

**Srovnání vybraných  
zdravotnických ukazatelů  
v EU a ČR**

*Comparison of Selected Health  
Indicators in EU and CR*

Červen 2004

Zpracoval Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Autorský kolektiv: RNDr. Š. Daňková, Ing. M. Chudobová, Mgr. Z. Kamberská,  
Ing. I. Popovič, Mgr. J. Tvrďá

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.

*Brief extracts from this publication, with exception of figures and maps, may be reproduced provided the source is fully acknowledged. Proposals for reproducing figures, maps or larger extracts should be addressed to the Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic, Palackeho namesti 4, P.O.BOX 60, 128 01 Prague 2, Czech Republic.*

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

© ÚZIS ČR, 2004

© Translation ÚZIS ČR

**ISBN 80-7280-314-X**

## Obsah

### Contents

Úvod	
<i>Introduction</i> .....	5
1. Demografické ukazatele	
<i>Demographic indicators</i> .....	6
2. Údaje vztahující se ke zdraví získané z výběrových šetření	
<i>Health related data obtained from sample surveys</i> .....	15
2.1. Zdravotní stav	
<i>State of health</i> .....	16
2.1.1. Subjektivně vnímané zdraví	
<i>Subjectively perceived health</i> .....	16
2.1.2. Chronická nemocnost	
<i>Chronic morbidity</i> .....	18
2.1.3. Dlouhodobé omezení aktivit	
<i>Long term limitation of activities</i> .....	20
2.1.4. Dočasná neschopnost	
<i>Temporary disability</i> .....	21
2.2. Zdravotnické služby	
<i>Health services</i> .....	23
2.2.1. Hospitalizace	
<i>Hospitalisation</i> .....	23
2.2.2. Ambulantní péče	
<i>Out-patient care</i> .....	25
2.2.3. Prevence	
<i>Prevention</i> .....	26
2.2.4. Spokojenost	
<i>Satisfaction</i> .....	28
2.3. Aspekty životního stylu	
<i>Aspects of life style</i> .....	29
2.3.1. Výška a hmotnost	
<i>Body mass and height</i> .....	29
2.3.2. Alkohol	
<i>Alcohol</i> .....	31
2.3.3. Kouření	
<i>Smoking</i> .....	33

3.	Údaje vztahující se ke zdraví získané z rutinních statistik <i>Health related data obtained from routine statistics</i> .....	38
3.1.	Zdraví matky a dítěte <i>Health of mother and child</i> .....	38
3.1.1.	Věk matek <i>Age of mothers</i> .....	38
3.1.2.	Potraty <i>Abortions</i> .....	40
3.1.3.	Očkování <i>Vaccination</i> .....	41
3.2.	Přenosná onemocnění <i>Infectious diseases</i> .....	41
3.2.1.	AIDS a HIV <i>AIDS and HIV</i> .....	41
3.2.2.	Pohlavní nemoci <i>Venereal diseases</i> .....	42
3.2.3.	Tuberkulóza <i>Tuberculosis</i> .....	42
3.3.	Nepřenosná onemocnění <i>Non-infectious diseases</i> .....	43
3.3.1.	Zhoubné novotvary (ZN) <i>Malignant neoplasms</i> .....	43
3.3.2.	Duševní zdraví <i>Mental health</i> .....	46
3.3.3.	Hospitalizace <i>Hospitalisation</i> .....	47
4.	Zajištění zdravotnických služeb <i>Extent of health services</i> .....	53
4.1.	Lékaři <i>Physicians</i> .....	53
4.2.	Lůžka a jejich využití <i>Beds and their exploitation</i> .....	55
5.	Organizace zdravotnických systémů a výdaje na zdravotnictví <i>Organisation of health care systems and expenditure on health</i> .....	59
6.	Seznam použitých zkratk <i>List of abbreviations used in the publication</i> .....	64

## Úvod

### *Introduction*

Předkládaná publikace „Srovnání vybraných zdravotnických ukazatelů v EU a v ČR“ je inspirována naším vstupem do Evropské Unie a dvěma publikacemi: druhým vydáním publikace „Zdravotnická statistika – Klíčová data o zdraví“ v ediční řadě „Panorama Evropské unie“, a publikací „Zdraví v Evropě“, obě z roku 2003, které připravil Eurostat jako příspěvek k novému akčnímu programu EU v oblasti veřejného zdraví na roky 2003 až 2008 schválenému Evropským parlamentem i Evropskou komisí. Program navazuje na úspěšné programy monitorování zdravotního stavu v letech 1997 až 2002. První linie tohoto programu je rozvoj a šíření zdravotnických informací a vědomí důležitosti zdravotní problematiky. V konkrétních termínech to zahrnuje statistiku, její analýzu a publikaci, ale také dohodu o společných postupech v analýze stavu zdraví a zdravotnictví v EU, tedy například společné definice srovnatelných ukazatelů v zemích Unie.

Publikace „Klíčová data o zdraví“ obsahuje rozsáhlý rozbor ukazatelů, popisujících jednak zdravotní stav obyvatel EU 15 a dále pak všechny ukazatele, které mohou zdravotní stav nějakým způsobem ovlivňovat. Jsou to např. ukazatele životního stylu, rizikových vlivů prostředí (emise), dále ukazatele zdravotní péče od počtu lůžek, lékařů a výkonů jimi prováděných, až po „ekonomické“ hledisko zdravotní péče. Uvedená publikace využívá jako zdrojů dat všechny programy, které byly, nebo ještě jsou organizovány pod patronací Evropské komise.

Touto publikací chceme ukázat, kde se naše republika nachází ve srovnání s patnácti zeměmi EU (dále jen EU 15), tj. zeměmi, které byly členy před rozšířením EU 1. května 2004. Zaměřili jsme se převážně na zdravotní stav a pokusili jsme se porovnat, jak jsme na tom se zdravím ve srovnání s EU 15. Ne vždy to bylo jednoduché, protože i srovnatelnost velmi podobných ukazatelů může být ošidná a tento fakt je třeba mít stále na paměti.

Jako zdroj doplňkových informací byly použity výsledky výběrových šetření, prováděných pod patronací EU a údaje z databáze Světové zdravotnické organizace „Health for All“ a z databáze OECD Health Data.

Praha, červen 2004

## 1. Demografické ukazatele

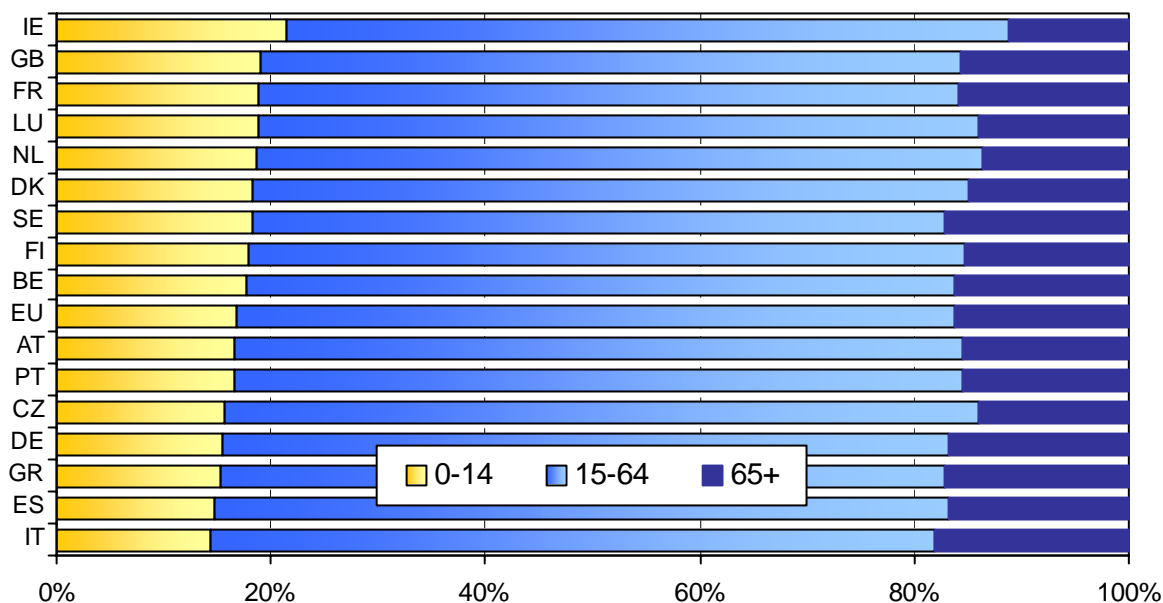
### *Demographic indicators*

Počet obyvatel EU 15, tj. členů Evropské unie před 1. květnem 2004, byl v roce 2002 téměř 378 miliónů, oproti roku 1990 se zvýšil o 12 miliónů, tj. o 3 %. Přistoupením 10 nových členů 1. května 2004 počet obyvatel „rozšířené“ Evropské unie vzrostl o 74 miliónů na zhruba 450 miliónů. Česká republika se na počtu obyvatel EU 25 podílí 2 %, obdobně jako Belgie, Portugalsko, Řecko a Maďarsko a řadí se tak mezi populačně středně velké státy. Počtem obyvatel se jednotlivé členské státy EU mezi sebou liší velmi výrazně. Zeměmi s nejvyšším počtem obyvatel jsou Německo s 80 milióny obyvatel a dále Francie, Itálie, Velká Británie (každá zhruba 60 miliónů). V těchto zemích žije kolem 60 % obyvatel „evropské 25“ a připočteme-li k nim Španělsko a Polsko (obě země téměř 40 miliónů) zvyšuje se podíl obyvatel v šesti uvedených zemích na  $\frac{3}{4}$ . Naproti tomu dvě země, Lucembursko a Malta, nedosahují ani půl miliónu obyvatel a jejich obyvatelé dohromady představují 0,2 % populace EU 25. Méně než jedním procentem se dále podílejí (vzestupně seříděné) Kypr, Estonsko, Slovinsko, Lotyšsko, Litva a Irsko.

Charakteristickým rysem téměř pro celou Evropu se stalo stárnutí populace. Zvyšuje se podíl osob ve věku 65 let a více a podíl dětské populace klesá. Mezi zeměmi EU 15 i v rámci rozšířené EU je zemí s nejvyšším podílem osob starších 64 let (18 %) a s nejnižším podílem dětí do 14 let (14 %) Itálie. Naopak věkově nejmladší zemí je Irsko, podíl dětské populace zde jako v jediné ze srovnávaných 16 zemí převyšuje 20 % a osoby ve věku 65 let a více představují 11 %.

### Věková struktura obyvatelstva (v %)

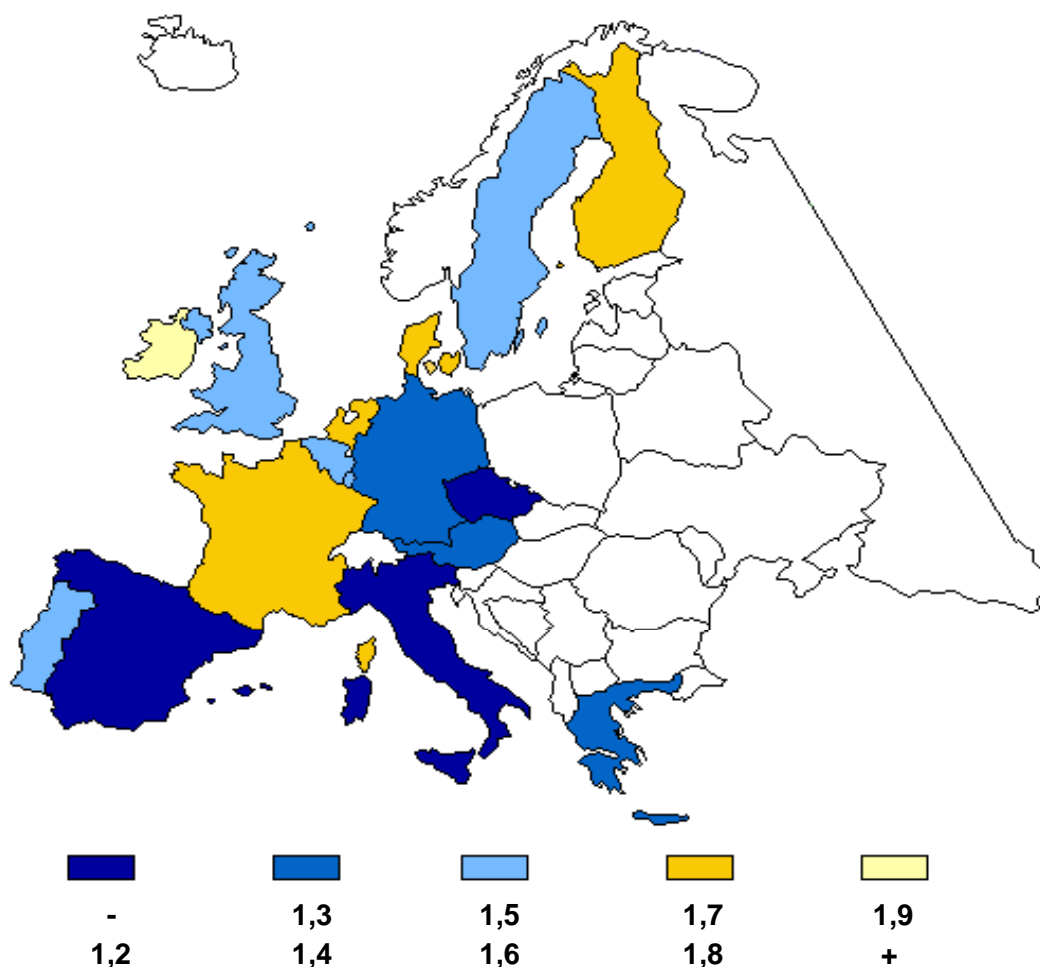
*Age structure of population (in %)*



Ukazatelem pro porovnání věkové struktury je index stáří konstruovaný jako poměr počtu osob v poproduktivním věku a dětské složky populace. Pro mezinárodní srovnání se používá index stáří definovaný jako počet osob ve věku 65 let a více připadajících na 100 dětí ve věku 0 - 14 let. Hodnota tohoto ukazatele vyšší než 100 znamená, že počet osob starších 64 let převyšuje počet dětí. V rámci zemí EU 15 byla hranice 100 překročena v Itálii, Španělsku, Řecku a Německu. Česká republika v důsledku nízké porodnosti patří k zemím s nejmenším podílem dětské populace, ale vzhledem k menšímu podílu osob ve věku 65 a více let se zatím neřadí k zemím s nejstarším obyvatelstvem. Podílem obyvatelstva v produktivním věku (15 - 64 let), ve výši 70 %, je ČR v rámci porovnávaných zemí na prvním místě.

Dalším rysem příznačným pro Evropu je nízká porodnost. Ze zemí EU 15 nejnižší úroveň dosahují Německo, Itálie, Řecko, Rakousko a Španělsko. Počet živě narozených na 1 000 obyvatel v těchto zemích nepřekračuje hodnotu 10. Naopak nejvyšších hodnot dosahuje tradičně Irsko (14,2 v roce 2001) a s počtem kolem 13

**Úhrnná plodnost (období 2001-2002)**  
*Total fertility rate (period 2001-2002)*



následují Dánsko, Francie a Nizozemsko. V České republice připadá na 1 000 obyvatel 9 živě narozených, což nás řadí k zemím s nejnižší úrovní porodnosti.

Úhrnná plodnost, vyjadřující průměrný počet dětí živě narozených jedné ženě během jejího reprodukčního období, je ve všech srovnávaných zemích pod hodnotou 2,1 dětí na 1 ženu, což je hranice zabezpečující prostou reprodukci obyvatelstva. Této hranici se přibližuje pouze Irsko s hodnotou 2,0, naopak nejnižší úhrnnou plodnost vykazují Itálie a Španělsko s hodnotami kolem 1,2. Česká republika zaznamenala v období 1990 - 1996 mimořádný pokles počtu narozených dětí a úrovně plodnosti. Úhrnná plodnost v tomto období klesla z 1,89 na 1,19 a následuje stagnace na nízkých hodnotách (pod hranicí 1,2 dětí na 1 ženu). Česká republika se zařadila mezi země s nejnižší úrovní plodnosti.

