosazovat fakt, že duševní zdraví populace jako hodnota nezávisí pouze na poskytování zdravotních psychiatrických služeb.

Environmentální determinanty

Kvalita životního prostředí je jednou z významných determinant zdravotního stavu populace. Podle Světové zdravotnické organizace způsobuje znečištění životního prostředí v Evropském regionu až 19 % onemocnění. Nejvýznamnějšími zdravotními dopady expozice znečištěnému životnímu prostředí jsou respirační a gastrointestinální onemocnění, alergie, kardiovaskulární a metabolická onemocnění, vývojové a reprodukční poruchy, a také nádorová onemocnění. Snižovat expozice obyvatel ČR zdraví škodlivým látkám se daří pouze částečně. Expozice z pitné vody z veřejných vodovodů, na které je napojeno zhruba 92 % obyvatel, je na nízké úrovni a dále mírně klesá (obr. 21). Jakost povrchových vod se zlepšuje. Kvalita rekreačních vod je poměrně dobrá, v průběhu posledních několika let se mírně zlepšila. Naproti tomu expozice škodlivinám v ovzduší stále představuje relativně významné zdravotní riziko. Podle odhadů WHO zemře v Evropě pouze v důsledku znečištění ovzduší aerosolovými

částicemi předčasně přibližně 280 tisíc lidí, podle Státního zdravotního ústavu (SZÚ) odhad pro ČR činí 2–3 % předčasně zemřelých z celkového počtu úmrtí. Expozice obyvatel sídel benzo(a)pyrenu, jednomu z polyaromatických uhlovodíků s karcinogenním účinkem v ovzduší, představuje v ČR významné riziko nádorového onemocnění zhruba ve výši dvou případů na 10 000 obyvatel. Na znečištění ovzduší sídel se běžně nejvíce podílejí automobilová doprava a lokální topeniště na pevná paliva. Opatření pro snižování vlivu dopravy na zdraví obyvatel na národní úrovni jsou většinou realizována (dodržování emisních limitů EURO, podpora zavádění vozidel na alternativní pohony). Větší podporu by mohlo mít dodržování některých předpisů např. operativní kontrolou emisních parametrů vozidel. Na regionální a lokální úrovni je realizace většiny opatření pro snížení dopadů dopravy na zdraví (např. omezení vjezdu do vybraných částí měst, zavedení zón snížené rychlosti, zlepšení kvality MHD, podpora systémů „Park and ride“, „Bike and ride“ apod.) v kompetenci měst a obcí, nejsou však relevantně využívána. Možnost kontroly nad dalším významným zdrojem znečišťování ovzduší - domácími topeništi - je obtížně prosaditelná.

Je třeba konstatovat, že současné procedury posuzování zdravotních rizik nejsou optimální; je potřeba vytvořit mechanismy pro lepší zapojení orgánů ochrany veřejného zdraví do posuzování zdravotních rizik ze životního prostředí. Nízká je například kontrola minimalizace zdravotních rizik při nakládání s odpady, zejména s nebezpečným odpadem. Je nutné dále zvyšovat povědomí o zdravotních rizicích zejména u správních orgánů, ale i v odborné a širší veřejnosti. Aktualizované úkoly ke snižování expozic ze životního prostředí by měly reflektovat cíle obsažené v deklaraci 5. ministerské konference zdraví a životního prostředí v Parmě 2010 a zahrnout aktuální úkoly Akčního plánu zdraví a životního prostředí (NEHAP), přijatého vládním usnesením v roce 1998.

Primární péče

Základním článkem zdravotní péče je péče primární. Jde o koordinovanou komplexní zdravotně-sociální péči poskytovanou na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem. Je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, ošetřováním a rehabilitací. Tyto činnosti by měly být poskytovány co nejbližše sociálnímu prostředí pacienta a respektovat jeho bio-psycho-sociální potřeby. Celosvětově i v Evropě existují významné rozdíly v pojetí primární péče, v ČR je tradičně založena na funkci praktických lékařů pro děti a dorost a praktických lékařů pro dospělé. Od zavedení systému rodinných lékařů bylo upuštěno. Praktičtí lékaři registrují k dlouhodobé péči obyvatele dané lokality. S ohledem na znalost socioekonomických vlivů prostředí, konkrétních sociálních podmínek rodiny a dostupnost dalších specializovaných zdravotnických zařízení v regionu je tím umožněna koordinace péče o registrované pacienty nejen po stránce zdravotní, ale i po stránce sociální. Zajištění primární péče o pacienty funguje v České republice dlouhodobě bez výraznějších změn. V průměru připadalo v roce 2008 na 1 úvazek praktického lékaře pro dospělé 1 626 registrovaných pacientů (1 523 pacientů na 1 lékaře v roce 2000). Na 1 registrovaného pacienta připadalo v průměru za rok 5,1 návštěv praktického lékaře (6,5 v roce 2000). Podle závěrů Zprávy o stavu, vývoji

a výhledu zdravotnictví ČR (Kulatý stůl, 2008) nicméně primární péče neplní zcela roli koordinátora čerpání zdravotních služeb, protože k tomu nemá nástroje. Chybí právní úprava řízené péče od praktického lékaře ke specialistům. Navíc, praktický lékař nemá vždy dostatečné informace o čerpání zdravotní péče jeho registrovanými pacienty, protože ostatní lékaři ne vždy plní povinnost informovat praktického lékaře o poskytnutých službách, a informační systém zatím neexistuje.

Problematika primární péče a integrace systému poskytování péče zůstává prioritou a je zásadní i pro otázky prevence a další témata veřejného zdraví. Její začlenění výrazně zkvalitní nově aktualizovaný dokument a navíc přispěje i k jeho akceptování širším spektrem zdravotníků a odborníků. Je nutné dospět k legislativnímu zakotvení primární péče v ČR, definovat její postavení v systému a s tím související kompetence pro efektivně fungující zdravotní systémy. Zdravotně - sociální systém potřebuje posílit infrastrukturu primární péče, vyjasnit strategie a koncepce, aby mohl spoluřešit aktuální témata veřejného zdraví, reagovat na demografické a další současné i budoucí trendy ve společnosti, což je v souladu s rezolucí WHO k posílení primární péče.

Vzdělávání a plánování zdravotnických pracovníků

V rámci probíhající reformy zdravotnictví se vytváří nové koncepce vzdělávání zdravotnických i nezdravotnických pracovníků, probíhá uznání již absolvovaného studia, vzájemné uznávání diplomů a odborných kvalifikací, volný pohyb osob a služeb. V nově vytvořené koncepci vzdělávání zdravotnických pracovníků však byly zjištěny nedostatky a proto je nyní nutná novelizace legislativy v této oblasti.

Dosud se nepodařilo zavést systém plánování, který by zajistil, aby počty a odborné složení zdravotnických pracovníků odpovídaly aktuálním i budoucím potřebám. Nicméně počet pracovníků ve zdravotnictví je alespoň sledován a to v rámci Programu statistických zjišťování MZ, který je součástí Národního zdravotnického informačního systému. V nejpočetněji zastoupených hlavních oborech činnosti dlouhodobě nedochází k výrazným změnám v počtu registrovaných lékařů. V roce 2010 v oboru všeobecné praktické lékařství pracovalo 5 259 lékařů (5 258 v r. 2000), v oboru praktické lékařství pro děti a dorost 3 212 lékařů, což znamenalo mírný pokles oproti roku 2000 (3 345 v r. 2000). Na jednoho registrovaného lékaře v ČR v roce 2000 připadlo 249 obyvatel, v roce 2009 o něco méně - 233 obyvatel. V uvedeném období se zvýšil počet lékařů v řadě oborů, např. kardiologii, diabetologii, geriatrii nebo alergologii. Dochází k proměně věkové struktury v lékařských povoláních. Zatímco v roce 2000 činil podíl lékařů nad 60 let 11 % celkového počtu, v roce 2009 to bylo 17%. U zubních lékařů byl tento posun ze 7 % v roce 2000 na 20% v roce 2009. Mezi lety 2000 a 2009 stoupl počet absolventů všeobecného lékařství i středních zdravotnických škol. Počet absolventů všeobecného lékařství na VŠ stoupl o 28 %. U zubních lékařů došlo k více než trojnásobnému nárůstu počtu absolventů. U absolventů středních a vyšších zdravotnických škol byl nárůst téměř dvojnásobný.

Je vhodné problematiku přípravy zdravotnických pracovníků v aktualizovaném dokumentu Zdraví 21 ponechat a přetrvávající či nové úkoly lépe definovat a konkretizovat, než jak tomu bylo v původním dokumentu Zdraví 21.

Zdravotnický výzkum

V ČR existuje stabilizovaný systém institucionalizovaného a orientovaného zdravotnického výzkumu, jehož garantem je Interní grantová agentura MZ. Zaměření výzkumu je dáno dlouhodobými cíli a prioritami, schválenými VR IGA a VR MZ. Vedle toho se na výzkumu podílí Grantová agentura ČR, Technologická agentura ČR a stále více také mezinárodní grantové agentury, zejména evropský 7. rámcový plán Evropského společenství pro výzkum, technologický rozvoj a demonstrace. Resortní program výzkumu a vývoje Ministerstva zdravotnictví (RVP) Koncepce zdravotnického aplikovaného výzkumu a vývoje do roku 2015 přímo vychází z tezí dokumentu Zdraví 21. Zásadním problémem v oblasti vědy a výzkumu je nedostatek finančních prostředků v rámci rozpočtového ukazatele kapitoly MZ Věda a výzkum a jeho následné krácení. Dalším z problémů je vysoké množství odmítaných posudků od nezávislých oponentů. Podstatnou úlohu má zde i nízký rozpočet na hodnocení veřejné soutěže. Podpora výzkumu v oblasti veřejného zdraví v aktualizovaném dokumentu Zdraví 21 je žádoucí, je však potřeba lépe formulovat a konkretizovat úkoly k řešení.

Řízení a financování zdravotní péče

Problematika je v současné době řešena v rámci reformy zdravotnictví – jedná se o reformní návrh zákona o zdravotních službách. Otázka řízení kvality zdravotní péče a bezpečnosti pacientů péče je řešena v rámci Akčního plánu kvality a bezpečnosti zdravotní péče na období 2010 - 2012. Také financování zdravotnického sektoru, kde se jedná zejména o zvyšování efektivity systému poskytování služeb a efektivní alokaci nákladů zdravotní péče, je v řešení v rámci zdravotnické reformy. Současný systém úhrad zdravotní péče neodpovídá plně požadavku efektivního a ekonomického chování poskytovatelů zdravotní péče. Je nezbytné optimalizovat cenové hladiny a rozsah zdravotních výkonů plně hrazených z veřejného zdravotního pojištění ve vztahu k možnostem jeho zdrojů a k potřebě zajištění adekvátní úrovně zdravotní péče.