**Obyvatelstvo České republiky se podílí na celkovém počtu obyvatel „rozšířené“ Evropské unie 2,3 %. Podle indexu stáří patří věková struktura České republiky zatím k evropskému průměru, při zachování stávajícího trendu se však postupně přesune mezi země s nejstarším obyvatelstvem.**

**Porodnost v České republice se dostala na historicky nejnižší úroveň. Česká republika patří k zemím s nejnižší úhrnnou plodností.**

*The population of the Czech Republic constitutes 2.3 % of the total of the extended EU. The age structure in the CR measured by the age preference index so far belongs to the European average, but if the present trends persist the population of the CR will gradually become one of the oldest.*

*Natality in the Czech Republic reached the historically lowest level. The CR belongs to countries with the lowest total fertility.*

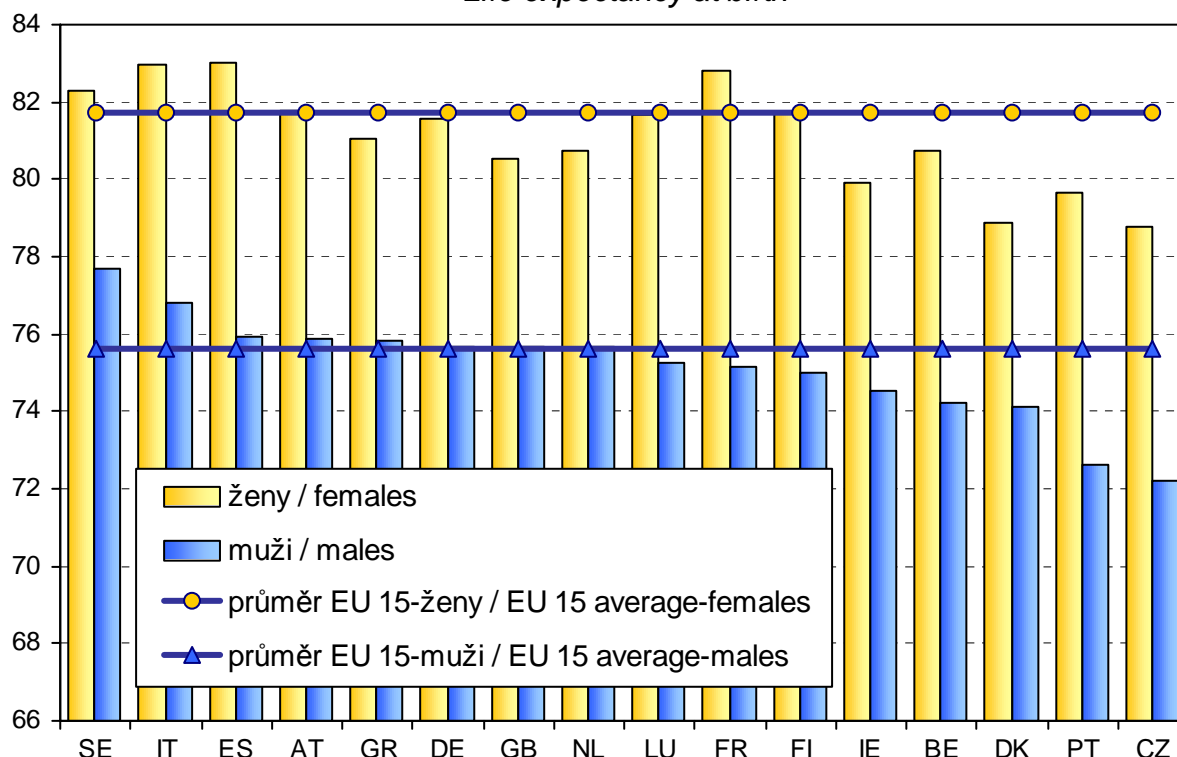
Úmrtnostní poměry globálně charakterizuje střední délka života, tj. očekávaná délka dalšího života při dosažení určité věkové hranice. Z důvodů dobré srovnatelnosti je významným ukazatelem pro mezinárodní srovnání. Průměrná hodnota střední délky života při narození za EU 15 činila v roce 2000 u mužů 75,6 roku, u žen 81,7 roku, v porovnání s rokem 1990 došlo k nárůstu u mužů o 2,5 roku, u žen o 1,9 roku. Nejvyšších hodnot tohoto ukazatele dosahují tradičně muži ve Švédsku (téměř 78 let) a ženy ve Francii, Itálii a Španělsku (kolem 83 let).

Tempo růstu střední délky života v České republice po roce 1990 bylo v rámci Evropy mimořádné. V období 1990 - 2002 došlo ke zvýšení u mužů o 4,6 roku, u žen o 3,3 roku. Přesto se pozice České republiky v rámci Evropy nemění, stále nedosahuje ani nejnižší hodnoty v zemích EU 15.

Rozdíl mezi průměrem EU 15 a Českou republikou se snížil, ale stále je zhruba 3 roky. Za zeměmi s nejvyššími hodnotami střední délky života při narození zaostáváme u mužů zhruba o 5 let, u žen o 4 roky. V rámci střední a východní



**Střední délka života při narození**  
*Life expectancy at birth*



Evropy zaujímáme druhé místo za Slovinskem. Rozdíl mezi pohlavími se v dlouhodobém vývoji zmenšuje, ovšem stále překračuje 6 let. Podle posledních dostupných dat ženy v České republice žijí o 6,6 roku déle než muži a ženy v EU 15 o 6,1 roku.

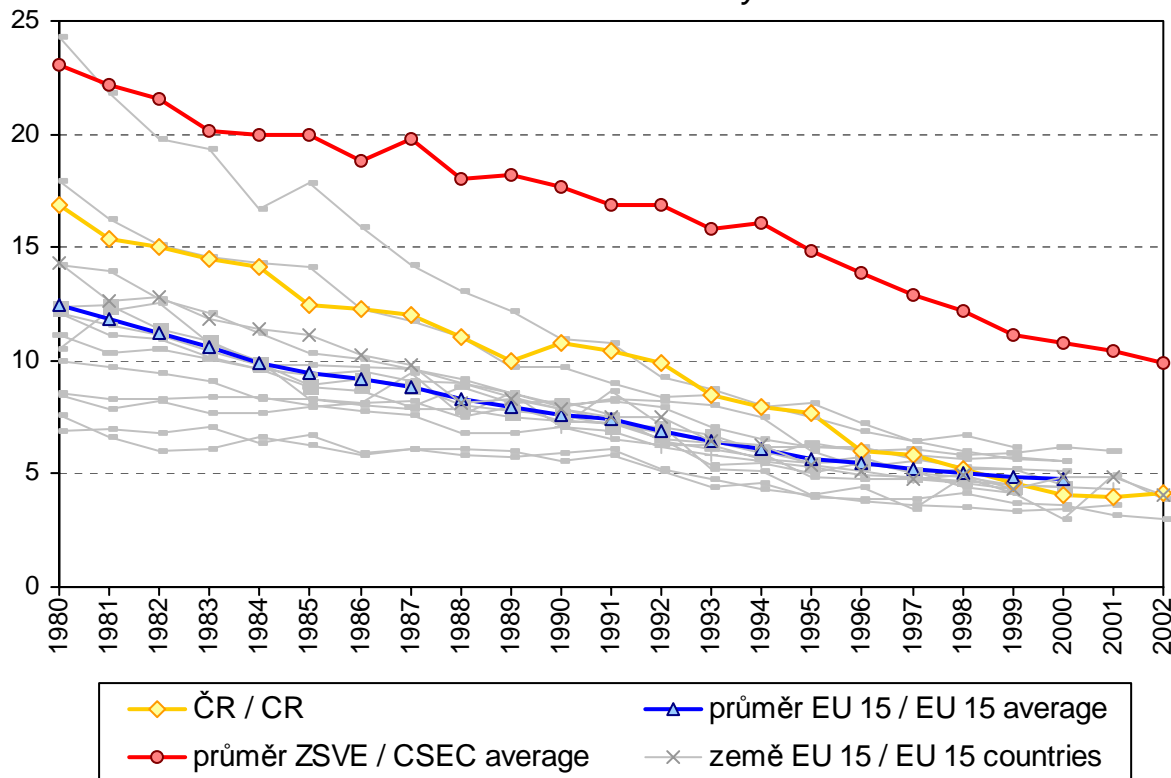
**Střední délka života při narození**  
*Life expectancy at birth*

Česká republika <i>Czech Republic</i>	Průměr EU <i>EU average</i>	Maximum <i>Maximum</i>	Minimum <i>Minimum</i>
Muži / <i>Males</i>			
72,2	75,6	77,7	72,6
Ženy / <i>Females</i>			
78,8	81,7	83,0	78,9

Kojenecká úmrtnost patří k často používaným ukazatelům pro mezinárodní srovnání a je jedním z mála ukazatelů, jejichž hodnoty řadí Českou republiku na přední místo v Evropě i ve světě.

### Vývoj kojenecké úmrtnosti

Trend of infant mortality rate



Průměrná hodnota kojenecké úmrtnosti za EU 15 v roce 2000 činila 4,7 promile. Nejnižších hodnot dlouhodobě dosahují severské státy (3 - 4 promile). Kojenecká úmrtnost v České republice dlouhodobě klesá, k výraznému snížení došlo po roce 1990. Současnou hodnotou kojenecké úmrtnosti (4,1 promile v roce 2002) patří Česká republika mezi státy s nejnižší úmrtností kojenců.

**Přes mimořádné tempo růstu střední délky života v 90. letech Česká republika stále nedosahuje ani nejnižší hodnoty v zemích EU 15. V rámci zemí střední a východní Evropy zaujímá druhé místo za Slovinskem.**

**Kojenecká úmrtnost zaznamenala v České republice v celém sledovaném období velmi příznivý vývoj. Česká republika se úrovní kojenecké úmrtnosti zařadila k evropské i světové špičce.**

*Despite the extraordinary growth rate of the life expectancy in the 1990s the Czech Republic still lags behind the lowest value in EU 15. Among countries of central and Eastern Europe it ranks second, behind Slovenia.*

*Infant mortality in the Czech Republic developed very favourably in the whole period examined. In the level of infant mortality the CR belongs to the European and world top.*

## 1.1. Věková struktura obyvatelstva

*Age structure of population*

Země	Country	Podíl obyvatel (v %) ve věku <i>Age structure of population (in %)</i>			
		0-14		65 +	
		1990	1999-2002 <sup>1)</sup>	1990	1999-2002 <sup>1)</sup>
Česká republika	<i>Czech Republic</i>	21,5	15,7	12,5	13,9
Průměr EU 15	<i>EU 15 average</i>	18,1	16,8	14,6	16,3
Belgie	<i>Belgium</i>	18,1	17,8 <sup>2)</sup>	14,9	16,3 <sup>2)</sup>
Dánsko	<i>Denmark</i>	17,0	18,3	15,6	14,9
Finsko	<i>Finland</i>	19,3	17,9	13,4	15,3
Francie	<i>France</i>	19,4	18,9	14,5	16,0
Irsko	<i>Ireland</i>	27,3	21,5	11,4	11,2
Itálie	<i>Italy</i>	16,5	14,4	14,7	18,1
Lucembursko	<i>Luxembourg</i>	17,4	18,9	13,4	14,0
Německo	<i>Germany</i>	16,1	15,4	15,0	16,9
Nizozemsko	<i>Netherlands</i>	18,2	18,6	12,8	13,6
Portugalsko	<i>Portugal</i>	20,4	16,6	13,4	15,5
Rakousko	<i>Austria</i>	17,4	16,6	14,9	15,5
Řecko	<i>Greece</i>	19,3	15,3	13,8	17,1
Španělsko	<i>Spain</i>	19,7	14,8	13,4	16,9
Švédsko	<i>Sweden</i>	17,9	18,3	17,8	17,2
Velká Británie	<i>Great Britain</i>	19,0	19,0	15,7	15,6

<sup>1)</sup> Poslední dostupný rok za uvedené období

<sup>1)</sup> *The latest available year of the given period*

<sup>2)</sup> Údaj za rok 1997

<sup>2)</sup> *Year 1997*

**1.2. Počet živě narozených na 1 000 obyvatel a úhrnná plodnost***Number of live births per 1 000 inhabitants and total fertility rate*

Země	Country	Živě narození na 1 000 obyv. <i>Live births per 1 000 inhabit.</i>		Úhrnná plodnost <i>Total fertility rate</i>	
		1990	1999-2002 <sup>1)</sup>	1990	2001-2002 <sup>1)</sup>
Česká republika	<i>Czech Republic</i>	12,6	9,1	1,9	1,2
Průměr EU 15	<i>EU 15 average</i>	12,0	10,7	1,6	1,5
Belgie	<i>Belgium</i>	12,4	11,4 <sup>2)</sup>	1,6	1,5
Dánsko	<i>Denmark</i>	12,3	12,7	1,7	1,7
Finsko	<i>Finland</i>	13,2	10,7	1,8	1,7
Francie	<i>France</i>	13,4	12,7	1,8	1,8
Irsko	<i>Ireland</i>	15,1	14,2	2,1	2,0
Itálie	<i>Italy</i>	10,1	9,3	1,4	1,2
Lucembursko	<i>Luxembourg</i>	12,9	12,0	1,6	1,6
Německo	<i>Germany</i>	11,4	8,9	1,5	1,4
Nizozemsko	<i>Netherlands</i>	13,2	13,0	1,6	1,7
Portugalsko	<i>Portugal</i>	11,8	11,8	1,5	1,5
Rakousko	<i>Austria</i>	11,7	9,7	1,5	1,4
Řecko	<i>Greece</i>	10,1	9,6	1,4	1,3
Španělsko	<i>Spain</i>	10,3	9,9	1,5	1,2
Švédsko	<i>Sweden</i>	14,5	10,3	2,1	1,6
Velká Británie	<i>Great Britain</i>	13,9	11,4	1,8	1,6

<sup>1)</sup> Poslední dostupný rok za uvedené období

<sup>1)</sup> *The latest available year of the given period*

<sup>2)</sup> Údaj za rok 1997

<sup>2)</sup> *Year 1997*

**1.3. Hrubá míra úmrtnosti a kojenecká úmrtnost***Crude mortality rate and infant mortality rate*

Země	Country	Hrubá míra úmrtnosti <i>Crude mortality rate</i>		Kojenecká úmrtnost <i>Infant mortality rate</i>	
		1990	1999-2002 <sup>1)</sup>	1990	1999-2002 <sup>1)</sup>
Česká republika	<i>Czech Republic</i>	12,5	10,6	10,8	4,1
Průměr EU 15	<i>EU 15 average</i>	10,2	9,7	7,6	4,7
Belgie	<i>Belgium</i>	10,5	10,2 <sup>2)</sup>	8,0	5,6 <sup>2)</sup>
Dánsko	<i>Denmark</i>	11,8	11,0	7,4	4,2
Finsko	<i>Finland</i>	10,0	9,5	5,6	3,0
Francie	<i>France</i>	9,3	9,2	7,3	4,3
Irsko	<i>Ireland</i>	9,0	7,9	8,2	6,0
Itálie	<i>Italy</i>	9,4	9,7	8,0	4,5
Lucembursko	<i>Luxembourg</i>	10,0	8,3	7,1	3,9
Německo	<i>Germany</i>	11,6	10,1	7,1	4,3
Nizozemsko	<i>Netherlands</i>	8,6	8,8	7,1	5,1
Portugalsko	<i>Portugal</i>	10,4	10,4	11,0	5,5
Rakousko	<i>Austria</i>	10,7	9,5	7,8	4,1
Řecko	<i>Greece</i>	9,3	9,8	9,7	6,2
Španělsko	<i>Spain</i>	8,6	9,0	7,6	4,4
Švédsko	<i>Sweden</i>	11,1	10,5	6,0	3,7
Velká Británie	<i>Great Britain</i>	11,2	10,2	7,9	5,6

<sup>1)</sup> Poslední dostupný rok za uvedené období

<sup>1)</sup> *The latest available year of the given period*

<sup>2)</sup> Údaj za rok 1997

<sup>2)</sup> *Year 1997*

## 1.4. Střední délka života při narození

*Life expectancy at birth*

Země	Country	Střední délka života při narození <i>Life expectancy at birth</i>			
		muži <i>males</i>		ženy <i>females</i>	
		1990	1999-2002 <sup>1)</sup>	1990	1999-2002 <sup>1)</sup>
Česká republika	<i>Czech Republic</i>	67,6	72,2	75,5	78,8
Průměr EU 15	<i>EU 15 average</i>	73,1	75,6	79,8	81,7
Belgie	<i>Belgium</i>	72,8	74,2 <sup>2)</sup>	79,6	80,8 <sup>2)</sup>
Dánsko	<i>Denmark</i>	72,3	74,1	78,0	78,9
Finsko	<i>Finland</i>	71,0	75,0	79,1	81,8
Francie	<i>France</i>	73,4	75,2	81,8	82,8
Irsko	<i>Ireland</i>	72,1	74,6	77,7	79,9
Itálie	<i>Italy</i>	73,8	76,8	80,5	83,0
Lucembursko	<i>Luxembourg</i>	72,2	75,2	78,7	81,7
Německo	<i>Germany</i>	72,1	75,7	78,6	81,6
Nizozemsko	<i>Netherlands</i>	73,9	75,7	80,4	80,8
Portugalsko	<i>Portugal</i>	70,5	72,6	77,5	79,7
Rakousko	<i>Austria</i>	72,5	75,9	79,1	81,8
Řecko	<i>Greece</i>	74,8	75,8	79,6	81,0
Španělsko	<i>Spain</i>	73,4	76,0	80,6	83,0
Švédsko	<i>Sweden</i>	74,9	77,7	80,7	82,3
Velká Británie	<i>Great Britain</i>	73,1	75,7	78,7	80,5

<sup>1)</sup> Poslední dostupný rok za uvedené období

<sup>1)</sup> *The latest available year of the given period*

<sup>2)</sup> Údaj za rok 1997

<sup>2)</sup> *Year 1997*

## 2. Údaje vztahující se ke zdraví získané z výběrových šetření

### *Health related data obtained from sample surveys*

Zatímco demografickou situaci a například úmrtnost, která do jisté míry zdraví obyvatelstva rovněž odráží, lze hodnotit na základě poměrně přesné demografické statistiky, v oblasti zdraví je situace poněkud komplikovanější. Některé údaje vztahující se ke zdravotnímu stavu jsou na celonárodní a mezinárodní úrovni jen obtížně získatelné. Celopopulační zdravotnická statistika je ve většině případů velice nákladná a úzce zaměřená. Proto se vedle běžné rutinní statistiky zdravotnické údaje doplňují také informacemi získanými z výběrových šetření, která umožňují, s relativně nižšími náklady, zjistit některé relevantní informace o zdraví obyvatelstva a jeho podmiňujících faktorech. Je zřejmé, že srovnání některých ukazatelů na základě výběrových šetření je velice obtížné, podává však alespoň orientační přehled ve vztahu k problematice, za kterou v mnoha případech tzv. „tvrdá data“ vůbec neexistují.

Význam výběrových šetření tedy spočívá především v jejich finanční dostupnosti, široké variabilitě a možnosti sledovat vzájemnou propojenost jednotlivých proměnných a tím hodnotit zdravotní stav z hlediska různých skupin obyvatelstva či v souvislosti s možnými rizikovými faktory. I přesto, že se jedná o zjišťování pouze na vybraném vzorku populace, v těchto šetřeních jsou často kladeny vysoké nároky na reprezentativnost, což zajišťuje poměrně přesné pokrytí cílové populace z hlediska sociodemografických charakteristik. Jejich důležitým přínosem je také sledování subjektivní stránky zdraví jedince a jeho vlastního pocitu a hodnocení v konfrontaci se statistickou objektivní realitou.