Účast všech resortů

Zdraví obyvatelstva je podmínkou prosperity státu. Podpora a ochrana zdraví občanů by proto měly být důležitým kritériem při tvorbě strategií a programů všech resortů. Je faktem, že v minulých letech vznikla řada resortních strategických dokumentů a programů, které se přímo týkají podpory či ochrany veřejného zdraví, např. Národní strategie rozvoje cyklistické dopravy, Národní strategie bezpečnosti silničního provozu (MD), Strategie bezpečnosti potravin a výživy na období let 2010 – 2013 (MZe ve spolupráci s MZ a dalšími subjekty), Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012, Národní akční plán sociálního začleňování (MPSV), Státní politika životního prostředí (MŽP), atd. Nicméně nebyl vytvořen

mechanismus pro hodnocení důsledků zásadních koncepcí a opatření resortů a vlády na veřejné zdraví. Posuzování zdravotních dopadů plynoucích z chystaných koncepcí a strategií není požadováno, zpracováváno a vyhodnocováno. Nový Strategický rámec udržitelného rozvoje České republiky (SRUR), který vláda ČR schválila v lednu 2010 usnesením č. 37, by mohl přispět k vyšší zodpovědnosti resortů za zdraví obyvatel. V rámci prioritní osy 1 Společnost, člověk a zdraví je požadována ochrana zdraví obyvatelstva. Vláda v usnesení uložila ministrům a vedoucím ostatních ústředních správních úřadů vycházet při zpracování koncepčních a strategických dokumentů ze SRUR a poměřovat je s tímto rámcem. Dále doporučila guvernérovi ČNB, hejtmanům, primátorům statutárních měst a starostům obcí s rozšířenou působností, aby při koncepční činnosti jimi řízených úřadů vycházeli ze SRUR, která je tak zastřešujícím dokumentem pro všechny koncepční dokumenty vypracováváné v ČR.

Iniciativy občanů a profesionálů

Zvláštní důležitost při naplňování úkolů vedoucích k lepšímu zdraví obyvatelstva mají iniciativní hnutí občanů nebo profesionálů, jako je Zdravé město, Zdravá škola, nebo Bezpečná komunita, Stop obezité apod. Jako dobrou je možno hodnotit práci některých nevládních organizací, zejména asociace Národní sítě zdravých měst ČR (NSZM), která spolupracuje s dalšími nevládními subjekty, ale též s resorty (MŽP, MZ, MMR) a jimi řízenými organizacemi (např. SZÚ). NSZM je asociací aktivních místních samospráv, které se programově hlásí k principům udržitelného rozvoje, zapojují veřejnost do rozhodovacích procesů a podporují zdravý životní styl svých obyvatel. V souhrnu lze říci, že Zdravá města, obce a regiony se promyšleně snaží utvářet město (obec, region) jako kvalitní a příjemné místo pro život na základě dohody s obyvateli. Přínos členství v NSZM je především v zastřešení významnou mezinárodní autoritou (OSN-WHO) na principech a doporučeních EU a OSN. Plnění cílů programu Zdraví 21 by mělo být i nadále orientováno na zapojování veřejnosti do místních aktivit podpory zdraví ve Zdravých městech ČR. Do roku 2015 by mělo být nejméně 30 % municipalit ČR součástí sítě Zdravých měst či Zdravých komunit.

Závěr

Pokud se týká implementace národního programu Zdraví 21 na krajské úrovni, jakožto dlouhodobou strategií rozvoje zdravotního stavu obyvatel kraje jej má v současné době zpracováno 10 krajů. Úroveň naplňování aktivit programu je však v jednotlivých krajích výrazně odlišná. V některých krajích je sice program zpracován, ale není aktualizován ani plnění jeho úkolů není nijak hodnoceno. Problémem je fakt, že bez opory v právních předpisech ČR je obtížné prosazovat plnění úkolů Zdraví 21 v krajích a municipalitách, neboť usnesení vlády jsou závazná pouze pro vládní sektor. Jedním z nástrojů pro naplňování cílů ochrany a podpory zdraví v dokumentu Zdraví 21 na této úrovni by podle Akčního plánu pro období 2011 až 2013 Koncepce podpory místní Agendy 21 do roku 2020 (MA21) měla být právě místní Agenda 21, která přispívá ke zlepšování kvality veřejné správy, zapojování

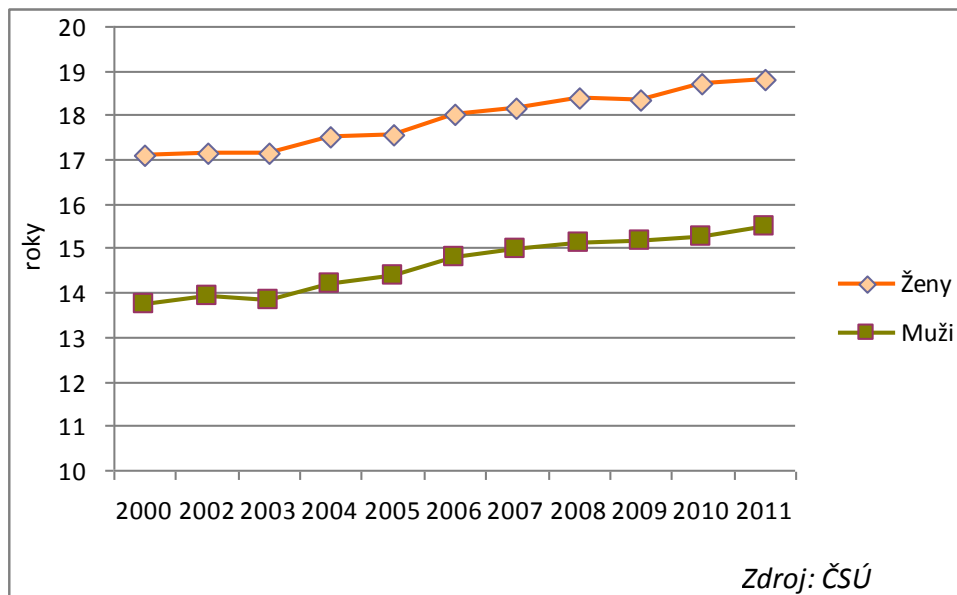
veřejnosti, s cílem podpořit systematický postup k udržitelnému rozvoji na místní či regionální úrovni. Zapojení komerčního sektoru do aktivit na poli podpory zdraví je dosud minimální.

Finanční prostředky uvolňované na plnění cílů Zdraví 21 v krajích a na městské a obecní úrovni neustále klesají. Dlouhodobě klesá objem finančních prostředků na realizaci projektů podpory zdraví (obr. 22) a projektů v oblasti aktivit HIV/AIDS (obr. 23) z rozpočtu MZ. Dominantní zdrojem financování projektů se stávají v současné době Evropské strukturální fondy, které ovšem nejsou pro řadu organizací s regionální působností v oblasti prevence a podpory veřejného zdraví vůbec dostupné. Trvale klesají finanční prostředky věnované resorty, včetně zdravotnického, cestou dotačních řízení na podporu nestátních neziskových organizací pracujících v oblasti podpory zdraví v krajích a municipalitách.

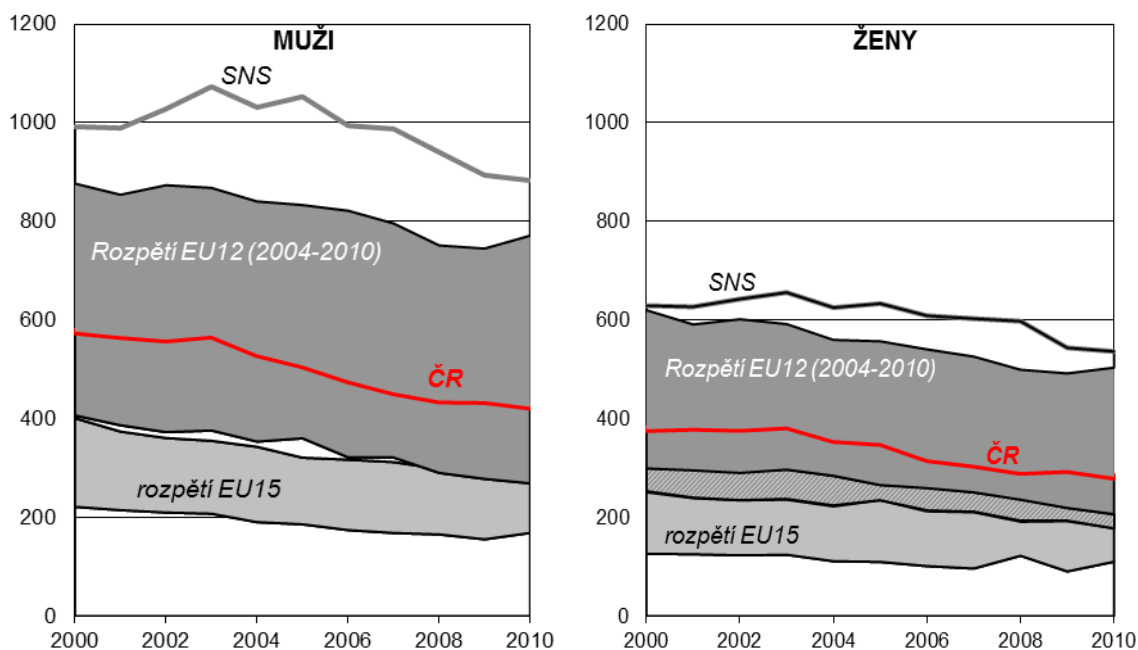
Infrastruktura ochrany a podpory veřejného zdraví je v současné době spolu s financováním limitujícím faktorem pro plnění aktivit programu Zdraví 21. V posledních letech došlo ke snížení počtu odborných pracovníků v oblasti podpory zdraví na dislokovaných pracovištích podpory zdraví Státního zdravotního ústavu, čímž byla narušena odborná a intervenční činnost v oblasti primární prevence a podpory zdraví v krajích, a dále k redukci počtu pracovníků podpory zdraví také na MZ.