V roce 2002 EUROSTAT inicioval již druhé kolo sběru informací z národních zdravotních a populačních šetření. Celkem bylo sledováno 18 zdravotních položek, z nichž však pouze 11 lze považovat za zhruba srovnatelné. Výsledky publikoval EUROSTAT v roce 2003 v materiálu *Health in Europe - Results from 1997 - 2000 surveys*. Zdrojem těchto údajů jsou národní šetření (z nichž většinu představují *Health Interview Surveys* - tzv. HIS, v některých případech však jde i o *Health Examination Surveys* - tzv. HES) z let 1997 - 2000.

Ve snaze posoudit kvalitu těchto, mnohdy obtížně srovnatelných dat, jsou získané údaje porovnávány také s výsledky šetření *European Community Household Panel (ECHP)*, které probíhalo v letech 1994 - 2001 (poté bylo nahrazeno šetřením *SILC - Statistics on Income and Living Conditions*), poslední údaje se však vztahují k roku 1998. Šetření ECHP pak zahrnuje srovnatelné a harmonizované údaje za většinu zemí EU 15. Údaje za Českou republiku, která byla zapojena až do třetího kola projektu EUROSTATu probíhajícího v roce 2004, vycházejí z posledního dostupného Výběrového šetření o zdravotním stavu české populace, které proběhlo

v roce 2002 (HIS CR 2002). Toto šetření bylo zajišťováno i financováno Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR s částečnou podporou WHO.

Takto získané informace byly dále doplněny údaji z databáze OECD Health Data 2003, dále z databáze Světové zdravotnické organizace Health For All a údaji z šetření Eurobarometer 52.1 (z roku 1999), Eurobarometer 58.2 (2002) a 59.0 (2003), která jsou zajišťována Evropskou komisí.

## 2.1. Zdravotní stav

### *State of health*

Na zdravotní stav obyvatelstva lze nazírat z několika pohledů a monitorovat celou řadou ukazatelů. Základní otázky se týkají subjektivně vnímaného zdraví, chronické nemoci a omezení běžných aktivit. Tyto tři položky představují tzv. Minimum European Health Module (MEHM), který je zahrnut nejen v šetření SILC, ale měl by být obsažen ve všech šetřeních se zdravotní tematikou, prováděných v zemích EU 15.

### 2.1.1. Subjektivně vnímané zdraví

#### *Subjectively perceived health*

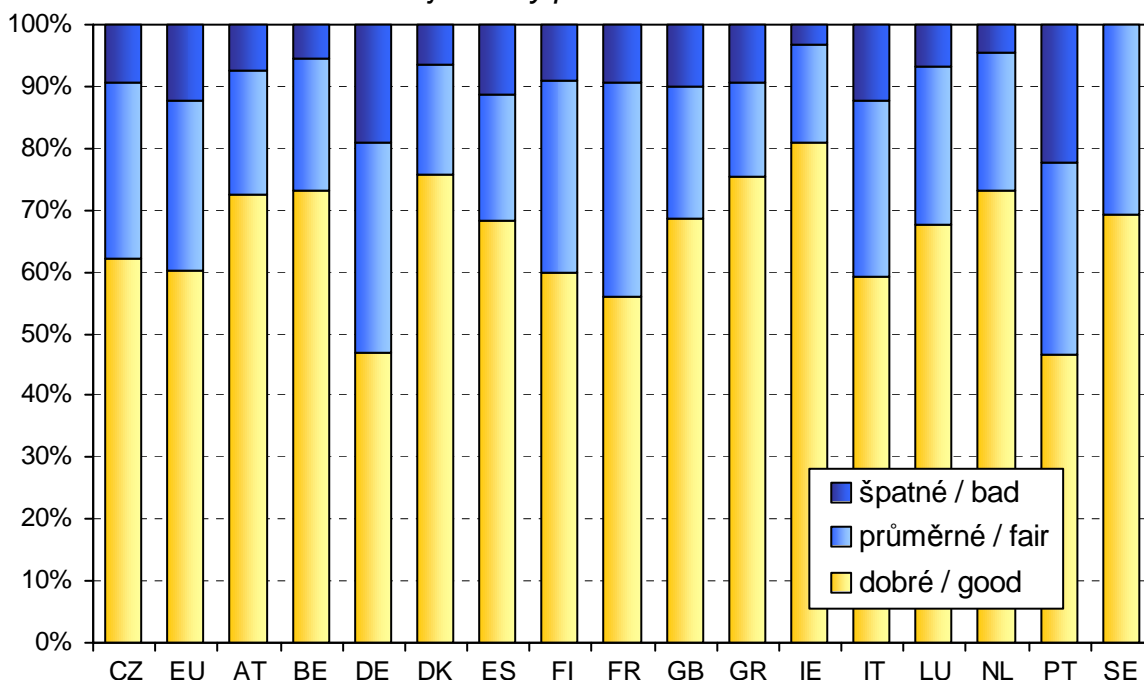
Relativně nejlépe srovnatelné jsou údaje týkající se subjektivně vnímaného zdraví. Tento ukazatel je často nazýván jako tzv. „globální ukazatel“ neboť se vztahuje k celkovému zdravotnímu pocitu. Respondenti jsou v této souvislosti vyzváni, aby ohodnotili svůj zdravotní stav na většinou 5bodové škále: velmi dobrý, dobrý, uspokojivý (fair), špatný, velmi špatný. I když je tento ukazatel velice žádaným a atraktivním zejména pro svou jednoduchost, podle řady kritiků je příliš subjektivní. To souvisí s individuálním pojetím zdraví a nemoci, kdy stav chápaný jedním jedincem jako zdraví může jiný označit jako nemoc. Vnímání vlastní zdravotní situace je tedy závislé nejen na aktuálním zdravotním stavu, ale také na řadě dalších individuálních či sociokulturních faktorů.

Podle národních šetření se v rámci Evropské unie podíl osob s dobrým či velmi dobrým zdravím pohybuje od nejnižších hodnot okolo 30 % v Portugalsku, přes relativně nízké hodnoty v Itálii až po hodnoty přesahující 75 % v Belgii, Dánsku a Nizozemsku. Česká republika se se svými 62 % pohybuje níže v pomyslném žebříčku a Češi, zdá se, přistupují ke svému zdraví spíše pesimisticky, i když v posledních letech se situace výrazně zlepšuje a patrně zde dochází ke změně přístupu v hodnocení vlastního zdraví.

Z graficky prezentovaného srovnání založeného na údajích z šetření ECHP s jednotnou otázkou i škálou odpovědí pro všechny země EU 15 je rovněž zřejmé, že nejhůře hodnotí své subjektivní zdraví Portugalci, Italové, ale také Francouzi či Španělé (v případě Německa, které na výše prezentovaném grafu vychází jako jedno



### Subjektivní hodnocení zdraví Subjectively perceived health



Zdroj / Source: ECHP 1998, Health statistics - Key data on health 2002

Pozn. / Note: Údaje za FI a LU se vztahují k roku 1996 / Data on FI and LU relate to 1996

z nejhorších, nelze zřejmě považovat údaje za zcela srovnatelné, neboť podle jiných dostupných šetření je zde podíl osob s minimálně dobrým subjektivním zdravím výrazně vyšší než uvádí zmiňovaný zdroj). Uvedené země se vyznačují nejnižším podílem osob s dobrým či velmi dobrým subjektivním zdravím. Naopak nejvyšší podíl osob hodnotících své zdraví jako dobré, velmi dobré je mezi Dány, Iry a Řeky. ČR se svým subjektivním hodnocením zdraví podobá evropskému průměru, který je však mírně zkreslen nepřesným údajem za Německo.

Podle šetření Eurobarometer 58.2, které proběhlo v zemích EU 15 v říjnu až prosinci roku 2002, představoval v EU 15 podíl osob hodnotících svůj zdravotní stav jako dobrý či velmi dobrý 68 %, nejnižších hodnot dosahoval v Portugalsku (50 %), ale také Německu, Finsku a Itálii (okolo 62 %). Nejvyšší byl naopak v Irsku (85,5 %), relativně vysoké hodnoty však vykazovalo také Dánsko, Rakousko, Nizozemsko a Řecko (okolo 80 %). Z tohoto srovnání vychází Česká republika jako jedna ze zemí nejhůře hodnotících svůj zdravotní stav, což zřejmě potvrzuje větší pesimismus našich občanů.

S rostoucím věkem se subjektivní hodnocení zdraví zhoršuje. Tato skutečnost je platná pro všechny sledované země s výjimkou nejvyšší věkové kategorie, kde v některých případech procento osob hodnotících svůj zdravotní stav jako dobrý či velmi dobrý mírně roste. To je vysvětlováno několika faktory:

- S rostoucím věkem se zvyšuje tendence srovnávat svůj vlastní zdravotní stav s vrstevníky a uvědomovat si své vlastní přežívání v dané generaci.
- Osoby v pokročilém věku jsou na tom relativně zdravotně lépe ve srovnání s nižšími věkovými skupinami, neboť se jedná o jedince, kteří přežili, osoby se špatným zdravotním stavem již byly eliminovány v předchozích věkových skupinách.
- Studie také ukazují, že v rámci stejného reálného zdravotního stavu je úmrtnost vyšší u těch osob, které hodnotí své zdraví hůře, a přežívají tak tedy více optimističtí jedinci.
- Starší osoby ohrožené vyšším rizikem úmrtí jsou také častěji institucionalizovány ve srovnání s mladšími, a proto jsou z řady šetření, která nezahrnují institucionalizované osoby, vyloučeny.

**Procento osob, které hodnotí svůj zdravotní stav jako „dobrý“ či „velmi dobrý“**  
*Percentage of persons perceiving their health as „good“ or „very good“*

Věk / Age	16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+
ČR / CR	91,1	84,7	70,8	52,0	43,9	31,8	21,0	17,4
EU 15	85,3	78,6	69,4	57,6	46,7	35,1	27,0	23,7

Zdroj / Source: ECHP 1998, Health statistics - Key data on health 2002

Obecný trend zhoršujícího se subjektivního hodnocení zdraví s věkem dokumentuje výše uvedená tabulka. Z té je zřejmé, že osoby v České republice hodnotí svůj zdravotní stav lépe v nižších věkových skupinách ve srovnání s průměrem EU 15, naopak ve vyšším věku je jejich hodnocení více pesimistické.

Jak již však bylo uvedeno v předcházejícím textu, subjektivní hodnocení zdraví závisí na řadě skutečností a vedle individuálních faktorů je zcela jistě ovlivněno také kulturními rozdíly, přístupem a tradicemi jednotlivých populací, a to i přesto, že znění otázky bylo ve všech srovnávaných zemích přibližně shodné. I přes celou řadu faktorů způsobujících možné zkreslení ukazatele však byla prokázána vysoká korelace mezi subjektivním hodnocením zdraví a úmrtností, dále také mezi subjektivním hodnocením zdraví a reálným zdravotním stavem, odvozeným na základě objektivních ukazatelů.

### 2.1.2. Chronická nemocnost

*Chronic morbidity*

Jedním ze základních ukazatelů zdravotního stavu je morbidita, neboli nemocnost. Morbidita se vztahuje především k rozšíření různých typů onemocnění a disability (neschopnosti) v populaci. Ukazatele nemocnosti je však velice obtížné určit a jednoznačně definovat, problém je především se zavedením souhrnného

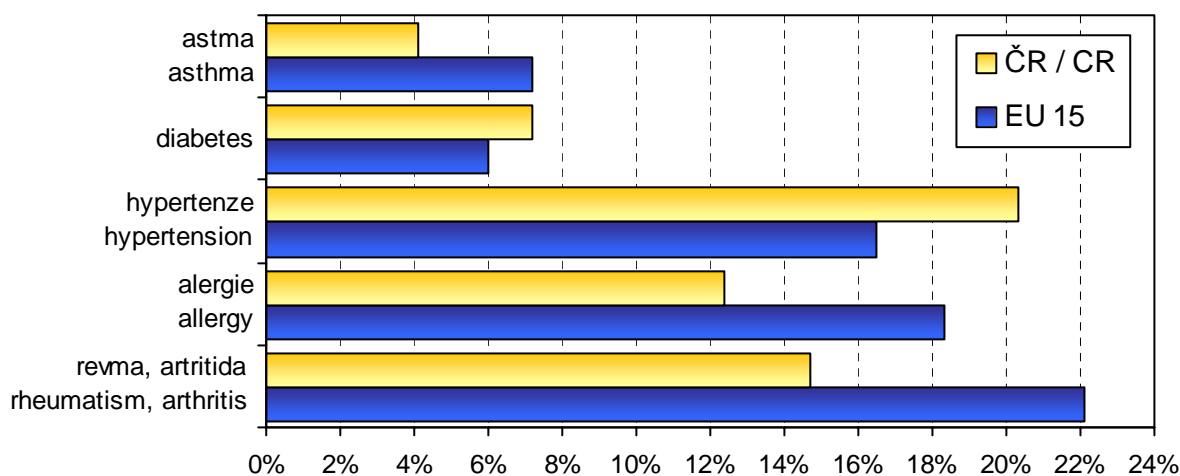
ukazatele. Proto je užívána řada dílčích indikátorů, jako je např. prevalence chronických onemocnění apod.

Zatímco některá (např. infekční) onemocnění jsou sledována většinou povinně na celonárodní úrovni, o řadě dalších onemocnění jsou údaje dostupné pouze na základě výběrových šetření. Údaje získané tímto způsobem jsou však velice obtížně srovnatelné, i přes obecná mezinárodní doporučení se jednotlivé země v položené otázce liší. Otázkou nejvíce odpovídající té, která je mezinárodně požadována a také užitá v České republice, pokládaly v rámci nějakého národního šetření pouze Rakousko, Velká Británie, Nizozemsko a Belgie. Tato otázka zjišťovala, zda respondenti trpí nějakou chronickou nemocí (aniž by byly nemoci vyjmenovány či sledovány pouze ty nemoci, které respondenta omezují v běžných aktivitách). Pro orientaci však lze do srovnání začlenit ještě Dánsko a Švédsko, zde však jsou zahrnuta nejen dlouhodobá onemocnění, ale také dlouhodobé následky úrazu.

Ze srovnání těchto údajů je zřejmé, že Česká republika se vyznačuje relativně vysokým podílem osob s dlouhodobým onemocněním. Zatímco u nás chronickým onemocněním trpělo šest z deseti respondentů, v zemích EU 15 se podíl osob s chronickým onemocněním pohyboval mezi 28 - 35 %. Ve Švédsku, kde tento ukazatel zahrnuje i dlouhodobé následky úrazu, pak dosahoval 48 %. Podobné výsledky vyplývají z šetření Eurobarometer 58.2. - v průměru trpí chronickou nemocí 25 % populace EU 15, podíl se pohybuje od 15 % v Irsku až po 40 % ve Finsku.

Rozdíl mezi ČR a ostatními zeměmi však může být způsoben tím, jak byla chronická onemocnění zjišťována. V šetření HIS CR 2002 byli respondenti nejprve dotázáni, zda mají nějakou dlouhodobou nemoc či zdravotní problém. Na tuto otázku odpovědělo kladně téměř 59 % respondentů. Zatímco však v ostatních zemích již

**Prevalence vybraných chronických onemocnění**  
*Prevalence of selected chronic diseases*



Zdroj / Source: Eurobarometer 59.0

respondent nebyl dotazován na konkrétní onemocnění, v našem šetření bylo dále zjišťováno u každého z 23 onemocnění uvedených na seznamu, zda jím respondent trpí či nikoliv. Tak je možné, že respondenti si dodatečně některé své potíže uvědomili a svou původní výpověď změnili. Potvrzením této skutečnosti může být údaj za Island, kde byl respondentům předložen seznam 47 chronických onemocnění a bylo sledováno, zda jimi trpěli v posledních 12 měsících. Tak bylo zjištěno, že chronické onemocnění se v posledních 12 měsících projevilo u 76 % respondentů (ve věku 18 - 75 let), což je údaje velice vysoký.

O prevalenci jednotlivých chronických obtíží v zemích evropské patnáctky informuje šetření Eurobarometer 59.0. Z tohoto srovnání je zřejmé, že i přes relativně vysoký podíl osob s chronickým onemocněním v České republice celkem, z hlediska jednotlivých onemocnění již Češi tolik nevybočují. Vyšší ve srovnání s průměrem pro EU 15 je u nás pouze prevalence diabetu a hypertenze, nižší je naopak prevalence artrózy a artritidy (zde může mít vliv formulace otázky), alergie či astmatu. Nejvyšší prevalence artritidy byla zaznamenána v Portugalsku (cca 40 %) a Itálii, alergie je rozšířená zejména ve Skandinávských zemích (až 27 %).

Nejvíce sledovaná a mediálně diskutovaná bývá prevalence a úmrtnost vztahující se ke kardiovaskulárním onemocněním, přičemž tyto ukazatele jsou v České republice, ale i v celé východní Evropě poměrně vysoké ve srovnání se zeměmi západní Evropy, kde ke snižování výskytu těchto onemocnění začalo docházet již v 70. a 80. letech, zatímco u nás je klesající trend patrný až po roce 1990. I přes velice výrazný pokles úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění a zlepšující se přístup obyvatelstva k tomuto aspektu zdraví je v současnosti prevalence hypertenze v České republice jen zřídka převyšována údajem za některou ze zemí EU 15. Vyšší hodnotu vykazuje pouze Portugalsko, srovnatelnou pak také Finsko. Zatímco některé studie upozorňují na nižší prevalenci kardiovaskulárních onemocnění v jihoevropských zemích, tato skutečnost nebyla v rámci šetření Eurobarometer 59.0 potvrzena.

### **2.1.3. Dlouhodobé omezení aktivit**

#### *Long term limitation of activities*

Další skupinou ukazatelů o zdravotním stavu a zároveň poslední složkou tzv. MEHM jsou údaje vztahující se k dlouhodobé neschopnosti, tj. k dlouhodobým omezením běžných aktivit respondentů ze zdravotních důvodů (tzv. ukazatele „disability“). Tato problematika nabývá na významu především v souvislosti se stárnutím obyvatelstva, které je, s prodlužující se střední délkou života, více či méně evidentní ve všech evropských zemích.

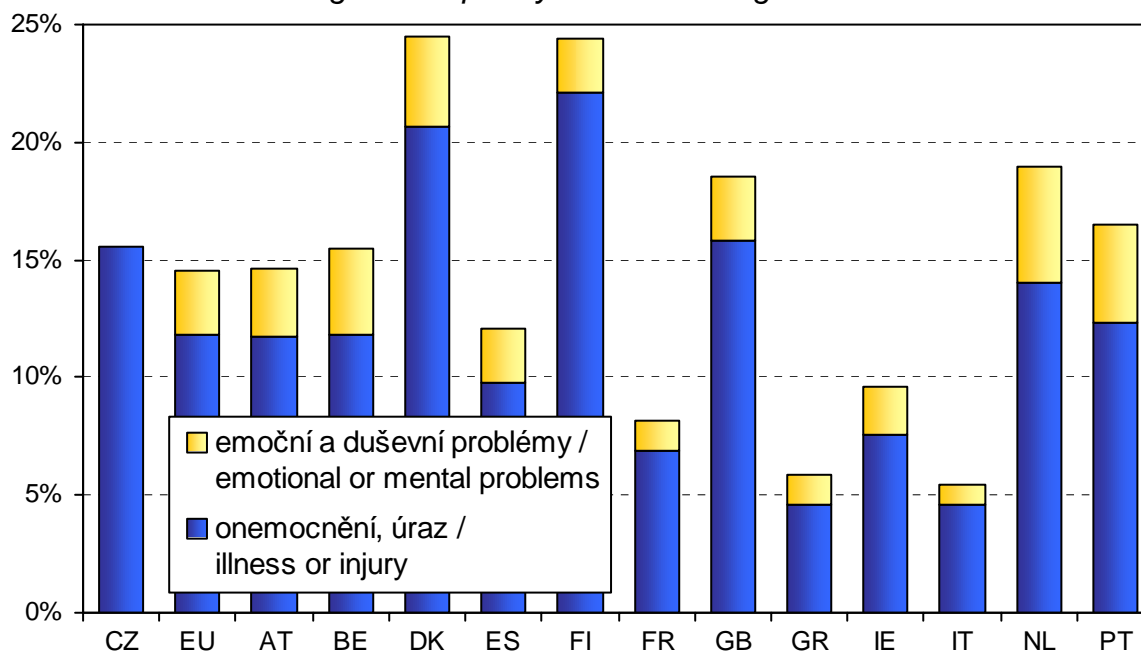
Stejně tak jako předchozí ukazatele nemocnosti, je i dlouhodobá neschopnost obtížně vymezitelná. Proto se k jejímu zjišťování užívají často přibližné ukazatele a indikátory zaměřené především na konkrétní omezení běžných aktivit. V rámci

šetření Eurobarometer 58.2 bylo zjišťováno, zda byl respondent ze zdravotních důvodů v průběhu posledních 6 měsíců nějak omezen v provádění některých běžných aktivit. Silně omezeno bylo v průměru 6,2 % obyvatel EU 15, naopak zcela bez omezení byly téměř 3/4 dotázaných respondentů. Celkem tak byla omezena přibližně 1/4 respondentů, zatímco v České republice představoval podíl osob s omezením 18 %, z toho 3,7 % osob bylo omezeno silně. Údaj za ČR je tedy nižší než evropský průměr, pohybujeme se v tomto ohledu spíše mezi zeměmi s nízkým podílem osob s dlouhodobým omezením, který je v rámci EU 15 nejnižší v Irsku, Řecku a Francii (okolo 20 %). Naopak nejvyšší podíl osob s omezením (okolo 35 %) vykazují Skandinávské země. Uvedené údaje však mohou být ovlivněny věkovou strukturou dotazované populace, která v případě neeliminování rozdílů může srovnání do určité míry zkreslovat (populace se starší věkovou strukturou budou mít vyšší podíl osob s dlouhodobým omezením), což je nutné brát v úvahu při interpretaci dat. Z hlediska omezení týkajícího se jednotlivých aktivit (chůze, zrak, sluch) bohužel nelze srovnat EU 15 a ČR z důvodu odlišného znění zahrnutých otázek.

#### 2.1.4. Dočasná neschopnost *Temporary disability*

Jako přibližné ukazatele neschopnosti jsou často užívány také údaje o dočasné neschopnosti, vyjádřené například počtem zameškaných pracovních dnů, počtem dní strávených na lůžku či počtem dní s nutností jakéhokoliv omezení běžných aktivit.

**Procento dočasně neschopných v posledních 2 týdnech**  
*Percentage of temporary cutdown during the last 2 weeks*



Zdroj / Source: ECHP 1998, Health statistics - Key data on health 2002

Pozn.: Průměr EU 15 byl vypočítán jako prostý aritmetický průměr

Note: EU 15 average was computed as simple average

Zatímco pracovní neschopnost, chápaná jako absence v zaměstnání, je většinou sledována na celopopulační úrovni, výběrová šetření se zaměřují spíše na omezení respondenta v běžných denních pracovních, ale i volnočasových aktivitách.

Ukazatel dočasné neschopnosti udává procento osob, které musely v průběhu posledních 2 týdnů omezit své běžné aktivity (pracovní či volnočasové) z důvodu nemoci či úrazu. Ne příliš srovnatelné údaje, získané na základě 6 národních šetření, se pohybují mezi 10 % dočasně neschopných v Belgii a 15 % ve Velké Británii, přičemž tyto dvě země se svou otázkou nejvíce přibližují České republice, kde tento ukazatel představoval 15,6 %.

Srovnání vycházející z údajů ECHP ukazuje na rozpětí mezi 5 - 20 % dočasně neschopných osob. Nejnižší podíl osob, které uvedly nějaké zdravotní omezení ve svých aktivitách v průběhu posledních 2 týdnů vykazují jednak země Středomoří - Itálie a Řecko, ale také Irsko. Nejčastěji byla naopak dočasná neschopnost zaznamenána ve skandinávských zemích, Velké Británii a Nizozemsku.

Česká republika se v obou srovnáních řadí mezi země s vyšším procentem dočasně neschopných, určité zkreslení však může být způsobeno zahrnutím duševních onemocnění do dočasné neschopnosti v České republice, zatímco v ostatních zemích se emoční a duševní zdraví neuvažuje. Pokud by byly zahrnuty i tyto potíže, pak by se podíl dočasně neschopných zvýšil v některých zemích (Francie, Itálie, Řecko) jen minimálně, v Portugalsku či Nizozemsku však o téměř 5 %, čímž se celkový ukazatel neschopnosti v těchto zemích dostává na úroveň 16,5 %, resp. 19 %.

**Z hlediska zdravotního stavu hodnoceného na základě výběrových šetření se Česká republika, ve srovnání s EU 15 pohybuje přibližně na průměrné úrovni. Souhrnné hodnocení otázek je však velice zavádějící, zatímco v subjektivním hodnocení zdraví je na tom ČR nejhůře, prevalence některých chronických onemocnění či dlouhodobé neschopnosti je u nás ve srovnání s EU 15 poměrně nízká. Srovnání zdravotního stavu však závisí především na položené otázce a sociokulturním přístupu dané populace k vlastnímu zdraví a jeho hodnocení. Zdá se, že uvedené výsledky potvrzují větší pesimismus našich občanů.**

*From the viewpoint of the state of health evaluated on the basis of the sample surveys the Czech Republic is near to a medium level in EU 15. The comprehensive evaluation of the questions is, however, often misleading; although subjectively perceived health is the worst in the CR, prevalence of some chronic diseases and long-term disability is relatively low in comparison with EU 15. Comparison of the state of health is influenced by the questions asked together with the socio-cultural attitude of the given population to their own health and its evaluation. These results seem to prove higher pessimism of Czech citizens.*



## 2.2. Zdravotnické služby

### *Health services*

Ke zdravotnímu stavu obyvatelstva se také úzce vztahuje tzv. zdravotní chování. To zahrnuje jednak využívání zdravotnické péče, ale také některé další neformální aktivity přispívající k prevenci a předcházení onemocnění a tím i menšímu zatížení zdravotnického systému. Základní ukazatele používané v této oblasti se nejčastěji vztahují k hospitalizacím v lůžkových zařízeních, ambulantním ošetřením a podstupeným preventivním vyšetřením, případně k užívání léků.

### 2.2.1. Hospitalizace

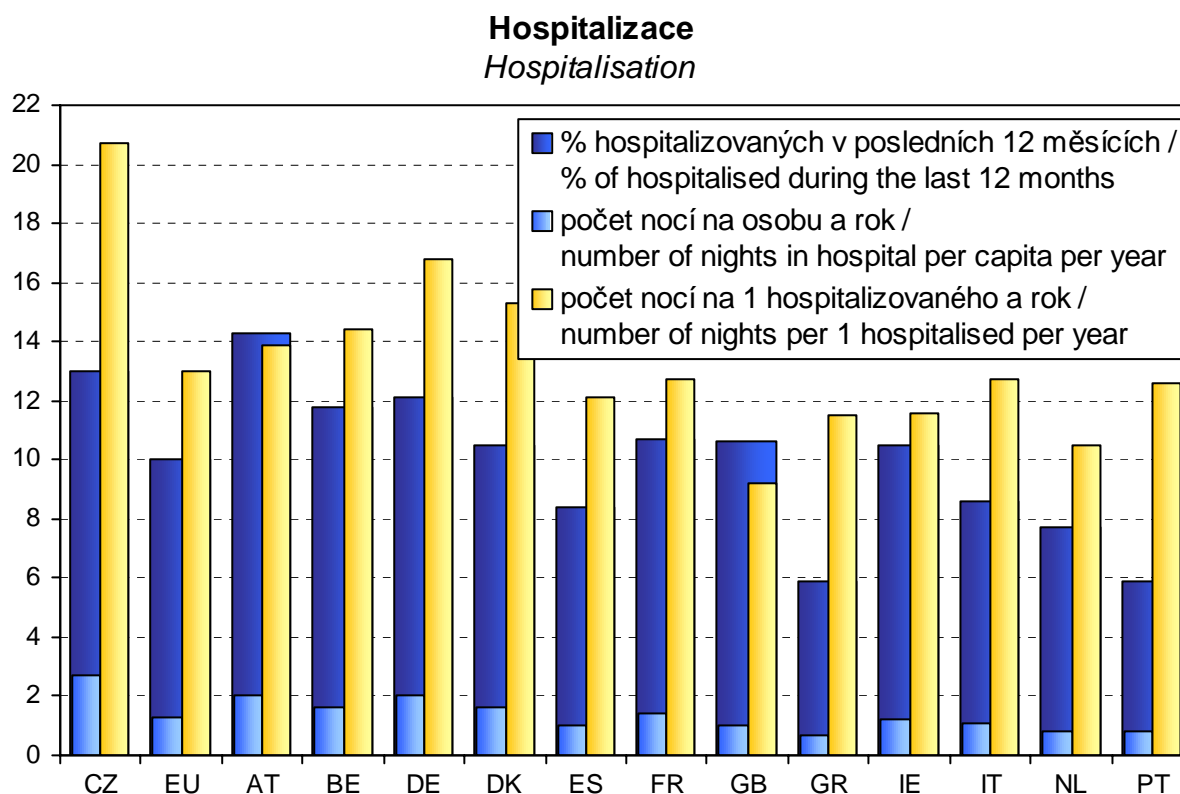
#### *Hospitalisation*

Údaje o hospitalizaci jsou sledovány prostřednictvím běžných statistik na celonárodní úrovni. Ty však vykazují několik zásadních omezení, např. evidují ve většině zemí nikoliv počet hospitalizovaných osob, ale počet případů hospitalizace (včetně přesunů mezi odděleními) a do určité míry tak informaci o hospitalizovaných zkreslují. Mezinárodní srovnání je v tomto případě navíc zatíženo chybou související s odlišným chápáním samotné hospitalizace (propuštění, přijetí, zahrnutí novorozenců apod.). Další problém představuje vymezení zařízení, ve kterém jsou pacienti hospitalizováni (nejčastěji „hospital“, ale v některých případech i „clinic“). Jednotlivé země se pak liší v tom, jaké instituce pod tento pojem zahrnují (soukromá či veřejná zařízení, psychiatrické léčebny apod.).

Rutinní statistika je proto doplňována informacemi získanými z výběrových šetření, která v této oblasti zjišťovala, zda byl respondent v posledních 12 měsících hospitalizován na více než 1denní pobyt, tedy s nutností setrvat přes noc. Podle národních šetření se údaj o podílu hospitalizovaných dospělých osob v posledním roce pohyboval mezi 6 a 14 %, přičemž nejnižší údaj vykazují Nizozemsko a Španělsko, nejvyšší naopak Rakousko, Belgie a Německo. Česká republika se pak se svými 13 % řadí spíše k zemím s vysokým podílem hospitalizovaných v průběhu uplynulého roku.

Shodná otázka byla zařazena také do šetření ECHP (viz graf Hospitalizace v ČR a zemích EU 15), jehož závěry ukazují, že zkušenost s hospitalizací mělo v posledních 12 měsících přibližně 10 % Evropanů starších 15 let. Údaje však umožňují širší srovnání než data z šetření realizovaných jednotlivými státy (zahrnují více zemí), přičemž nejnižší podíl hospitalizovaných byl zaznamenán v Portugalsku a Řecku, kde bylo v posledních 12 měsících hospitalizováno 6 ze 100 oslovených respondentů. Nejvyšších hodnot dosahovalo opět Rakousko a Německo, kde se procento hospitalizovaných pohybovalo okolo 14 %. Uvedené rozdíly samozřejmě souvisí s organizací systému zdravotní péče v jednotlivých oblastech, souhrnně lze konstatovat, že hospitalizace jsou méně běžné pro jihoevropské země a Nizozemsko.

Podobné závěry vyplývají i z šetření Eurobarometer 59.0 (viz graf Využívání zdravotnické péče v průběhu posledních 12 měsíců v kapitole Ambulantní péče), podíl hospitalizovaných v posledním roce je však podle výsledků tohoto šetření vyšší ve všech sledovaných regionech a Česká republika dosahuje přibližně průměru EU 15.



Zdroj / Source: ECHP 1998, Health statistics - Key data on health 2002, Health in Europe, EUROSTAT 2003

Obecně lze říci, že s rostoucím věkem podíl hospitalizovaných osob roste až k nejvyšší věkové kategorii 85+, kde se stabilizuje či mírně klesá, což je z části spjato s faktory popsanými v souvislosti se subjektivním hodnocením zdraví. Určitou výjimku představuje vyšší podíl hospitalizovaných žen ve věku 25-34 let daný zahrnutím hospitalizací souvisejících s těhotenstvím či porodem. Ve srovnání s ostatními zeměmi se Česká republika vyznačuje relativně vysokým procentem hospitalizovaných respondentů zvláště ve vyšších věkových kategoriích, zatímco zejména u mužů v nižším věku je hospitalizovanost u nás ve srovnání se zeměmi EU 15 spíše podprůměrná.

Vedle podílu hospitalizovaných nám šetření ECHP umožňuje sledovat také průměrný počet nocí strávených v lůžkovém zařízení na osobu a rok. Zatímco v České republice připadá ročně na osobu 2,7 noci strávené v lůžkovém zařízení, v zemích EU 15 byla průměrná hodnota tohoto ukazatele 1,3, pouze výjimečně dosahovala 2 noci (Německo, Rakousko). Pokud uvažujeme roční počet nocí na



jednoho hospitalizovaného, pak se hodnota v rámci EU 15 pohybuje v rozmezí 10 (Velká Británie, Nizozemsko) až 17 (Německo) nocí, zatímco v ČR to bylo v průměru 20,7 nocí na 1 hospitalizovaného. Ze srovnání je tedy patrné, že nejen podíl hospitalizovaných je v České republice vyšší ve srovnání se zeměmi EU 15, ale také že hospitalizovaní v ČR stráví ročně v lůžkovém zařízení více nocí než jejich sousedé z evropské patnáctky. Uvedené údaje je však opět nutné interpretovat velice opatrně, neboť i zde se objevují jisté problémy především s vymezením institucí, na které se dotazy o hospitalizaci vztahují. Navíc je nutné upozornit na to, že ukazatel průměrného počtu nocí strávených v lůžkových zařízeních z šetření HIS CR 2002 je pravděpodobně zkreslen extrémními hodnotami a medián této proměnné je výrazně nižší (okolo 10 nocí na hospitalizovaného a rok).