**Vybrané grafy a statistické přehledy k Souhrnu Hodnotící zprávy plnění cílů
Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR
v letech 2003 – 2012**

Obr. 1 Střední délka života v 65 letech, ČR, 2000–2011



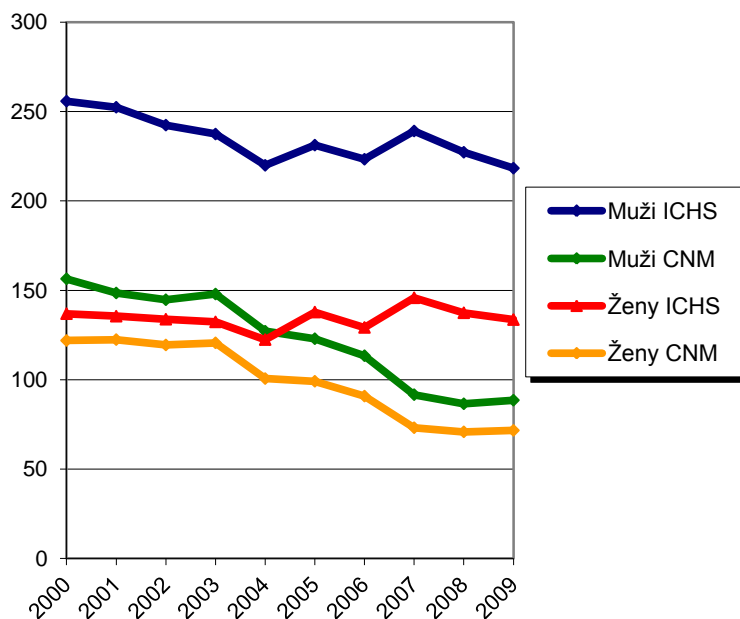
Obr. 2 Vývoj intenzity úmrtnosti (SDR) na nemoci oběhové soustavy (MKN10, dg. I00-I99) v letech 2000–2010, (počet na 100 000 obyvatel)



Pozn.: SNS - země bývalého Sovětského svazu, které WHO zahrnuje do Evropského regionu (Společenství nezávislých států – SNS)

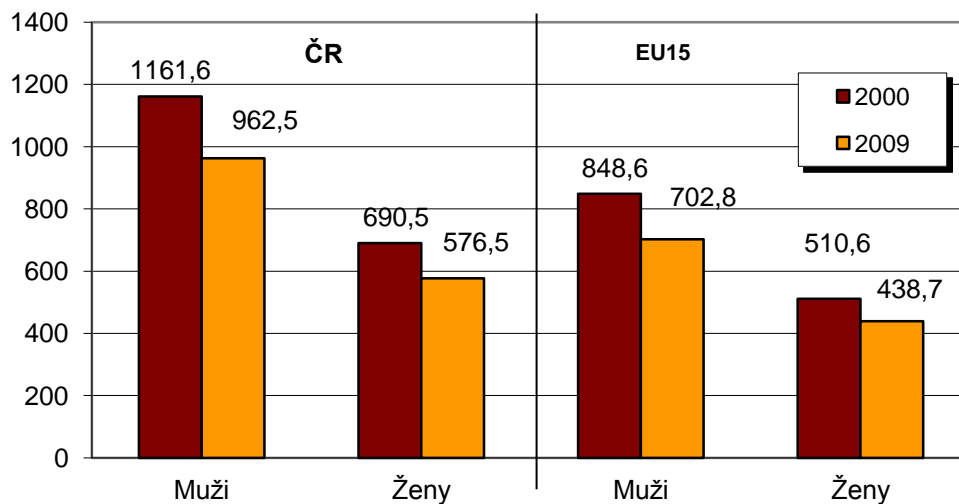
Zdroj: WHO HFA DB

Obr. 3 Vývoj standardizované úmrtnosti na ischemické nemoci srdce a cévní nemoci mozku, 2000–2010 (počet/100 000 obyvatel)



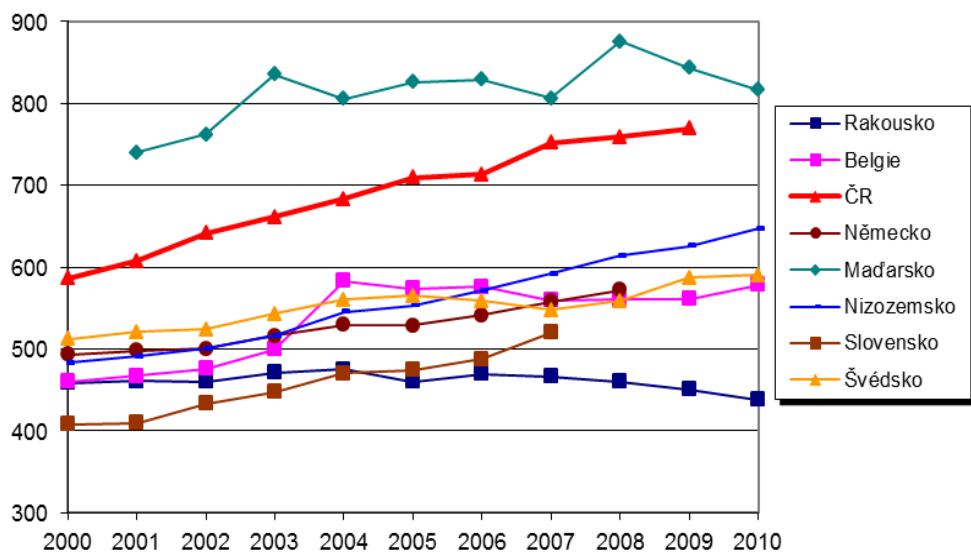
Zdroj: ÚZIS

Obr. 4 Standardizovaná úmrtnost v ČR ve srovnání se zeměmi EU15 v letech 2000 a 2009, (počet na 100 000 obyvatel)



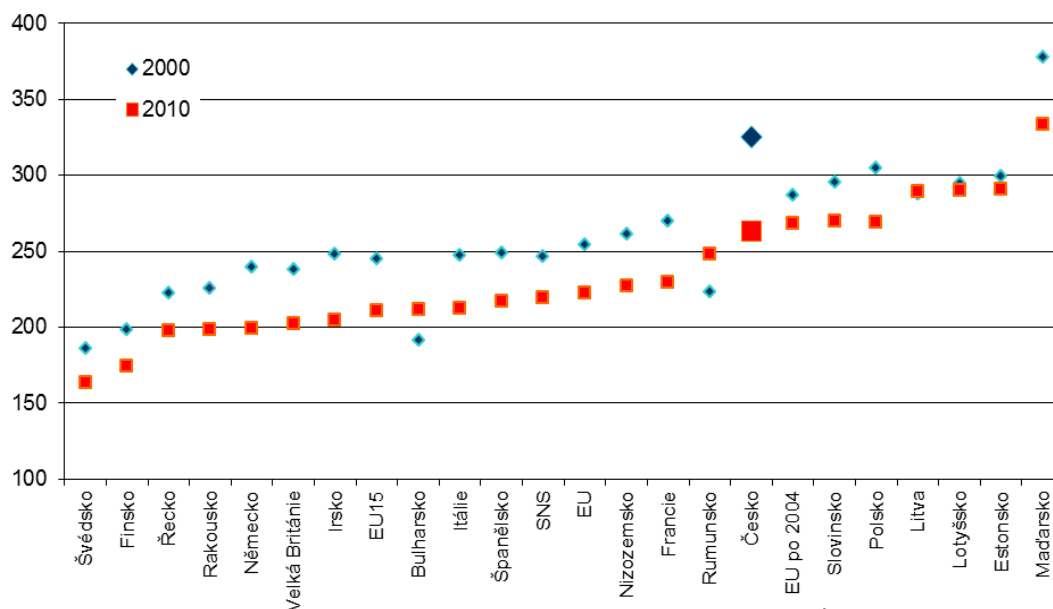
Zdroj: WHO HFA DB

Obr. 5 Incidence nádorových onemocnění v ČR a vybraných zemích EU, 2000–2010, (počet/100 000 obyvatel)



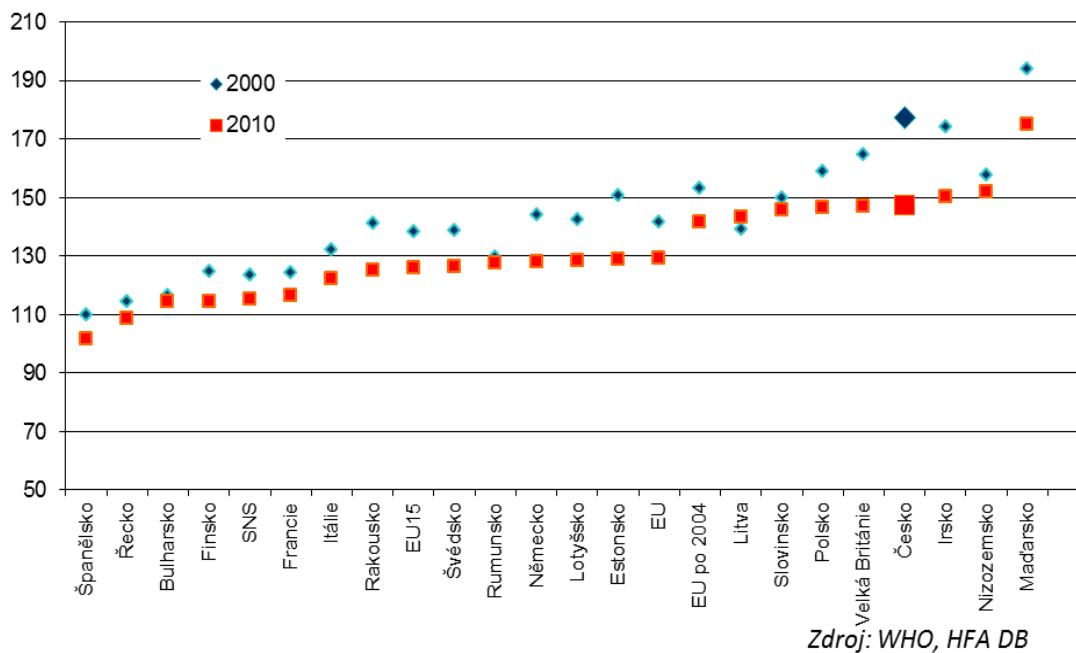
Zdroj: HFA DB

Obr. 6 Vývoj intenzity úmrtnosti (SDR) na zhoubné novotvary (dg. C00-C97) mezi lety 2000 a 2009/2010, Evropa, muži

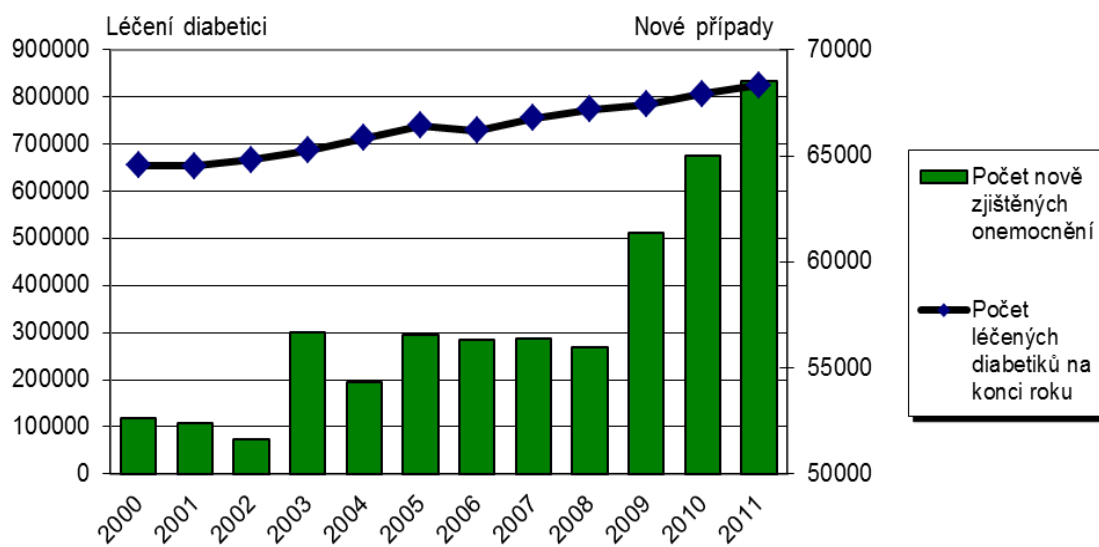


Zdroj: WHO, HFA DB

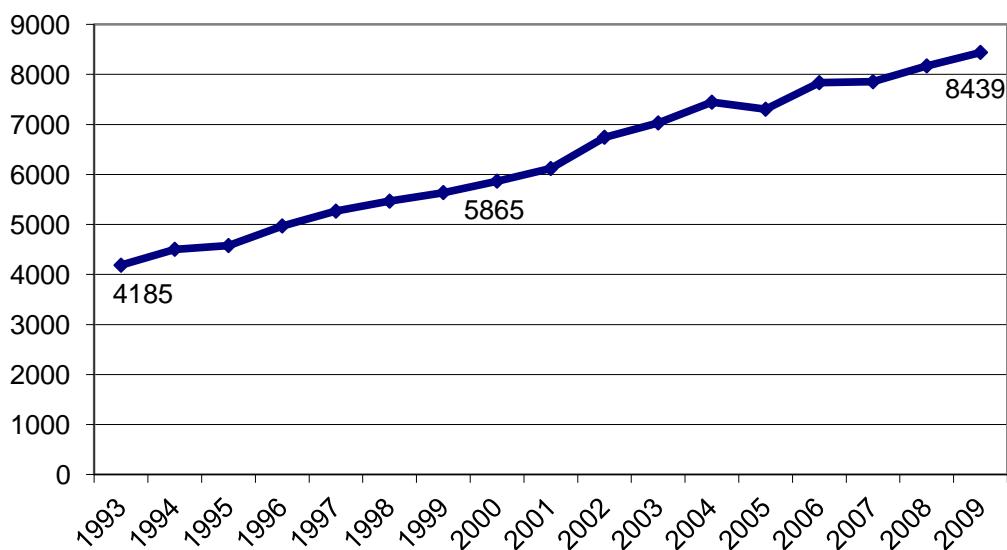
Obr. 7 Vývoj intenzity úmrtnosti (SDR) na zhoubné novotvary (dg. C00-C97) mezi lety 2000 a 2009/2010, Evropa, ženy



Obr. 8 Vývoj počtu léčených diabetiků a nových případů, ČR, 2000-2011

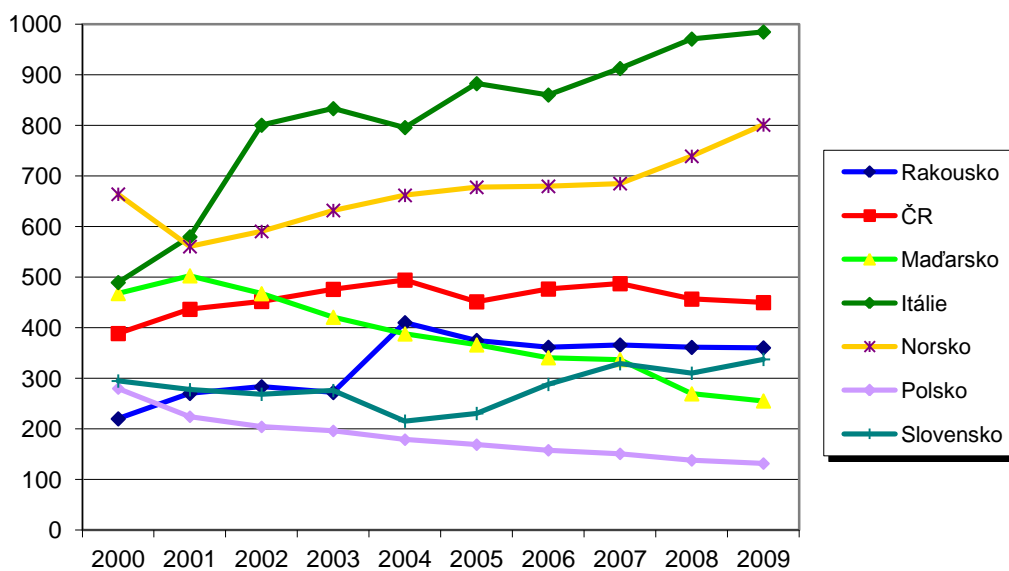


Obr. 9 Vývoj počtu amputací dolní končetiny pro komplikace onemocnění cukrovkou v ČR (1993 – 2010)



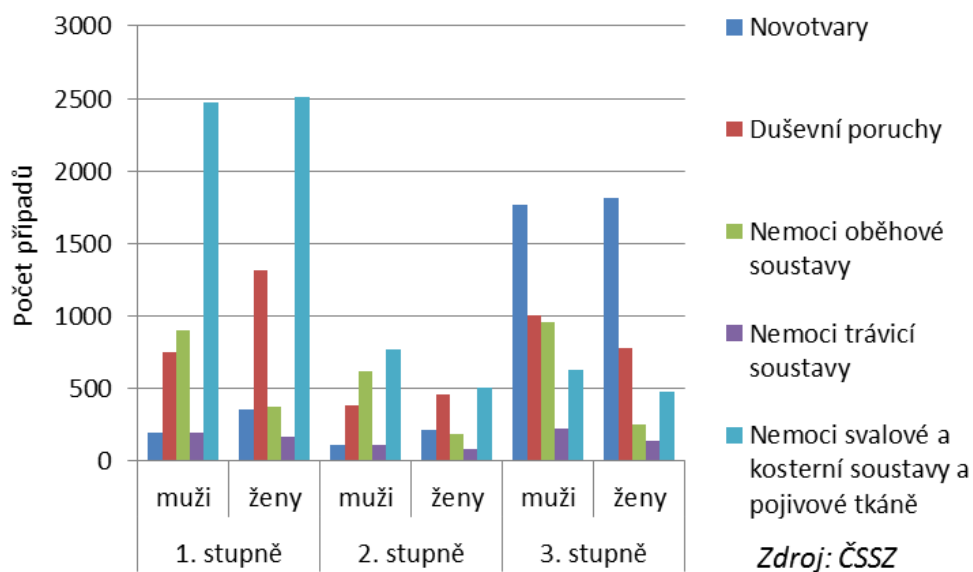
Zdroj: ÚZIS

Obr. 10 Vývoj nových případů invalidity ve vybraných evropských zemích, počet na 100 000 obyvatel, 2000 - 2009

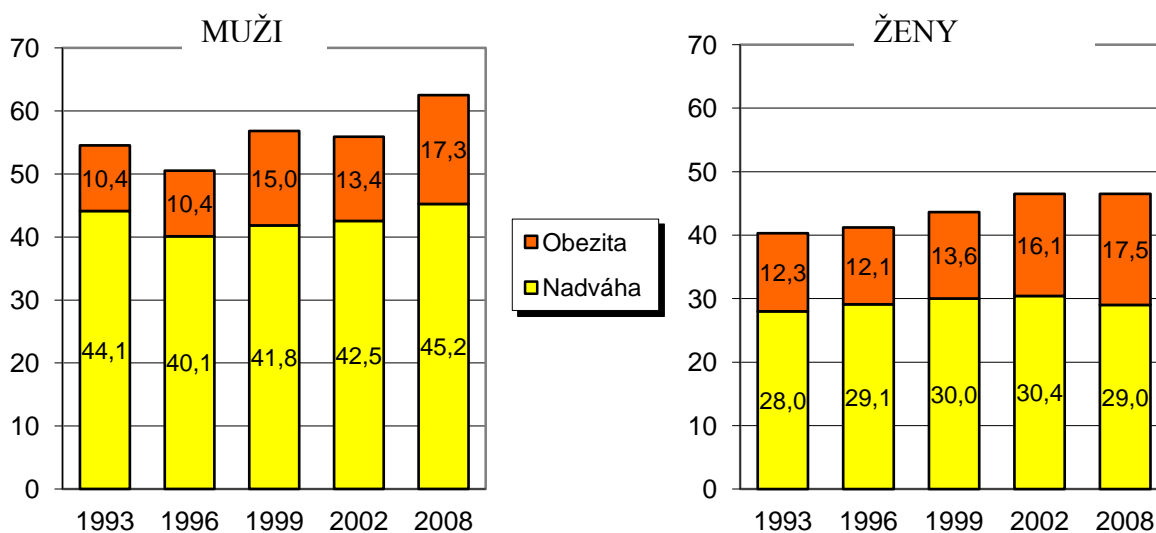


Zdroj: WHO HFA DB

Obr. 11 Počet nově přiznaných plných invalidních důchodů podle věku a vybraných skupin onemocnění, 2011