### 2.2.2. Ambulantní péče *Out-patient care*

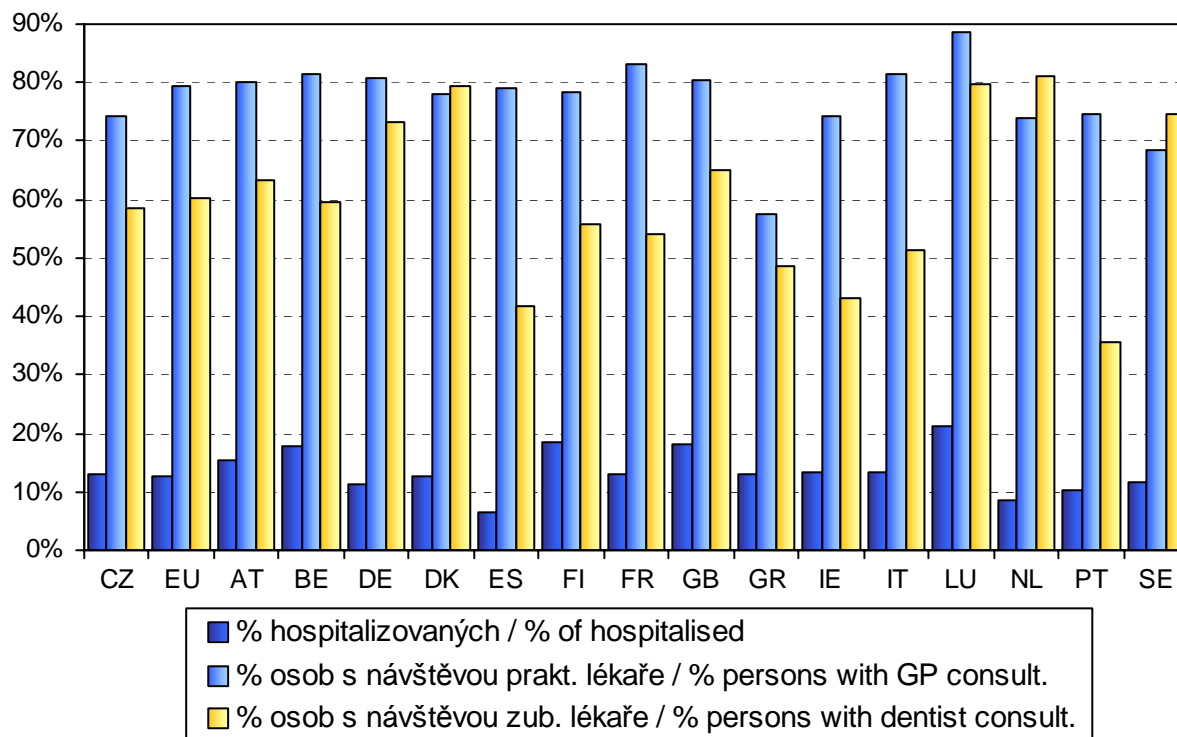
Zatímco hospitalizace jsou v populaci relativně málo rozšířené, návštěvy lékařů a využívání ambulantní péče obecně, podstatně především ve vztahu k dalšímu využívání zdravotnických služeb, jsou v populacích poměrně četné. Také tato data jsou monitorována jak rutinní statistikou, tak prostřednictvím výběrových šetření. Ta sledují u respondentů návštěvy lékaře buď obecně či v detailnější specifikaci, např. praktický lékař, specialista, zubní lékař apod.

Údaj o podílu osob, které navštívily jakéhokoliv lékaře v průběhu posledních 12 měsíců, zjištěný na základě dostupných národních šetření (Německo, Španělsko, Nizozemí, Rakousko) se pohybuje v rozmezí 80 až 90 %. Česká republika tak svými 92 % mírně přesahuje nejvyšší z hodnot. Přesnější srovnání opět podává šetření ECHP. Podle jeho výsledků se procento osob s návštěvou lékaře pohybuje od nejnižších hodnot okolo 70 - 80 %, které vykazují vedle Řecka (67 %) také Portugalsko, Španělsko, Irsko a Itálie, až k hodnotám na úrovni 95 % v Rakousku a Nizozemí.

Z jednotlivých lékařů je pozornost věnována především návštěvám zubního lékaře. Toho v posledním roce navštívilo v České republice šest z deseti respondentů. Z národních šetření realizovaných v zemích EU vyplývá, že nejnižší byl tento podíl v Portugalsku (36 %), nejvyšší naopak v Německu a Nizozemsku (75 %). Podle šetření ECHP se k zemím s nízkým podílem přiřazuje také Řecko, dále Itálie, Irsko a Španělsko. Svým podílem se Česká republika pohybuje přibližně ve středu pomyslného žebříčku, kde se objevuje také např. Rakousko a Belgie.

Souhrnné údaje o využívání zdravotnických služeb podle šetření Eurobarometer 59.0 prezentuje následující graf.

### Využívání zdravotní péče v průběhu posledních 12 měsíců *Exploitation of health services in the last 12 months*



Zdroj / Source: Eurobarometer 59.0

### 2.2.3. Prevence *Prevention*

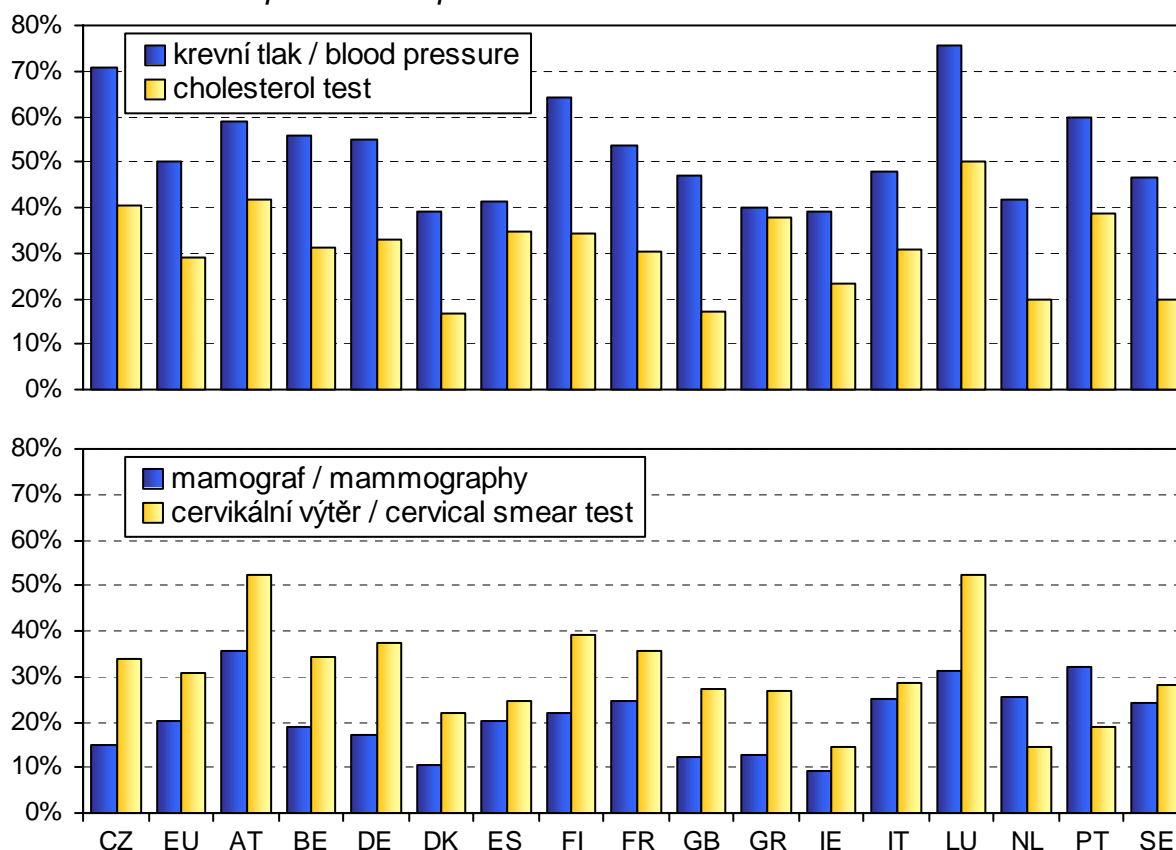
Předchozí dvě kapitoly se vztahovaly především ke zdravotnímu chování spojenému s diagnostikou a léčbou onemocnění, preventivní zdravotní péče se naopak pojí s jejich předcházením. Frekvence preventivních vyšetření se v jednotlivých zemích liší a souvisí jednak se způsobem organizace a financování systému zdravotní péče, ale také s přístupem obyvatel k vlastnímu zdraví a k jeho ochraně.

Ve výběrových šetřeních jsou nejčastěji sledována vyšetření vztahující se ke kardiovaskulárním onemocněním, dále k rakovinným onemocněním (především u žen) a k běžným infekčním chorobám (chřipka). Podle šetření Eurobarometer 59.0 prodělala v průběhu posledních 12 měsíců měření krevního tlaku přibližně 1/2 populace EU 15, 1/3 osob byla vyšetřena na krevní cholesterol. V České republice jsou tato dvě preventivní vyšetření ve srovnání s ostatními zeměmi EU 15 relativně častější (70 % osob s měřením krevního tlaku, 40 % osob s vyšetřením krevního cholesterolu), vyšší podíl osob s tímto vyšetřením byl zaznamenán pouze v Lucembursku, relativně vysokou hodnotu ukazatele vykazuje také Rakousko či Portugalsko. Naopak nejméně často byl krevní tlak měřen v Dánsku, ale také

v zemích Středomoří - Řecku, Itálii a Španělsku (okolo 40 %). Vyšetření na krevní cholesterol byla nejméně četná v Dánsku, Velké Británii, Nizozemsku a Švédsku (okolo 20 %).

### Využívání preventivní péče v průběhu posledních 12 měsíců

*Exploitation of preventive care in the last 12 months*



Zdroj / Source: Eurobarometer 59.0

Zatímco z hlediska využívání preventivních vyšetření spojených s kardio-vaskulárními onemocněními se Česká republika pohybovala mezi zeměmi s nejvyšším podílem vyšetřených osob, preventivní opatření týkající se prevence rakoviny prsu u žen u nás nejsou ve srovnání s vyspělejší evropskou patnáctkou tolik častá. Ve vztahu k mamografickému vyšetření se ČR pohybuje pod evropským průměrem, šetření z roku 2002 ukazuje 15 % žen starších 20 let s mamografickým vyšetřením, zatímco v EU 15 tento podíl představuje 20 %. Nejvyšší podíl žen s mamografickým vyšetřením vykazují Rakousko, Lucembursko a Portugalsko, nejnižší pak Dánsko, Velká Británie, ale také Irsko. Z hlediska cervikálního výtěru je pořadí zemí obdobné, Česká republika se zde však pohybuje lehce nad průměrnou evropskou hodnotou.

Je tedy zřejmé, že i přes četná opatření v oblasti prevence rakoviny prsu a širokou reklamní a osvětovou kampaň je povědomí českých žen o nutnosti preventivních vyšetření relativně nízké. Lze jen doufat, že akce, které jsou v současnosti v této oblasti podnikány a zavedení bezplatného mamografického vyšetření pro ženy starší 45 let povedou k uvědomění a vyššímu využívání mamografického vyšetření prsu. Zachycení onemocnění v ranných stádiích tak může přispět ke snížení úmrtnosti na rakovinu prsu a ke zvýšení přežívání osob s touto diagnózou, které je ve východoevropských zemích obecně poměrně nízké.

#### 2.2.4. Spokojenost

##### *Satisfaction*

Využívání zdravotnických služeb a jejich kvalita v jednotlivých společnostech se odráží také v jejich hodnocení ze strany veřejnosti. Údaje o spokojenosti se zdravotnictvím v rámci EU 15 byly získány z šetření Eurobarometer 52.1, s ČR jsou však jen obtížně srovnatelné z důvodu použití odlišné škály odpovědí.

Respondenti byli dotazováni jak jsou obecně spokojeni se zdravotnickým systémem v jejich zemi, přičemž jim byla nabídnuta 4bodová škála odpovědí. Z šetření vyplynulo, že rozdíly ve spokojenosti se zdravotnickým systémem jsou v rámci EU 15 poměrně značné. Největší spokojenost vykazuje Rakousko, Francie a Belgie, kde bylo spokojeno („very satisfied“, „fairly satisfied“) okolo 80 % mužů a žen, naopak nejméně jsou spokojeni obyvatelé Řecka, Portugalska a Itálie (20 % osob spokojeno). V České republice, kde byla respondentům nabídnuta 5bodová škála, 1/2 respondentů uvedla, že jsou velmi nebo spíše spokojeni, další přibližně třetina respondentů však byla zařazena do kategorie ani spokojen ani nespokojen, která v Eurobarometru zahrnuta nebyla. Pokud bychom však 35 % respondentů, kteří volili střední kategorii „ani spokojen, ani nespokojen“, rozdělili v poměru ostatních pozitivních a negativních odpovědí, pak by podíl osob spokojených se zdravotnictvím dosahoval cca 80 % osob, což je jeden z nejvyšších údajů. Zdá se tedy, že stávající zdravotnický systém našim občanům spíše vyhovuje.

Další otázka zjišťovala názory respondentů na změny ve zdravotnictví ve srovnání s dobou před dvěma lety (event. 3 lety v případě ČR). Zde již byla nabídnuta jak v ČR, tak v EU 15 podobná 5bodová škála. 60 % osob v EU 15 nezaznamenalo ve zdravotnictví žádné změny, v ČR to bylo přibližně 55 %. Zhruba 10 % respondentů EU 15 je se zdravotnickým systémem nyní spokojeno více (v ČR se zdravotnictví zlepšilo podle 30 % dotázaných osob), přičemž tento podíl se pohybuje od 6 % (Itálie) až po 20 % (Irsko). Naopak méně spokojena ve srovnání s obdobím před 2 roky je nyní přibližně 1/4 populace EU 15, ukazatel se pohybuje od cca 10 % v Rakousku či Irsku až po hodnoty převyšující 35 % v Německu, Nizozemsku či Švédsku. V České republice vyjádřilo svou nespokojenost 14 % respondentů.

V oblasti využívání zdravotní péče je Česká republika na předním místě jak v prevalenci hospitalizace, tak ve frekvenci ambulantních návštěv lékaře. Nejméně využívají lůžkovou i ambulantní péči obyvatelé jihoevropských států (Řecko, Itálie, Španělsko), nejvíce naopak Rakousko, Belgie a Německo. Preventivní péče je u nás, s výjimkou mamografie, poměrně častá. Obecně lze říci, že v oblastech, kde jsou zdravotnické služby více využívány, převládá spokojenost se zdravotnickým systémem. Naopak v zemích s nízkou frekvencí využívání těchto služeb převládá spíše nespokojenost.

*In the domain of exploitation of health care the Czech Republic attains a foremost position both in the frequency of consulting out-patient physicians and in the prevalence of hospitalisation. The lowest exploitation of both bed and out-patient care is registered in South European countries (Greece, Italy and Spain), the highest in Austria, Belgium and Germany. Preventive care in the CR is relatively frequent, except mammography. In general it may be stated that satisfaction with the health care system prevails in areas with high exploitation of health services and, on the contrary, dissatisfaction prevails in countries with low frequency of exploitation of these services.*

## 2.3. Aspekty životního stylu

### *Aspects of life style*

Zdravotní stav je podmíněn řadou faktorů biologických, enviromentálních, ale především životním stylem jedince samotného. Tak ovlivňují zdraví například stravovací návyky či fyzická aktivita, kouření a konzumace alkoholu. Vliv rizikových faktorů na zdraví jedince je nesporný. V obecném povědomí se Česká republika vyznačuje relativně vysokým výskytem rizikových faktorů jako je např. kuřáctví, konzumace alkoholu a obezita. Jak jsme na tom tedy v mezinárodním srovnání?

### 2.3.1. Výška a hmotnost

#### *Body mass and height*

Výraznou měrou se na zdraví jedince podílí jeho tělesné proporce, zejména nadměrná hmotnost je často chápána jako faktor rizikový z hlediska výskytu řady zdravotních problémů. Obézní jedinci jsou ohroženi kardiovaskulárními, metabolickými či rakovinnými onemocněními, ale také řadou obtíží v sociální a psychické rovině.

Informace o výšce a hmotnosti jsou nyní velice potřebné a žádané, a proto jsou poměrně často zařazovány do nejrůznějších, ne vždy striktně zdravotně zaměřených dotazníkových šetření. Jednotlivé populace a rasy se pak liší svým tělesným uzpůsobením, což je úzce spojeno nejen s genetickými faktory, ale také s životními podmínkami, druhem stravy a běžnými aktivitami, kterými daná populace tráví svůj čas.

Průměrná výška mužů v České republice představovala 177,8 cm a byla tak ve srovnání s evropským průměrem vyšší (175,7 cm), stejně tomu bylo u žen, jejichž průměrná výška je u nás 164,9 cm (163,5 cm v EU 15). Také průměrná hmotnost je v České republice u obou pohlaví vyšší ve srovnání s EU, u mužů je to 82,1 kg (78,3 kg v EU 15), u žen 68,4 kg (65,4 kg v EU 15). Důležitější než tyto veličiny hodnocené izolovaně je však vztah mezi oběma ukazateli. Lze jej vyjádřit pomocí indexu tělesné hmotnosti, neboli Body Mass Indexu (BMI), definovaného jako podíl hmotnosti (v kilogramech) a druhé mocniny výšky (v metrech). Podle hodnoty BMI pak lze každého jedince zařadit do předem definovaných kategorií. Obvykle je jako normální udávána hmotnost mezi 20 - 25 kg/m<sup>2</sup>, hodnoty nižší než 20 kg/m<sup>2</sup> jsou označovány jako podváha, naopak hodnoty přesahující 25 kg/m<sup>2</sup> jsou označovány jako nadváha (příčemž tato hranice je někdy posunuta až k 27 kg/m<sup>2</sup>). Hodnoty převyšující 30 kg/m<sup>2</sup> jsou jednotně chápány jako obezita a jsou často užívány k mezinárodnímu srovnání.

Téměř kompletní přehled údajů o podílu obézních osob, získaný z výběrových šetření realizovaných jednotlivými zeměmi EU 15, upozorňuje na relativně vysoký podíl obézních osob v naší populaci ve srovnání s ostatními zeměmi EU 15. Procento obézních v ČR (15 %) převyšuje pouze údaj za Velkou Británii, kde dosahuje až 22 %. Zde však byla výška a váha zjišťována nikoliv pouhým dotazem na respondenta, jak tomu bylo v ostatních šetřeních, ale přímým měřením obou veličin. Tak se potvrdil obecný předpoklad, že respondenti mají tendenci udávat nižší hmotnost a naopak vyšší výšku, a tím je skutečný BMI podhodnocen. To je zřejmé také z údaje za Německo, kde procento obézních podle šetření založeného na reálném měření představovalo 20 %, zatímco zjišťování pouhým dotazem ukazuje na 11,5 %. Podhodnocení skutečné hodnoty BMI by tedy v tomto případě bylo téměř 50procentní.