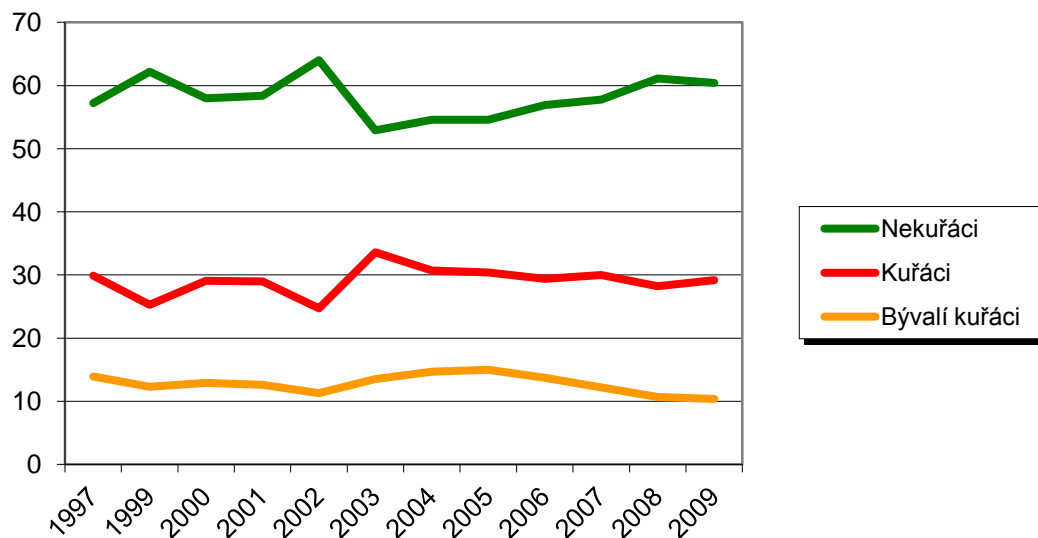
Obr. 12 Podíl osob (15+ let) s nadváhou (BMI 25–29,9) a obezitou (BMI přes 30) v letech 1993 - 2008, ČR (%)



Pozn.: Na základě údajů respondentů šetření o výšce a hmotnosti.

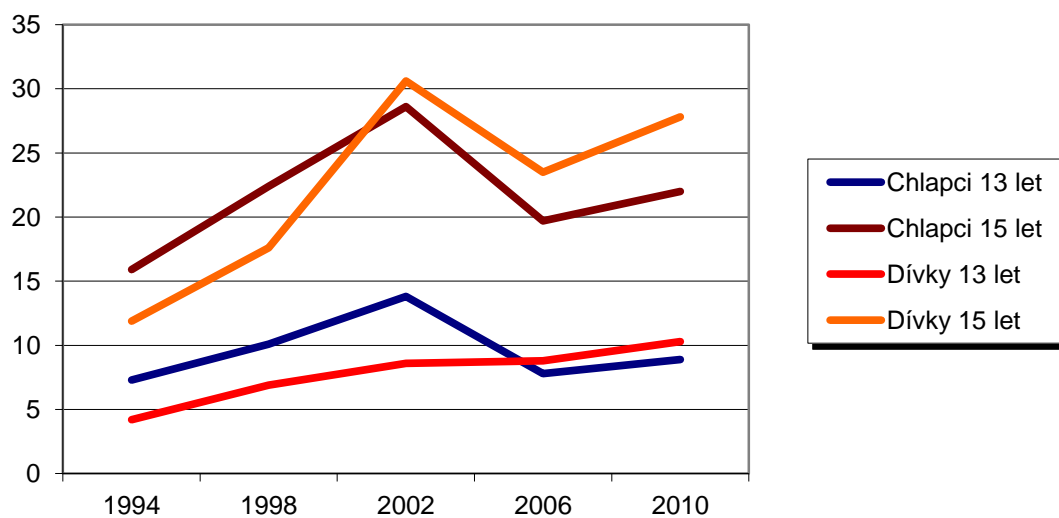
Zdroj: ÚZIS, šetření HIS (1993-2002) a EHIS (2008)

Obr. 13 Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR (15–64 let) v období 1997–2010 (%)



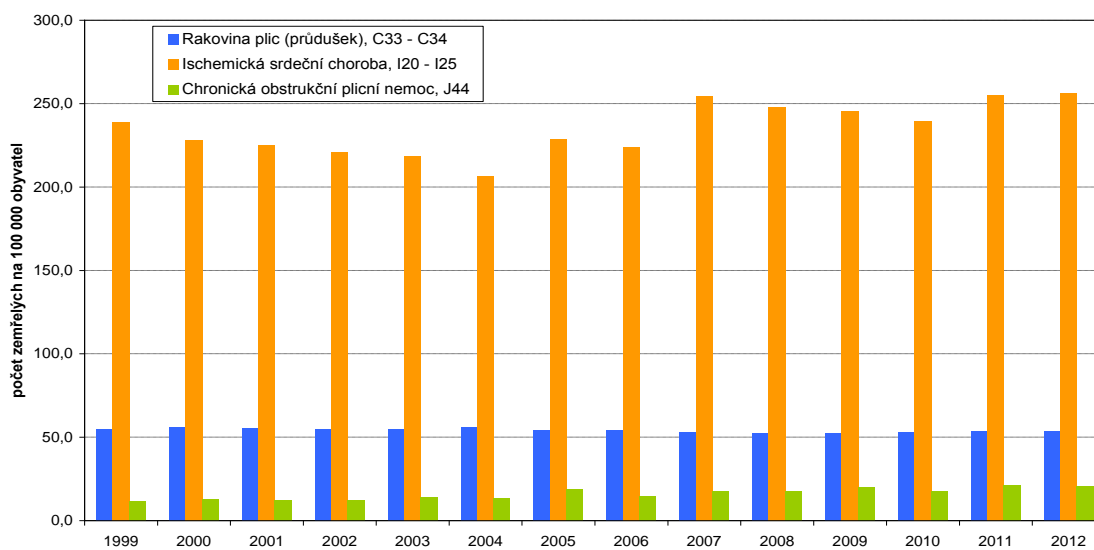
Zdroj: SZÚ

Obr. 14 Vývoj pravidelného kuřáctví u chlapců a dívek v období 1994–2010 (%)



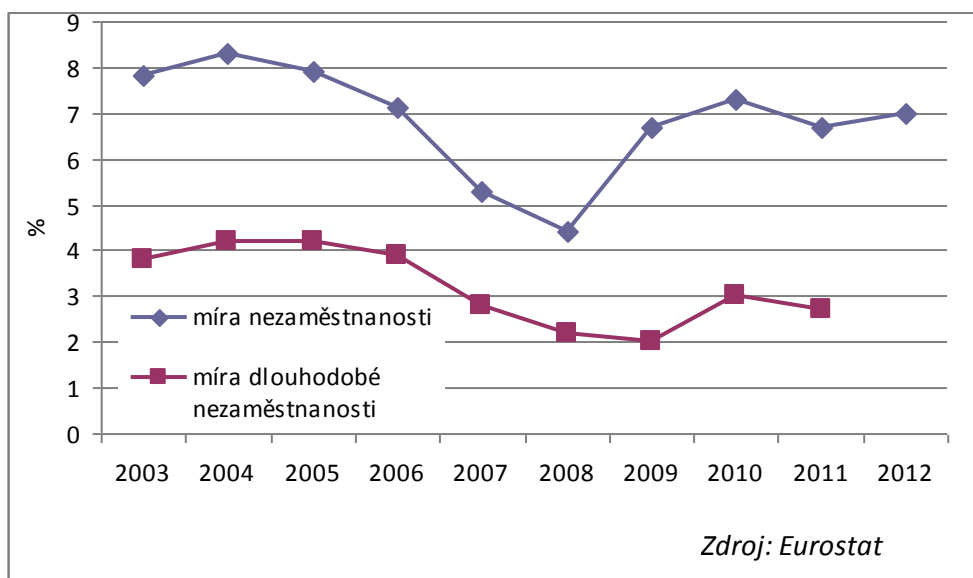
Zdroj: HBSC 1994 - 2010, SZÚ

Obr.15 Počet zemřelých osob v ČR podle vybraných diagnóz souvisejících s užíváním alkoholu v letech 1999–2012



Zdroj: statistika zemřelých ČSÚ

Obr. 16 Míra nezaměstnanosti – nezaměstnané osoby jako podíl z ekonomicky aktivní populace, 2002–2012 (%)

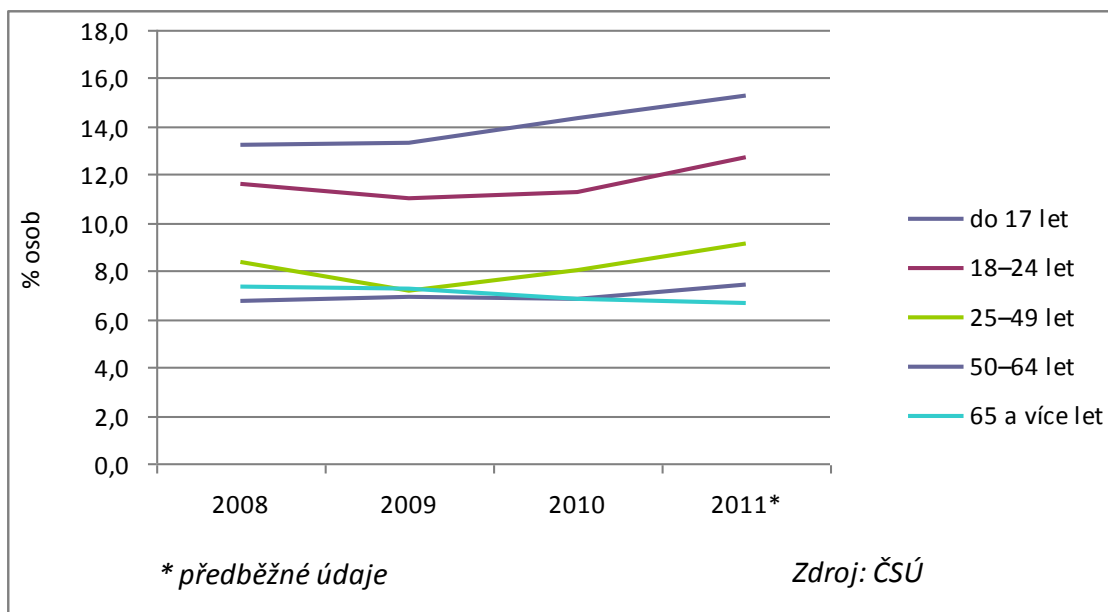


Zdroj: Eurostat

Pozn.: Míra nezaměstnanosti mladých - nezaměstnané osoby 15–24 let jako podíl z ekonomicky aktivní populace stejné věkové skupiny, míra dlouhodobé nezaměstnanosti – dlouhodobě nezaměstnaní (12 měsíců a více) jako podíl z ekonomicky aktivní populace

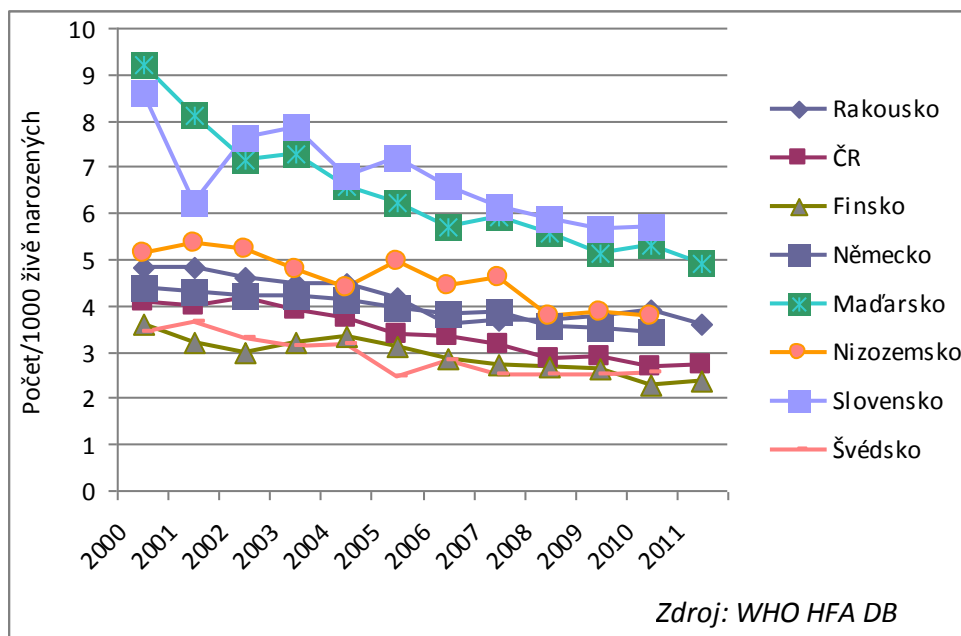
Zdroj: Eurostat

Obr. 17 Podíl osob v riziku chudoby v ČR podle typu domácnosti a sociálního postavení, 2008–2011
(% subjektů)

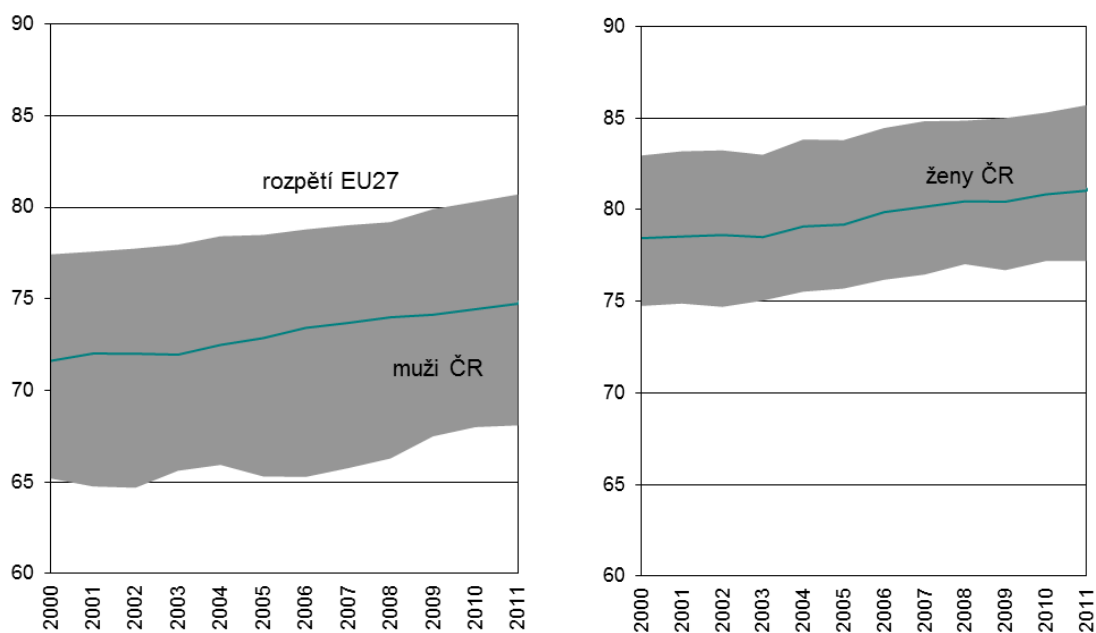


Pozn.: Hranice chudoby zde 60 % mediánu ekvivalizovaného příjmu

Obr. 18 Vývoj kojenecké úmrtnosti (do 1 roku věku) ve vybraných evropských zemích, 2000–2011
(počet/1000 živě narozených)

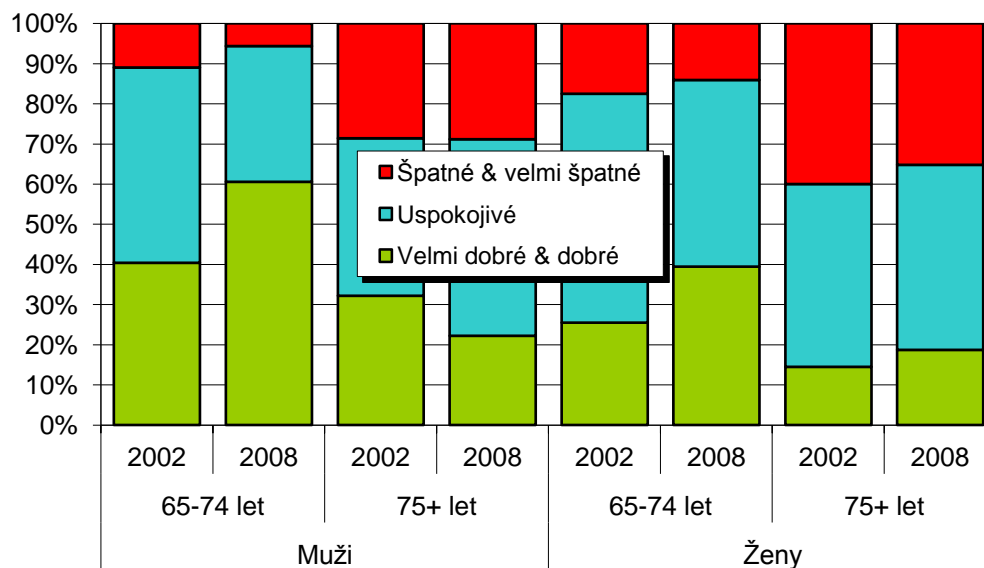


Obr. 19 Naděje dožití při narození v zemích EU a v ČR v období 2000-2011 (v letech)



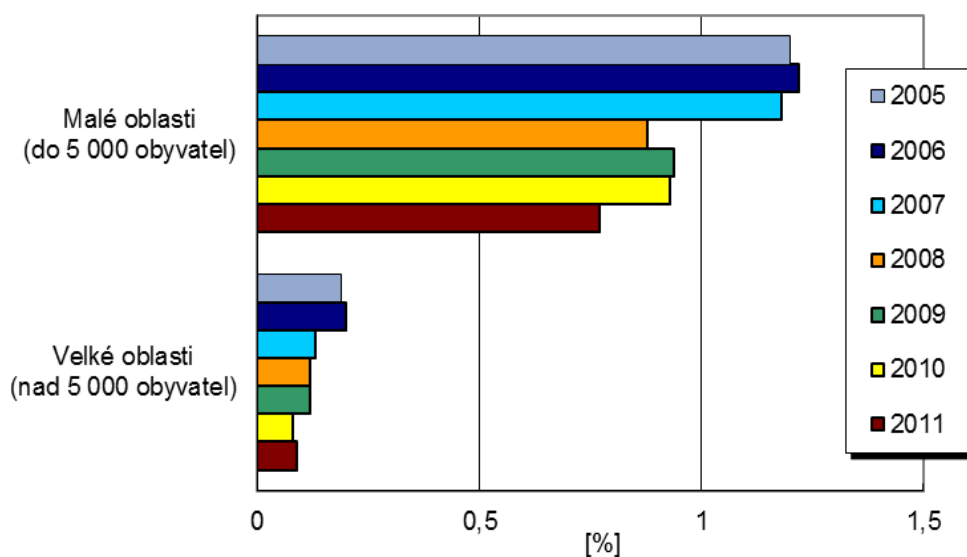
Zdroj: Human Mortality database

Obr. 20 Subjektivní hodnocení zdraví ve věku 65-74 let a nad 75 let, 1999–2008 (podíl respondentů)