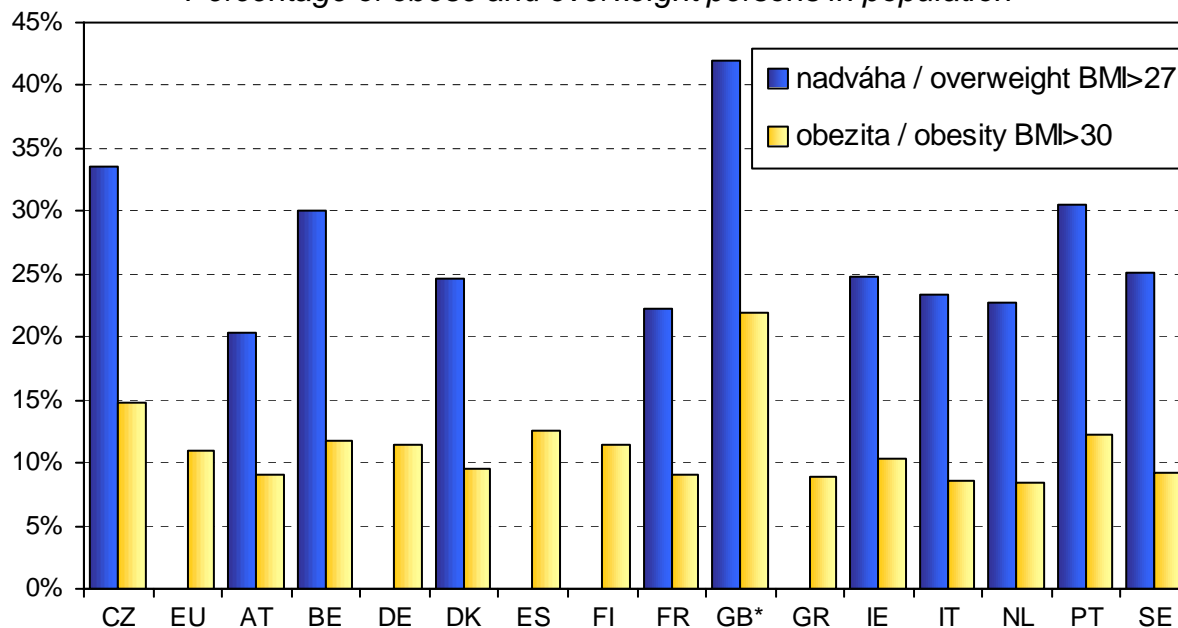
Relativně vysoký podíl obézních vykazují vedle České republiky také Španělsko a Portugalsko (cca 12 %), nízký naopak Nizozemsko či Rakousko (cca 8,5 %).

Údaje o podílu osob s BMI převyšujícím 27 kg/m<sup>2</sup> již nelze srovnat za všechny země. Z dostupného však rovněž vyplývá, že podíl osob s nadváhou je v České republice vyšší než je průměr pro EU 15, nejvyšší hodnotu vykazuje opět Velká Británie, kde je údaj založen na reálném měření, naopak relativně nízké hodnoty vykazují Rakousko a Francie.

To, jak jsou na tom jednotlivé populace z hlediska obezity a nadváhy je však částečně zkresleno právě zmiňovaným podhodnocením ukazatele a tím, jak moc pravdivě respondenti o svých tělesných proporcích vypovídají. Je proto tedy možné, že Česká republika vykazuje natolik vysoké procento právě v důsledku nižšího podhodnocení údajů než je tomu v ostatních zemích, na přesnost odpovědí je však velice obtížné usuzovat. Další zkreslení může pramenit také z odlišného roku zjišťování - zatímco údaje za Českou republiku vycházejí z roku 2002, údaje za



**Procento obézních osob a osob s nadváhou v populaci**  
*Percentage of obese and overweight persons in population*



Zdroj / Source: Health in Europe, EUROSTAT 2003, OECD Health data 2003

Pozn.: Průměr EU byl vypočítán jako prostý aritmetický průměr

Note: EU average was computed as simple average

\* nesrovnatelné

\* not comparable

ostatní evropské země jsou ve všech případech starší (v některých případech dokonce až z roku 1998), což při stále se zvyšujícím podílu osob s nadváhou či obezitou může uvedené srovnání rovněž ovlivnit.

### 2.3.2. Alkohol

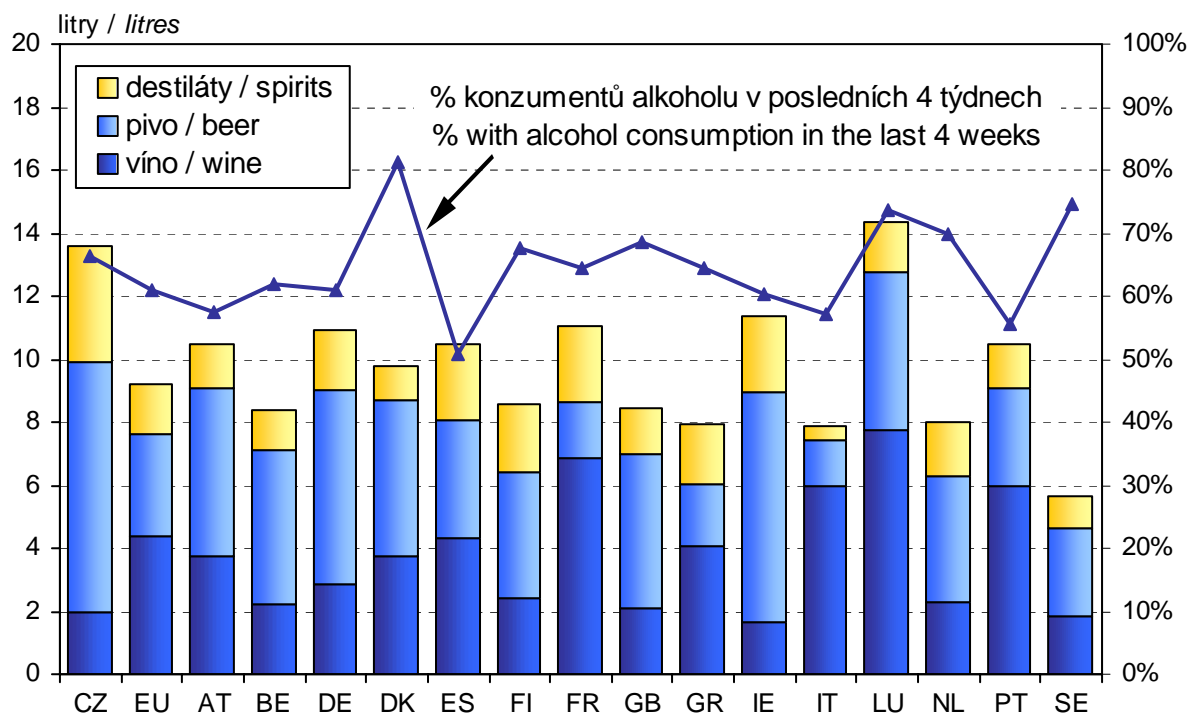
#### *Alcohol*

Rovněž s alkoholem a jeho konzumací jsou spojena určitá zdravotní rizika, zejména pokud je konzumován v nadměrném množství. Mezinárodní srovnávání se však prokázalo jako velmi nesnadné, zejména z důvodu odlišného kulturního pojetí definice nadměrné konzumace alkoholu. V obecném povědomí je Česká republika známa svou velice vysokou spotřebou alkoholu, zejména piva. Je však toto tvrzení pravdivé a oprávněné?

Údaje o podílu osob s konzumací alkoholu v posledních 12 měsících, převzaté z národních šetření s touto tematikou, svědčí o přibližně průměrné úrovni konzumace alkoholu v České republice ve srovnání s ostatními zeměmi EU 15. V průběhu posledních 12 měsíců u nás konzumovalo alkohol 80 % respondentů, zatímco v zemích EU 15 se tento podíl pohyboval od nejnižšího v Portugalsku (57,9 %) až k nejvyššímu ve Velké Británii (99 %).

Podíl osob s konzumací alkoholu v posledních 4 týdnech byl monitorován v šetření Eurobarometer 59.0. Tento ukazatel byl nejnižší ve Španělsku, Itálii a Portugalsku, kde v průběhu posledního měsíce konzumovalo alkohol pouze 50 - 55 % respondentů. Naopak nejčastější konzumaci alkoholu zaznamenáváme v Dánsku, Švédsku a Lucembursku s hodnotami převyšujícími 70 %. V České republice podíl konzumentů alkoholu představoval 66 % a mírně tak převyšoval průměr evropské patnáctky (61 %).

### Konzumace alkoholu (litry čistého alkoholu na osobu a rok) Alcohol consumption (litres of pure alcohol per person per year)



Zdroj / Source: Eurobarometer 59.0, WHO - HFA Database - data 2001

Další informace o konzumaci alkoholu lze získat z oficiálních odhadů WHO na základě lokálních informací o produkci, prodeji, dovozu a vývozu jednotlivých druhů alkoholu. Podle tohoto zdroje je konzumace alkoholu v České republice velice vysoká, vyšší uvádí pouze Lucembursko, relativně vysoké hodnoty jsou patrné také v případě Irska a Francie. Naopak nejnižší spotřebu alkoholu vykazují podle uvedeného zdroje Švédsko, Nizozemsko a Itálie. Z hlediska jednotlivých druhů alkoholu je v Česku stejně tak jako v Irsku či Německu nejrozšířenější pivo, naopak Francie, Itálie, Portugalsko se vyznačují značnou konzumací vína.

Výběrová šetření nám umožňují sledovat také nadměrnou konzumaci alkoholu v průběhu posledních 4 týdnů, a to na základě dotazu na počet dní v opilosti, který byl zahrnut jak do šetření Eurobarometer 59.0, tak do šetření HIS CR 2002. V průměru v České republice připadalo v průběhu posledních 4 týdnů na jednu

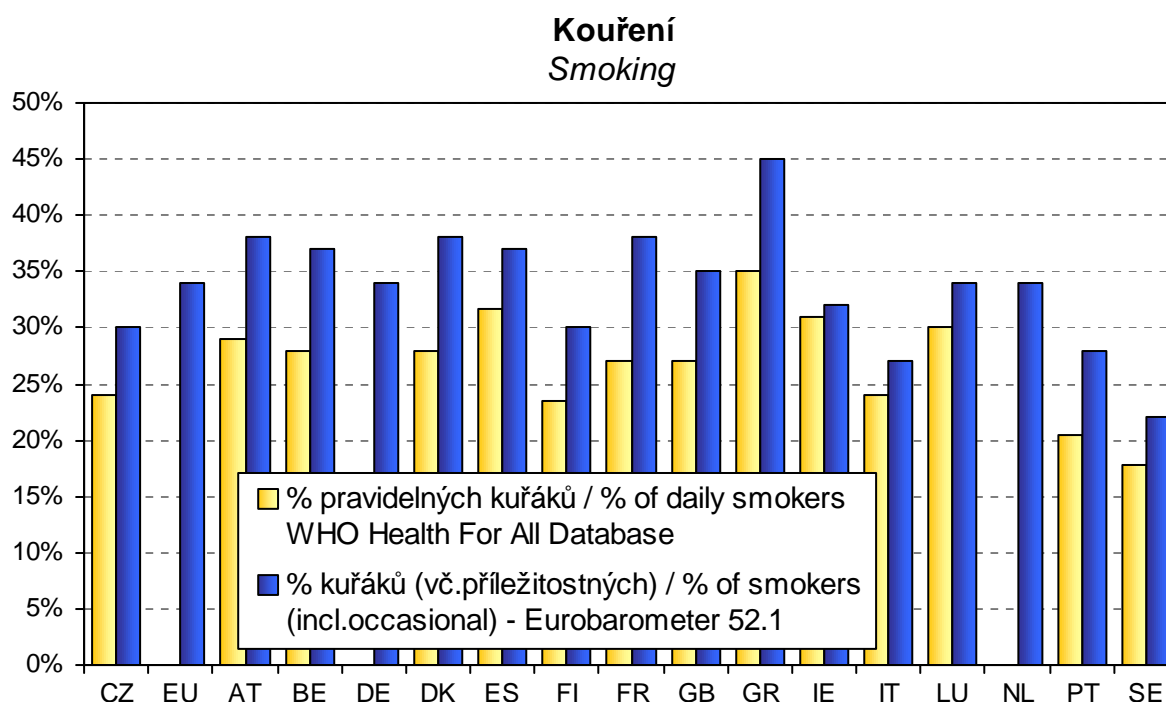


osobu 0,25 dní v opilosti, v EU 15 se tento ukazatel pohyboval od nejnižšího v Itálii (0,13), Švédsku (0,17) a Řecku (0,21) až po nejvyšší v Irsku (0,84) následovaného Belgií (0,79) a Velkou Británií (0,75). Je však otázkou, zda tento dotaz byl přeložen ve všech zemích shodně a byl také shodně respondenty interpretován.

### 2.3.3. Kouření Smoking

Také údaje o kouření se zdají být velice zajímavé a informativní zejména pro úzké sepětí kouření se zdravím jedince, přičemž kouření může způsobovat nejen (u nás velice rozšířenou) rakovinu plic, ale i řadu dalších rakovinných či např. kardiovaskulárních onemocnění. Podle WHO je u nás kouření zodpovědné za přibližně polovinu všech úmrtí. Existuje proto řada šetření a nástrojů zaměřených na zjišťování prevalence kuřáctví v populaci. Jednotlivé zdroje se však velice různí, především v závislosti na věkovém rozpětí dotazované populace. Pro srovnání jsme vybrali data o podílu pravidelných kuřáků, která vycházejí z databáze WHO Health For All a dále data z šetření Eurobarometer 52.1 o podílu kuřáků (současných), tj. včetně příležitostných kuřáků. Tyto dva zdroje se zdají být relativně konzistentní.

Z provedeného srovnání je patrné, že nejvyšší podíl jak pravidelných, tak současných kuřáků vykazuje Řecko, relativně vysoké hodnoty však byly zaznamenány také v Rakousku a Francii. Česká republika se pohybuje pod průměrnou hodnotou evropské patnáctky, nízké podíly (pravidelně) kouřících osob vykazuje Švédsko a Portugalsko. V průměru tak v Evropské unii kouří přibližně každá třetí osoba.



Informace o podílu osob kouřících více než 20 cigaret denně (silní kuřáci) ze všech současných kuřáků, získaná na základě národních šetření a potvrzená šetřením ECHP, ukazuje na relativně nízký podíl silných kuřáků u nás ve srovnání s ostatními zeměmi EU 15. Rovněž podíl bývalých kuřáků je v Česku podle tohoto zdroje na nízké úrovni (20 %), nižší údaj vykazuje pouze Portugalsko (17 %), nejvyšší podíl má Nizozemsko (45 %). Je však nutné poznamenat, že do tohoto srovnání nebylo zahrnuto Řecko s jinak velice rozšířeným kuřáctvím. Z dostupných zdrojů je zřejmé, že Řekové patří se svými 23 cigaretami na kuřáka a den k výrazně nadprůměrným kuřákům (EU 15 průměr je 16,4). Obecně však lze říci, že země s nízkým podílem kuřáků mají vyšší spotřebu cigaret na kuřáka a den ve srovnání se zeměmi s vyšším podílem kouřících osob a Řecko je tedy v tomto ohledu výjimkou.

Tyto závěry vyplývají také z šetření Eurobarometer 58.2 provedeného v roce 2002. Podle tohoto šetření kouří téměř 40 % Evropanů, přičemž nejvyšší podíl kuřáků byl zaznamenán ve Velké Británii, Francii, Dánsku a Řecku (cca 40 - 45 % osob). Naopak nejnižší podíl byl evidován v Portugalsku, Švédsku a Lucembursku s údaji mezi 30 a 35 %. Podíl nikdy nekouřících osob se pohyboval od 30 % v Nizozemsku až k nejvyšším hodnotám převyšujícím 50 % v Portugalsku a Lucembursku, Česká republika se tak svými 49 % nikdy nekouřících osob řadí k zemím s nejvyšší hodnotou ukazatele. Bývalí kuřáci představují v zemích EU 15 podle šetření 15 - 27 % a jejich pětínové zastoupení v české populaci je tedy přibližně rovno průměrné hodnotě za EU 15.

Zdá se tedy, že podíl kuřáků je u nás ve srovnání s některými evropskými zeměmi relativně nízký. Údaj však výrazně závisí na zdroji informace a věkovém rozsahu populace. S rostoucím věkem se totiž podíl kuřáků snižuje. Zatímco ve většině sledovaných zemí byla dotazována populace starší 15 let, např. údaj o podílu pravidelných kuřáků z databáze WHO za Řecko byl omezen na věkovou skupinu 12 - 64 let, za Finsko pak na 15 - 64 let, což může podíl kuřáků zkreslovat.

Z níže uvedené tabulky vyplývá, že ve srovnání s EU 15 je u nás méně kuřáků především v nejnižší a nejvyšší věkové skupině.

### Procento současných kuřáků

*Percentage of current smokers*

Věk / Age	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+
ČR / CR	32,3	35,2	41,6	36,0	26,5	10,4
EU 15	41,0	42,0	41,0	37,0	27,0	16,0

Zdroj / Source: Eurobarometer 52.1, Health statistics - Key data on health 2002

**Z dostupných údajů je zřejmé, že podíl obézních osob a osob s nadváhou je u nás ve srovnání s EU 15 poměrně vysoký. Zatímco z hlediska údajů o spotřebě alkoholu založených na produkci, spotřebě, vývozu a dovozu se ČR řadí mezi země s nejvyšší vykazovanou spotřebou, podle údajů z výběrových šetření se podíl osob s konzumací alkoholu v posledních 4 týdnech pohybuje jen mírně nad průměrem EU 15. Údaje o kouření jsou obtížně srovnatelné, v porovnání s EU 15 je však kuřáctví v ČR relativně méně rozšířené.**

*The available data indicate that the proportion of obese and overweight persons in the CR is relatively high in comparison with EU 15. While data on alcohol consumption derived from production, sales, export and import rank the CR to countries with the highest registered consumption, data from the sample surveys indicate that the proportion of persons who consumed alcohol in the last 4 weeks in the CR is only slightly above the EU 15 average. Data on smoking are difficult to compare but in comparison with EU 15 smoking in the CR is relatively less widespread.*

## 2. Údaje vztahující se ke zdraví získané z výběrových šetření

Health related data obtained from sample surveys

1/2

Země	Country	Subjektivní zdraví <sup>1)</sup> <i>Subjectively perceived health</i> <sup>1)</sup>	Hospitalizování <sup>2)</sup> <i>Hospitalised</i> <sup>2)</sup>	Návštěva u <sup>2)</sup> <i>Consultation to</i> <sup>2)</sup>	
				praktického lékaře <i>general practitioner</i>	zubního lékaře <i>dentist</i>
Procento osob / <i>Percentage of persons</i>					
Česká republika	<i>Czech Republic</i>	62,2	13,0	74,2	58,4
Průměr EU 15	<i>EU 15 average</i>	60,2	12,8	79,5	60,1
Belgie	<i>Belgium</i>	73,1	17,8	81,5	59,7
Dánsko	<i>Denmark</i>	75,6	12,8	77,9	79,3
Finsko	<i>Finland</i>	59,9	18,4	78,5	55,7
Francie	<i>France</i>	55,9	13,0	83,2	54,0
Irsko	<i>Ireland</i>	81,0	13,2	74,3	43,1
Itálie	<i>Italy</i>	59,3	13,4	81,4	51,3
Lucembursko	<i>Luxembourg</i>	67,6	21,3	88,5	79,7
Německo	<i>Germany</i>	47,0	11,3	80,7	73,3
Nizozemsko	<i>Netherlands</i>	73,3	8,6	74,0	81,0
Portugalsko	<i>Portugal</i>	46,6	10,4	74,7	35,5
Rakousko	<i>Austria</i>	72,6	15,4	80,2	63,3
Řecko	<i>Greece</i>	75,4	13,1	57,6	48,6
Španělsko	<i>Spain</i>	68,3	6,6	79,2	41,7
Švédsko	<i>Sweden</i>	76,1	11,8	68,5	74,7
Velká Británie	<i>Great Britain</i>	68,7	18,0	80,4	65,0

<sup>1)</sup> Subjektivní zdraví dobré nebo velmi dobré

<sup>1)</sup> *Subjectively perceived health good or very good*

<sup>2)</sup> Údaj se vztahuje k hospitalizacím a návštěvám lékaře v posledních 12 měsících

<sup>2)</sup> *Indicator relates to hospitalisations and medical consultations during the last 12 months*

## 2. Údaje vztahující se ke zdraví získané z výběrových šetření

*Health related data obtained from sample surveys*

2/2

Země	Country	Mamografické vyšetření <sup>1)</sup> <i>Mammography examination <sup>1)</sup></i>	Obezita (BMI 30 a více) <i>Obesity (BMI 30 and over)</i>	Konzumace alkoholu <sup>2)</sup> <i>Alcohol consumption <sup>2)</sup></i>	Pravidelné kouření <i>Regular smoking</i>
Procento osob / <i>Percentage of persons</i>					
Česká republika	<i>Czech Republic</i>	15,0	14,8	66,4	24,1
Průměr EU 15	<i>EU 15 average</i>	20,2	11,0	61,0	.
Belgie	<i>Belgium</i>	18,7	11,7	62,0	28,0
Dánsko	<i>Denmark</i>	10,7	9,5	81,2	28,0
Finsko	<i>Finland</i>	22,1	11,4	67,5	23,4
Francie	<i>France</i>	24,7	9,0	64,5	27,0
Irsko	<i>Ireland</i>	9,4	10,3	60,2	31,0
Itálie	<i>Italy</i>	25,1	8,6	57,0	24,1
Lucembursko	<i>Luxembourg</i>	31,3	0,0	73,8	30,0
Německo	<i>Germany</i>	17,3	11,5	60,8	.
Nizozemsko	<i>Netherlands</i>	25,4	8,5	70,0	.
Portugalsko	<i>Portugal</i>	32,2	12,2	55,4	20,5
Rakousko	<i>Austria</i>	35,8	8,6	57,5	29,0
Řecko	<i>Greece</i>	12,6	8,9	64,5	35,0
Španělsko	<i>Spain</i>	20,2	12,6	50,9	31,7
Švédsko	<i>Sweden</i>	24,1	9,2	74,6	17,8
Velká Británie	<i>Great Britain</i>	12,5	22,0	68,5	27,0

<sup>1)</sup> Údaj se vztahuje k období posledních 12 měsíců

<sup>1)</sup> *Indicator relates to the period of the last 12 months*

<sup>2)</sup> Údaj se vztahuje k období posledních 4 týdnů

<sup>2)</sup> *Indicator relates to the period of the last 4 weeks*

### 3. Údaje vztahující se ke zdraví získané z rutinních statistik

#### *Health related data obtained from routine statistics*

Vedle údajů získaných z různých výběrových šetření lze srovnávat i některé údaje získávané ze standardních statistických zjišťování. Tyto údaje mají na jedné straně výhodu v tom, že jsou povinně hlášené, a to většinou za celou zemi či rozsáhlou oblast, na druhé straně rozdílnost národních definic či pravidel, podle kterých jsou uvedena data sbírána, neumožňuje vždy jednoznačné porovnání, ale většinou se pohybujeme ve srovnání "přibližném". Z jednoznačně či přibližně srovnatelných ukazatelů jsme vybrali údaje týkající se zdraví matky a dítěte, dále údaje z oblasti přenosných nemocí a některé údaje z nepřenositelných nemocí, speciálně z registrů zhoubných novotvarů.

#### 3.1. Zdraví matky a dítěte

##### *Health of mother and child*

O zdraví plodu a vlastně také i matky svědčí dostatečná porodní hmotnost novorozence. Za nízkou se považuje váha nižší než 2 500 g. V průměru se v EU 15, stejně jako v ČR, rodí asi 6 % dětí s nízkou porodní hmotností. V dlouhodobém vývoji došlo v EU 15 i v ČR ke zvýšení tohoto podílu, ale v podstatě jen nepatrnému.

##### 3.1.1. Věk matek

###### *Age of mothers*

Přístup populací jednotlivých zemí k rodičovství se odráží ve věku žen, kdy se rozhodnou mít dítě. Začátkem osmdesátých let patřila Česká republika spolu s Portugalskem a Řeckem k zemím s nejvyšším podílem živě narozených dětí matkám ve věku do 20 let. Zatímco v následujících letech v Portugalsku a Řecku tento podíl rychle klesal, v České republice stále rostl, v roce 1992 dosáhl maxima 16 %, a patřil k nejvyšším v Evropě vůbec. V zemích EU 15 se v daném období podíl mladých matek pohybuje v rozmezí 1,7 až 8,2 %. Po roce 1992 dochází v ČR k rapidnímu poklesu a od roku 2000 je podíl českých mladých matek srovnatelný např. s Rakouskem, a nižší než v Portugalsku nebo ve Velké Británii či Irsku.

Snižování podílu mladých matek jde ruku v ruce se zvyšováním podílu matek starších 35 let. Ve všech zemích EU 15 činí počet dětí narozených těmto matkám okolo 16 %, nejvyšší je v Irsku 23 %. V České republice byl dlouhodobě podíl těchto dětí 3 - 4 %, a teprve v posledních letech vzrostl na 7,5 %.

### Živě narození podle věku matky (v %)

Live births by age of mother (in %)

Česká republika Czech Republic	Maximum Maximum	Minimum Minimum
% živě narozených dětí matkám do 20 let / % of live births to mothers, aged under 20 <sup>1)</sup>		
4,0	7,5 Velká Británie / Great Britain	1,4 Dánsko / Denmark
% živě narozených dětí matkám nad 35 let / % of live births to mothers, aged over 35 <sup>1)</sup>		
7,2	23,2 Irsko / Ireland	13,0 Rakousko / Austria

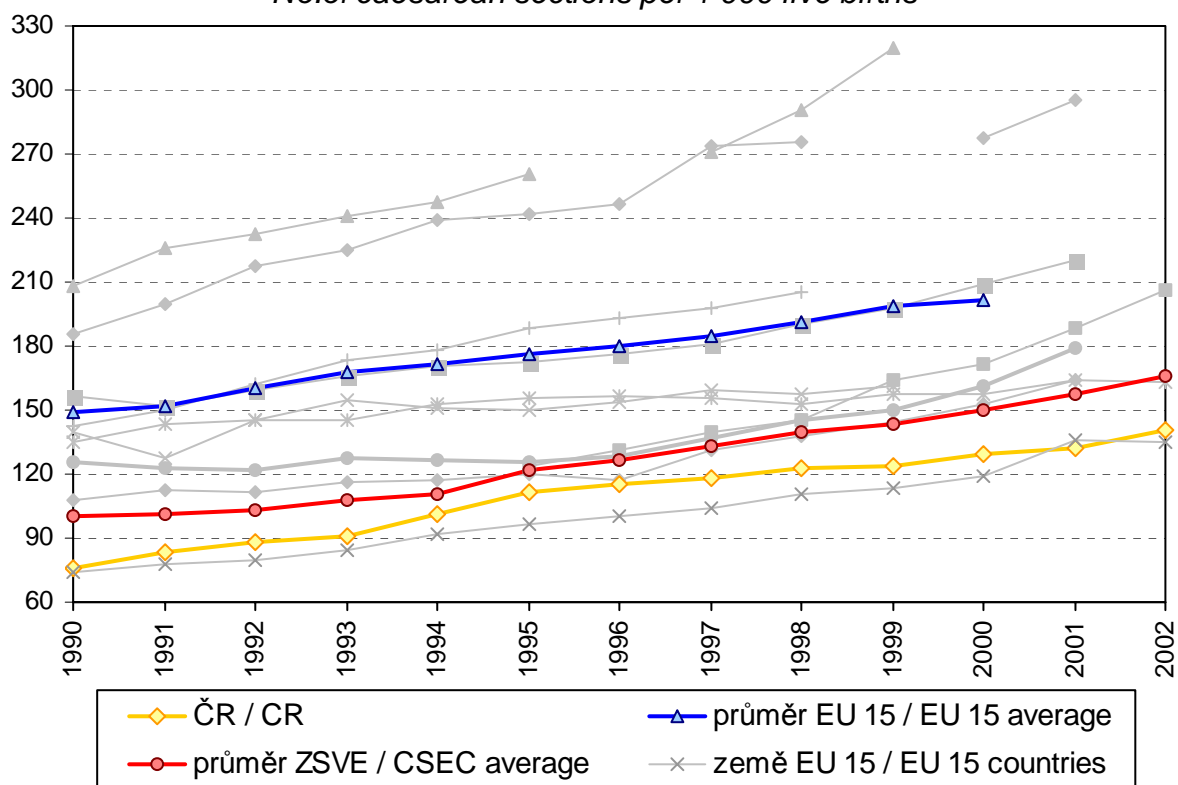
<sup>1)</sup> Poslední dostupný rok za období 2000-2001

<sup>1)</sup> The latest available year in the period 2000-2001

Počet žen v ČR, které rodily císařským řezem (CS), pomineme-li Kavkazské a zakavkazské země, byl jeden z nejnižších v celém Evropském regionu Světové zdravotnické organizace. Jejich počet se od začátku devadesátých let výrazně zvyšoval, ale protože stejný trend se projevoval i u zemí EU 15, zůstává rozdíl mezi ČR a EU 15 prakticky stále stejný cca 60 - 70 CS. I ve srovnání se zeměmi střední

### Počet císařských řezů na 1 000 živě narozených

No. of caesarean sections per 1 000 live births



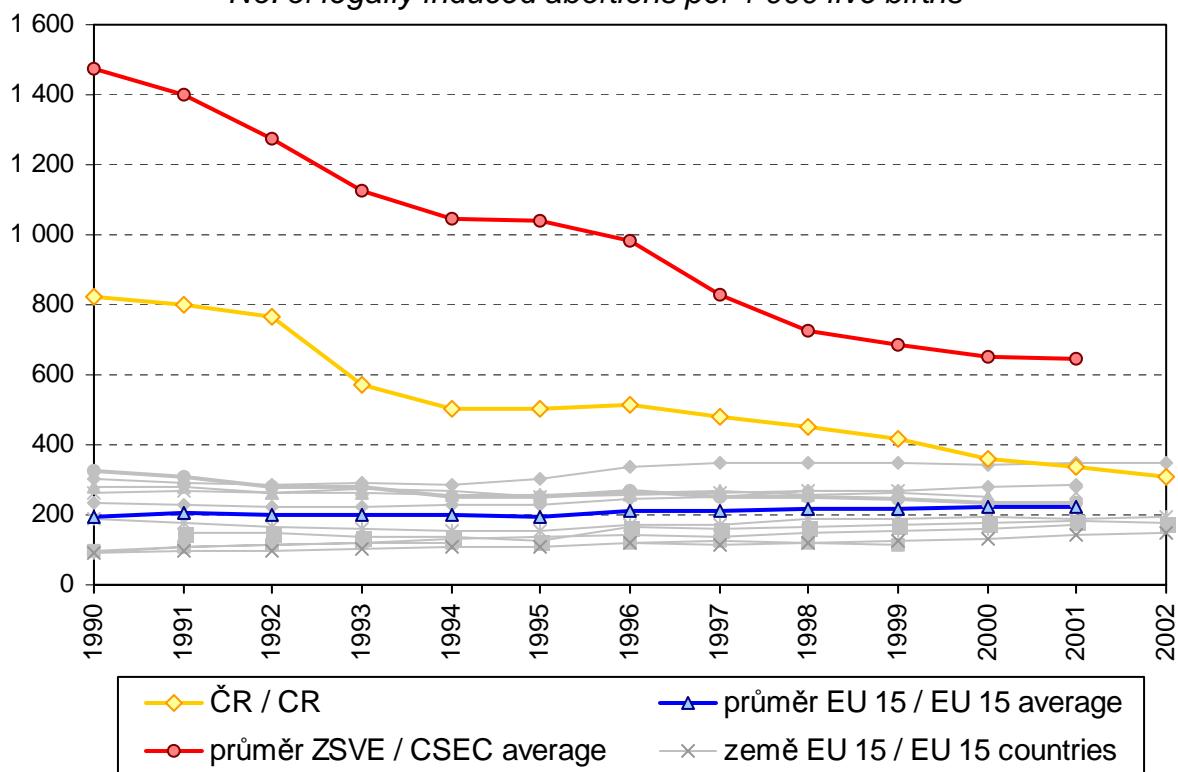
a východní Evropy (ZSVE), kde v roce 2002 připadlo téměř 170 CS na 1 000 živě narozených, je v ČR relace nižší - pouze 140 CS na 1 000 živě narozených. Nejvyšší podíl CS ze zemí EU 15 má Portugalsko (300 CS na 1 000 živě narozených), nejmenší pak Nizozemsko a právě vývoj v ČR je velmi podobný vývoji v Nizozemsku.

### 3.1.2. Potraty *Abortions*

Mezinárodní srovnání potratů je poměrně komplikované. Jejich sledování v jednotlivých zemích EU 15 je zatíženo relativně velkou systematickou chybou, která je způsobena jednak rozdílnou definicí potratu a jednak jejich rozdílnou evidencí. Některé státy neevidují miniinterrupce vůbec, jiné naopak evidují i potrat, ke kterému dojde při regulaci menstruace. Proto je třeba brát mezinárodní srovnání velmi opatrně. Přesto je z grafu patrné, že výrazné rozdíly v počtu potratů, které byly v devadesátých letech mezi zeměmi EU 15 a zeměmi střední a východní Evropy se radikálně snížily. Extrémně vysoká hodnota počtu potratů v zemích střední a východní Evropy na začátku devadesátých let je způsobena zrušením striktního zákazu potratů v Rumunsku. Graf rovněž demonstruje, že v roce 2001 byl v ČR počet potratů (na 1 000 živě narozených) poprvé nižší než alespoň v jedné zemi EU 15, a to ve Švédsku.

#### Počet umělých přerušení těhotenství na 1 000 živě narozených

*No. of legally induced abortions per 1 000 live births*





### 3.1.3. Očkování *Vaccination*

Mnoha závažným onemocněním se dá předejít očkováním. Cílem EU 15 je dosáhnout u dětí 95 % proočkovanosti proti záškrtu, tetanu a dávivému kašli, dále proti dětské obrně, spalničkám, příušnicím a zarděnkám. Proočkovaností dětí na trojkombinaci (záškrť, tetanus a dávivý kašel) patří Česká republika, stejně jako v proočkovanosti na spalničky na přední místo v Evropě.

**V péči o děti a těhotné matky Česká republika do "Evropy" již dávno patří. Mateřská úmrtnost je nízká a vakcinací dětí patří dokonce mezi nejlepší v Evropě. V potratech je situace o něco horší, ale nastoupený trend stálého poklesu jejich počtu je velmi pozitivní.**

*With its care for children and pregnant women the Czech Republic has "belonged to Europe" for a long time. In vaccination of children it ranks among the best countries in Europe. The situation of abortions is somewhat worse but the present trend of a lasting decrease of their number is very positive.*

## 3.2. Přenosná onemocnění *Infectious diseases*

### 3.2.1. AIDS a HIV *AIDS and HIV*

Mezi nejzávažnější přenosná onemocnění patří AIDS. Vývoj nově hlášených onemocnění AIDS se v ČR výrazně liší od situace v zemích EU 15. Jeho výskyt v ČR se pohybuje pouze v jednotkách osob a je prakticky 30x nižší než v EU 15. Nejvyšší počet nově hlášených klinicky diagnostikovaných případů AIDS v ČR byl v roce 1997, a to 27 případů, v roce 2002 bylo hlášeno pouze 8 případů, což představuje cca 0,1 případů na 100 000 obyvatel. V zemích EU 15 byla nejhorší situace v roce 1994, kdy na 100 000 obyvatel připadlo téměř 7 případů AIDS. Od té doby se incidence AIDS v EU 15 stále snižuje, ale i mezi zeměmi EU 15 je situace velmi rozdílná. V posledních letech byla nejvyšší incidence v Portugalsku, kde na 100 000 obyvatel připadá více jak 8 případů, což je skoro stokrát víc než v ČR.