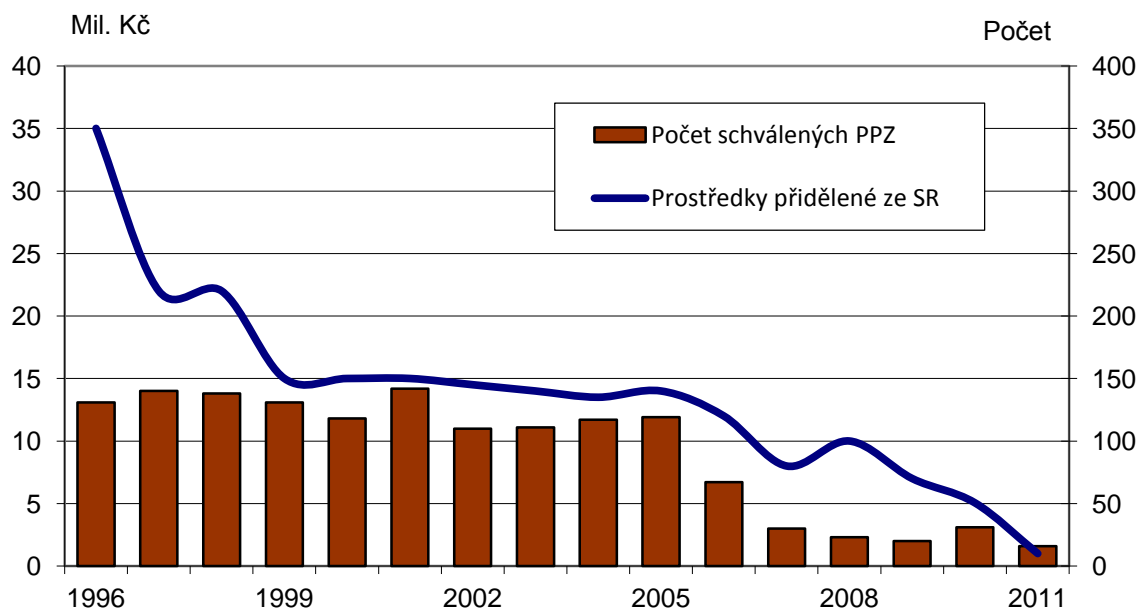
Zdroj: ÚZIS, šetření HIS (2002) a EHIS (2008)

Obr. 21 Četnost nedodržení limitních hodnot pro zdravotně významné ukazatele jakosti pitné vody v zásobovaných oblastech, 2005–2011 (% odběrů)



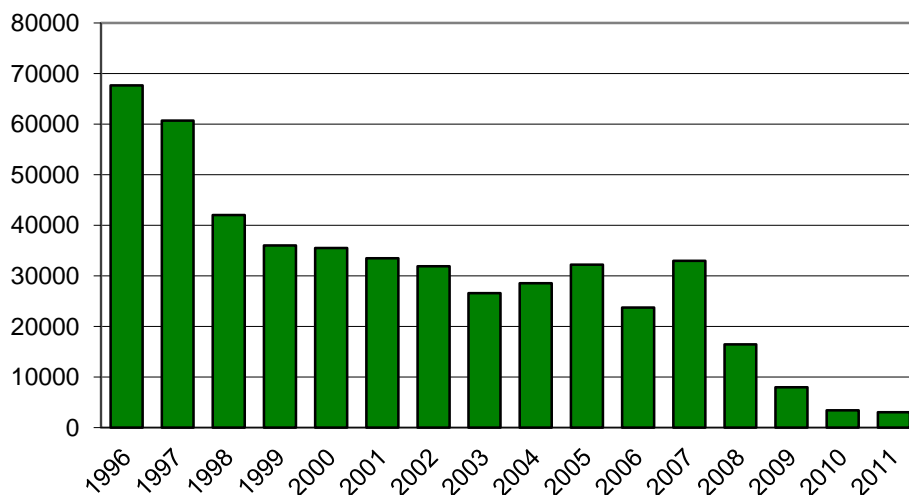
Zdroj: SZÚ

Obr. 22 Finanční prostředky přidělené ze Státního rozpočtu na projekty podpory veřejného zdraví a jejich schválený počet v období 1996 – 2011



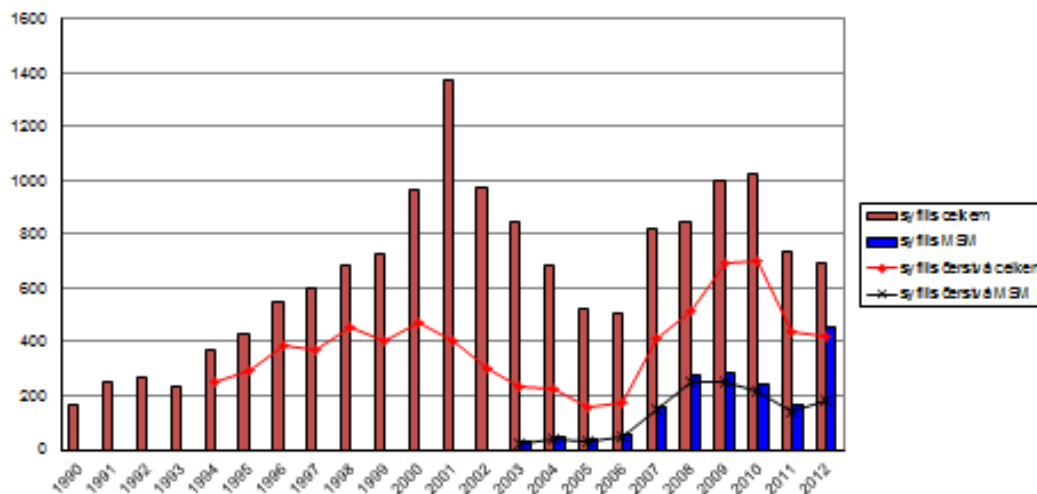
Zdroj: MZ OOVZ

Obr. 23 Finanční prostředky vydané na řešení problematiky HIV/AIDS v období 1996 – 2011 (v tis. Kč)



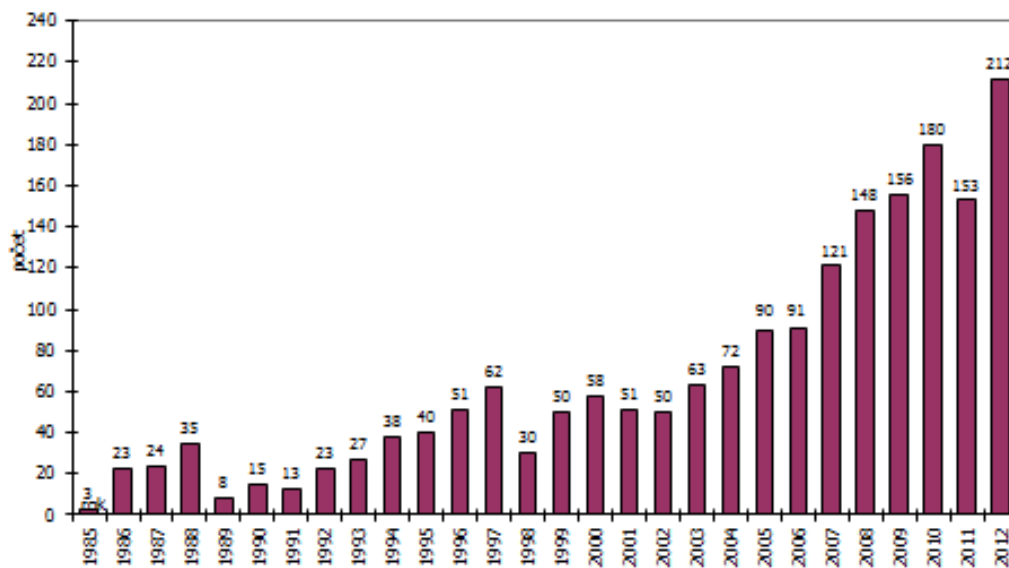
Zdroj: MZ OOVZ

Obr. 24 Výskyt syfilis v obecné populaci a u MSM (mužů majících sex s muži) v ČR 1990 – 2012



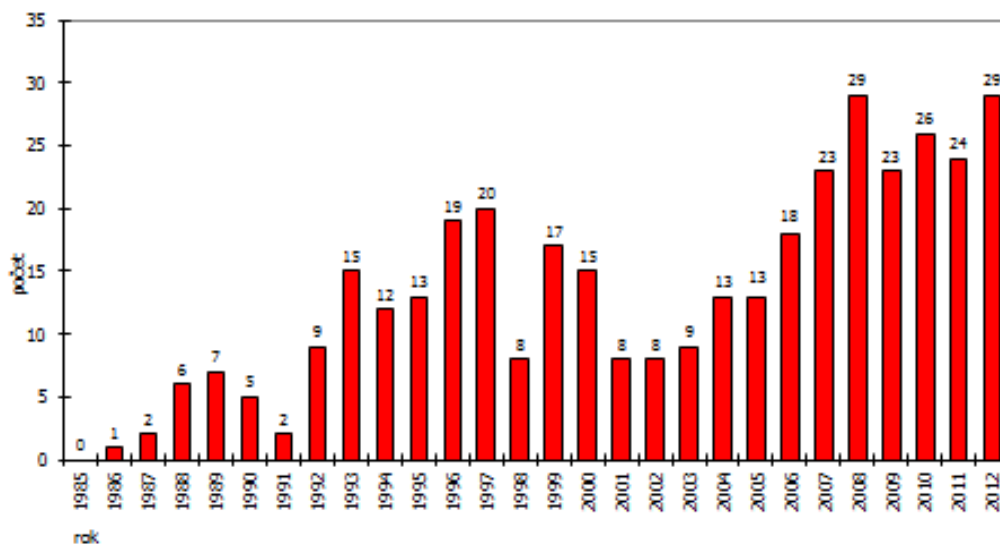
Zdroj: ÚZIS

Obr. 25 Počty nových případů infekce HIV v ČR (občané ČR a cizinci s trvalým pobytem) – absolutní počty ke dni 31. 12. 2013



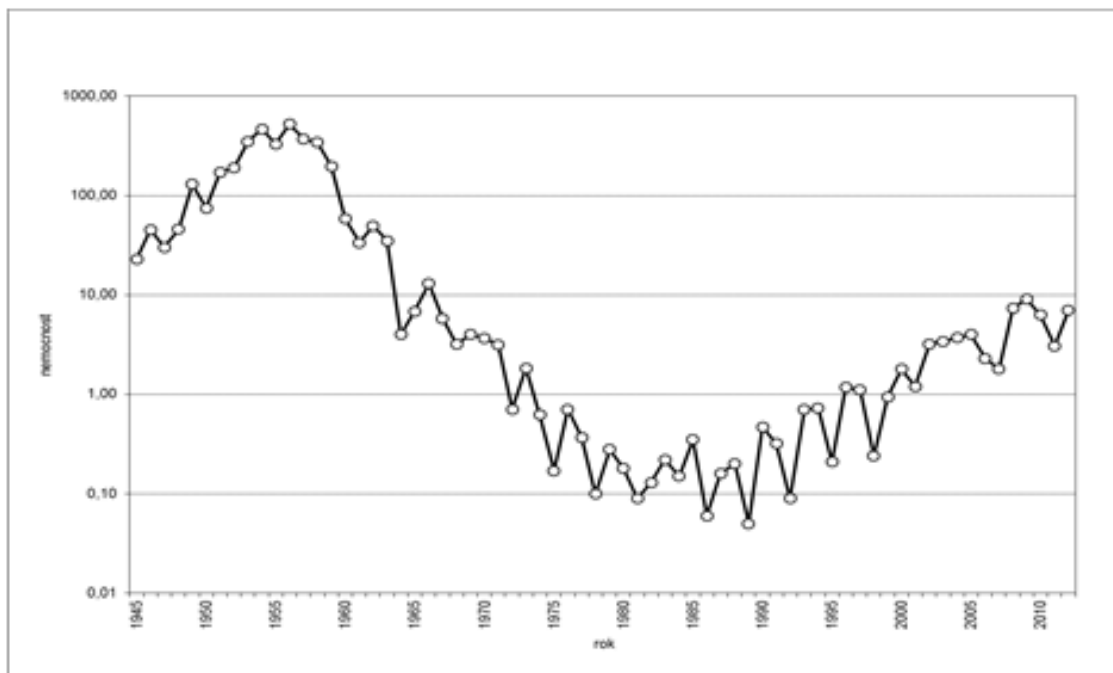
Zdroj: SZÚ

Obr. 26 Počty nových případů onemocnění AIDS v ČR (občané ČR a cizinci s trvalým pobytem) – absolutní počty ke dni 31. 12. 2013



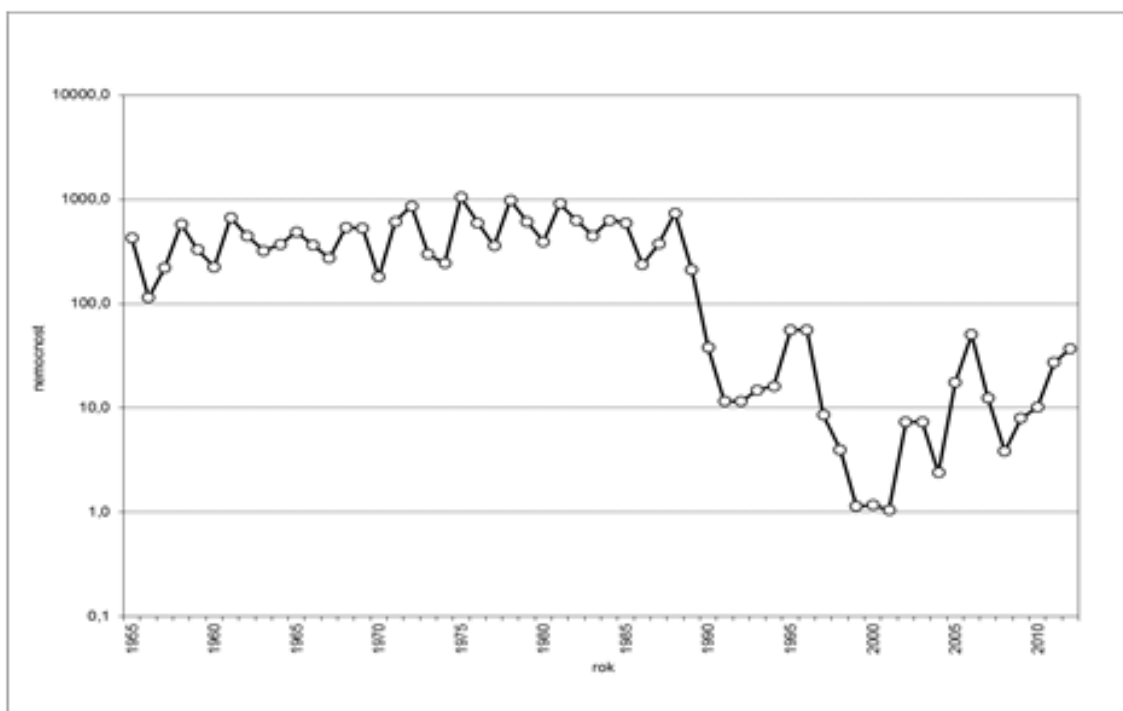
Zdroj: SZÚ

Obr. 27 Dávivý kašel – pertussis v ČR, 1945 – 2012, nemocnost na 100 000 obyvatel



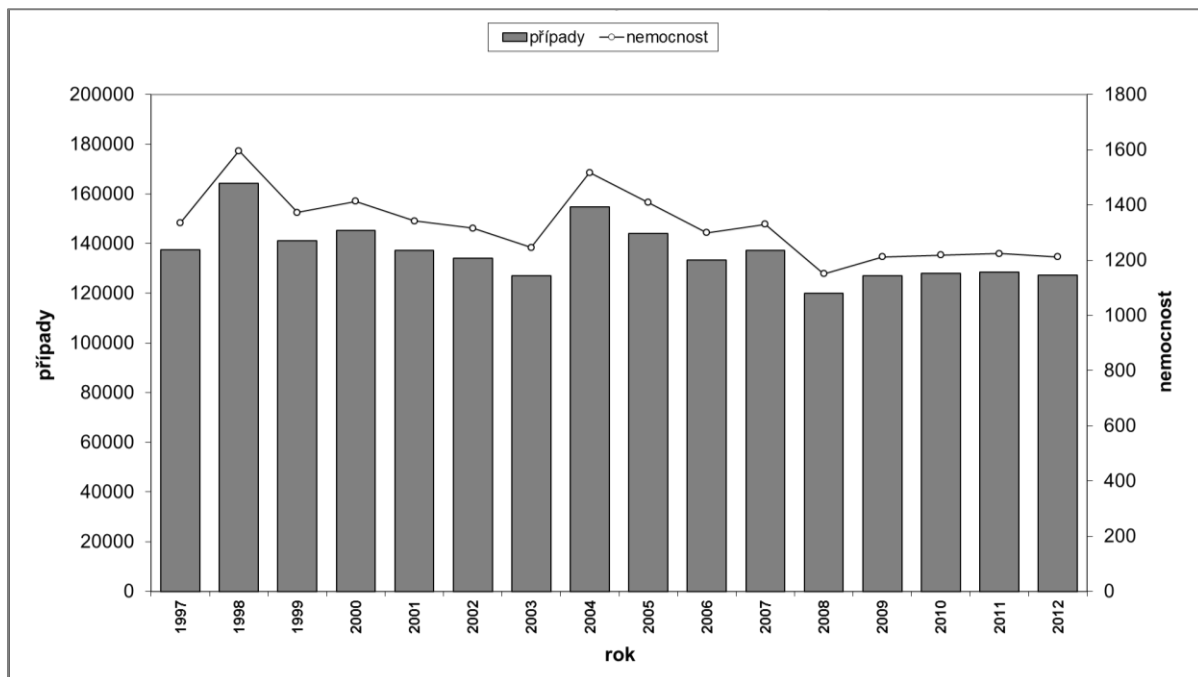
Zdroj: SZÚ

Obr 28. Epidemický zánět průšnic – parotitis epidemica, ČR, 1955 – 2012, nemocnost na 100 000 obyvatel



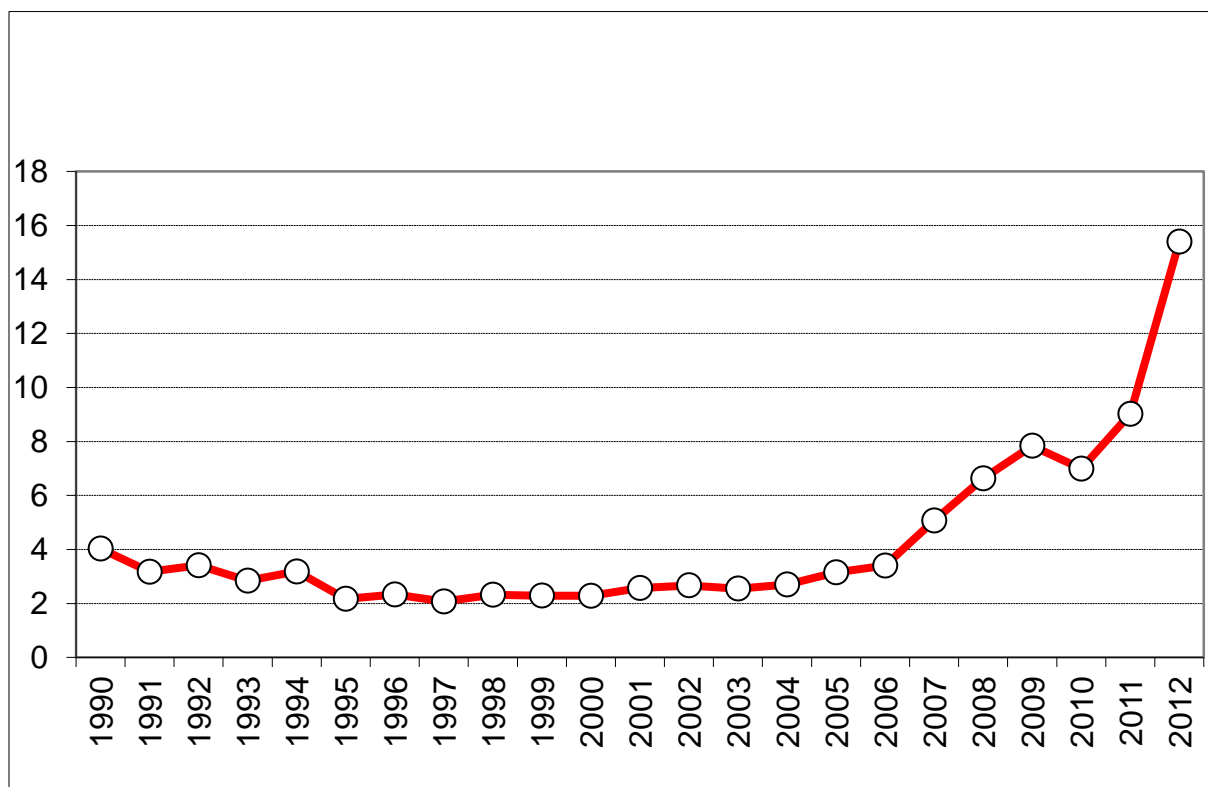
Zdroj: SZÚ

Obr. 29 Počet hlášených případů infekčních onemocnění v ČR a nemocnost na 100 000 obyvatel, 1997 – 2012



Zdroj: EPIDAT

Obr. 30 Úmrtnost na infekce v ČR, všechny věkové skupiny, úmrtnost na 100 000 obyvatel



Zdroj: WHO HFA-DB