Daleko problematičtější je srovnání infekce HIV, protože některé země tuto evidenci nevykazují (Rakousko, Francie, Španělsko) a tak můžeme pouze konstatovat řádové rozdíly mezi jednotlivými zeměmi, které ji vykazují.

**Počet HIV případů na 100 000 obyvatel <sup>1)</sup>***No. of HIV cases per 100 000 inhabitants <sup>1)</sup>*

Česká republika <i>Czech Republic</i>	Maximum <i>Maximum</i>	Minimum <i>Minimum</i>
0,5	20,7 Nizozemsko / <i>Netherlands</i>	2,5 Finsko / <i>Finland</i>
	25,5 Portugalsko / <i>Portugal</i>	2,3 Německo / <i>Germany</i>

<sup>1)</sup> Poslední dostupný rok za období 2000-2001<sup>1)</sup> *The latest available year in the period 2000-2001***3.2.2. Pohlavní nemoci***Venereal diseases*

U sexuálně přenosných nemocí, tj. kapavky a příjice, jsou v České republice opačné trendy výskytu. Zatímco u kapavky byl v ČR začátkem devadesátých let pozorován mírný nárůst, po kterém následoval prudký pád až na hodnoty shodné s EU (6,5), u příjice (syfilis) byl vývoj opačný. Začátkem devadesátých let připadlo na 100 000 obyvatel v ČR 1,5 případu (méně než v EU 15), a v roce 2001 již 13,4 případu. V EU 15 se za uvedené období výskyt prakticky nezměnil.

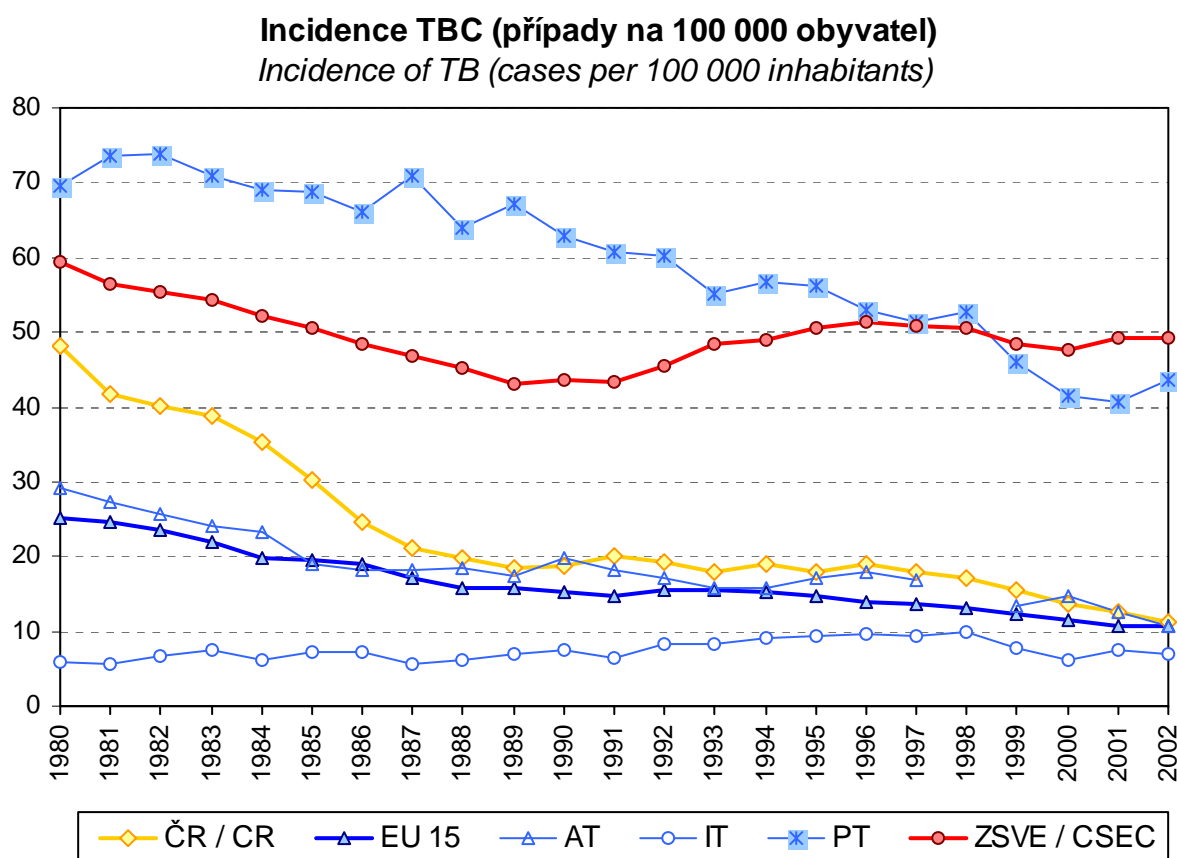
**3.2.3. Tuberkulóza***Tuberculosis*

Objevením antibiotik ve čtyřicátých letech se podařilo ve většině evropských zemích snížit výskyt TBC. Tento pozitivní trend v národních populacích je sice ovlivněn zvýšeným výskytem TBC u cizinců-imigrantů, ale toto nemá významný dopad na infikování domácí populace.

Výskyt TBC je v ČR na úrovni průměru EU 15. Od začátku osmdesátých let incidence TBC klesá jak v EU 15, tak v ČR, ale v ČR je pokles o něco rychlejší než v EU 15, což je v kontrastu se zeměmi střední a východní Evropy, kde v roce 1990 byla incidence zhruba třikrát vyšší než průměr EU 15 a kde od té doby stále vzrůstá, takže v současnosti je v zemích střední a východních Evropy více jak čtyřnásobná než v EU 15.

Incidence TBC v roce 2002 představovala v EU 15 zhruba 11 případů na 100 000 obyvatel. Výrazně vyšší incidence je ve Španělsku (18,2), ale skutečná výjimka je Portugalsko, kde je výskyt TBC trojnásobně vyšší než je průměr v EU 15, tj. 43,6 případu na 100 000 obyvatel. Česká republika s incidencí 11,3, která se jen nepatrně liší od průměru EU 15, patří spolu s Rakouskem, Belgií a Velkou Británií mezi země

se „střední“ incidencí TBC. Z grafu je patrné, jak vývoj TBC v ČR a v Rakousku je od konce osmdesátých let prakticky totožný.



**Výskyt onemocnění TBC a kapavky je v ČR prakticky shodný s průměrným evropským výskytem, u příjice je situace výrazně horší než v EU 15, zato výskyt AIDS je o řád nižší než v EU 15.**

*Prevalence of TB and gonorrhoea in the CR is practically the same as the European average, the situation of syphilis is significantly worse than in EU 15, but prevalence of AIDS in the CR is lower by an order of magnitude than in EU 15.*

### 3.3. Nepřenosná onemocnění

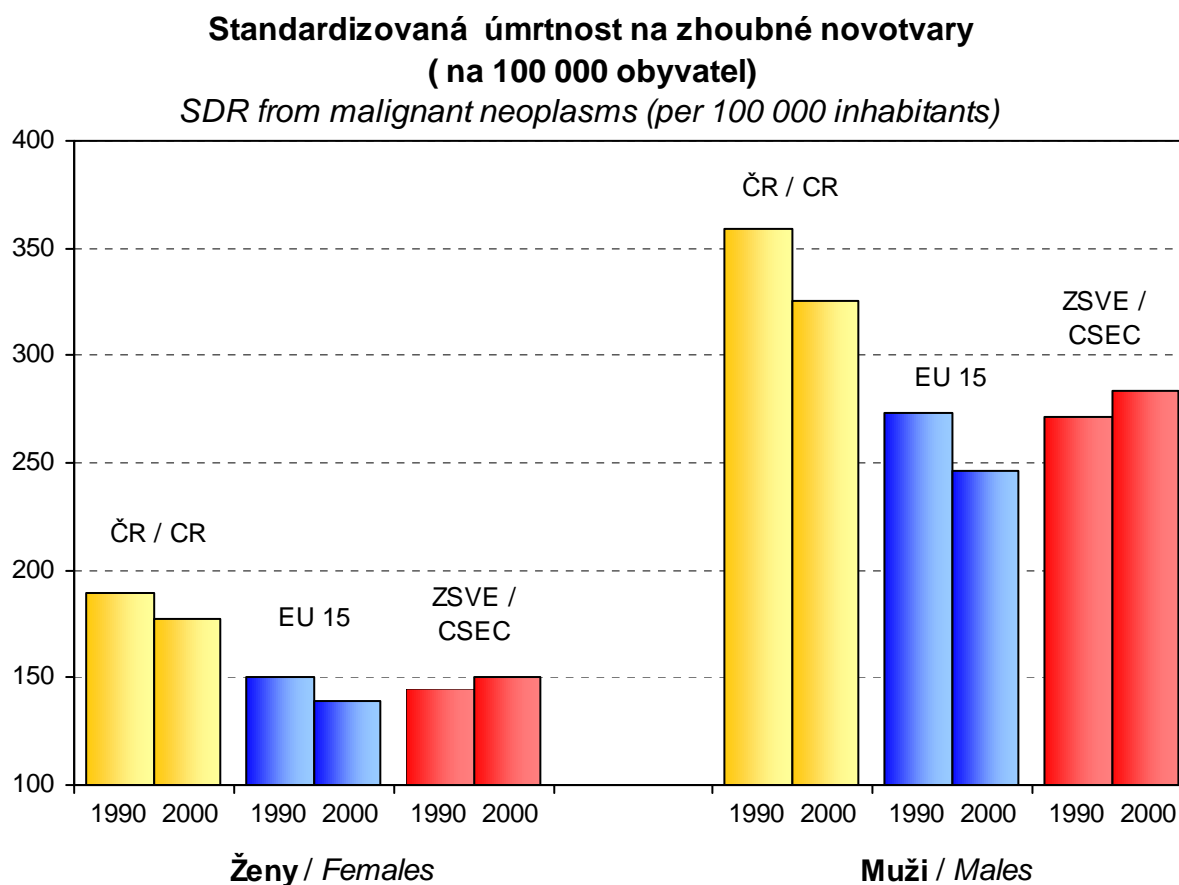
#### *Non-infectious diseases*

#### 3.3.1. Zhoubné novotvary (ZN)

##### *Malignant neoplasms*

Jedním z nejzávažnějších onemocnění jsou zhoubné novotvary. Z údajů za rok 1997 (poslední srovnatelně dostupné) vyplývá, že do věku 75 let jeden ze tří mužů a jedna ze čtyř žen onemocní rakovinou. Rakovina je v EU 15 příčinou smrti u 28 %

mužů a 22 % žen. V České republice je úmrtnost na zhoubné novotvary jedna z nejvyšších ze zemí evropského regionu jak pro muže, tak pro ženy. Ze všech zemí EU 15 mají vyšší úmrtnost než Česky pouze Dánky. Dokonce i průměrná úmrtnost za země střední a východní Evropy je nižší. Smutnou prioritou České republiky v této oblasti dokumentuje následující graf. Je ovšem otázkou, zda paradoxně dlouhodobá tradice sledování ZN v České republice neovlivňuje jejich „výskyt“. V zemích, kde se evidenci ZN nevěnuje systematická pozornost, mohou některé ZN uniknout a tudíž tyto země jsou na tom „lépe“ než ČR.



Muži mají vyšší incidenci ZN než ženy téměř u všech typů ZN. Následující srovnání se týká všech ZN bez dg. C44, což je Jiný zhoubný novotvar kůže, který je sice relativně častý, zato jeho fatalita je minimální a proto se ve většině statistik vynechává. Díky údajům z registrů novotvarů, které umožňují všechna data standardizovat (srovnávaná data jsou standardizována na standardní evropskou populaci) jsou ZN relativně nejlépe srovnatelné údaje ze zdravotního stavu.

Nejvyšší incidence ZN u mužů v rámci EU 15 byla zjištěna v Belgii (473,1), Francii (460,7) a Lucembursku (450,2). Česká republika s hodnotou 491,2 tyto země

výrazně předčí. Nejnižší celkovou incidenci u mužů, stejně jako u žen, mělo Řecko, 338,1 případů na 100 000 obyvatel.

U žen je situace ČR mezi ostatními zeměmi EU 15 o něco lepší než u mužů. Incidencí 360,9 na 100 000 obyvatel by sice patřila mezi země s vysokou, ale ne s nejvyšší incidencí (Dánsko 366,8) a od minimální hodnoty (Řecko 231,4) se liší o 57 %.

### Nově hlášené zhoubné novotvary (počet případů na 100 000 osob) <sup>1)</sup>

*Cancer incidence (Number of cases per 100 000 inhabitants) <sup>1)</sup>*

Česká republika <i>Czech Republic</i>	EU 15 průměr <i>EU 15 average</i>	Maximum <i>Maximum</i>	Minimum <i>Minimum</i>
<i>Muži / Males</i>			
496,1	419,0	473,1 Belgie / <i>Belgium</i>	338,1 Řecko / <i>Greece</i>
<i>Ženy / Females</i>			
363,6	296,8	366,8 Dánsko / <i>Denmark</i>	231,4 Řecko / <i>Greece</i>

<sup>1)</sup> Standardizováno na evropskou standardní populaci (bez dg. C44), 1997

<sup>1)</sup> *Standardized per European standard population (without dg C44), 1997*

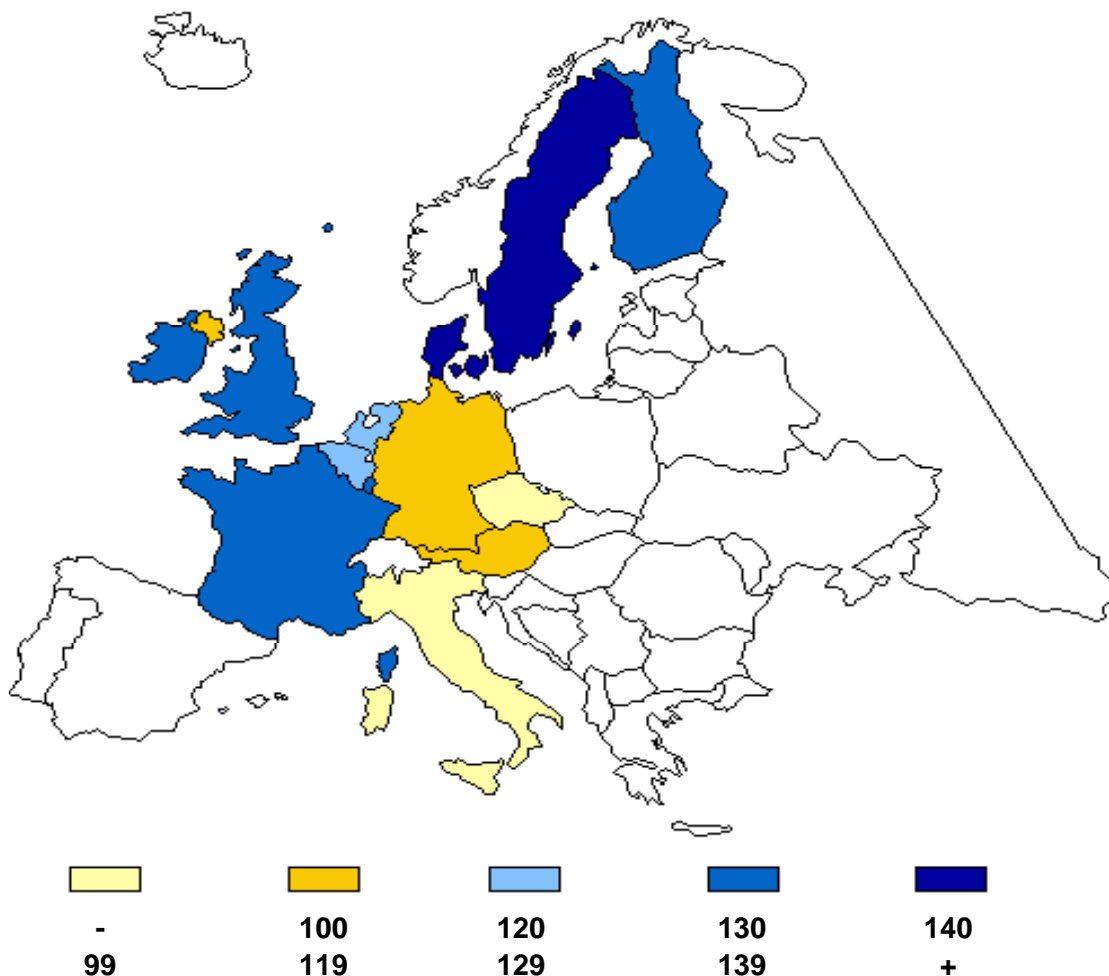
Nejčastějším ZN u mužů je v EU 15 zhoubný novotvar průdušky, průdušnice a plic; druhý nejčastější je ZN prostaty a třetí je ZN tlustého střeva, konečníku a řiti. V ČR je pořadí na druhém a třetím místě opačné, ale hlavně výskyt ZN tlustého střeva, který je v ČR 89,5 případů na 100 000 obyvatel, výrazně převyšuje průměrnou hodnotu EU 15 (56,1) i hodnoty „nejhorších“ zemí - Irska (65,9) a Rakouska (64,2).

U žen v ČR je stejně jako v EU 15 na prvním místě ZN prsu, ale incidence je v ČR výrazně nižší než v EU 15.

**Incidence i úmrtnost na zhoubné novotvary je v České republice vysoká a až na výjimky vyšší než v zemích EU 15. V této oblasti čeká Českou republiku vynaložení velkého úsilí nejen na zlepšení možnosti léčby a zvýšení včasné diagnostiky, zlepšení životního prostředí, ale hlavně změna životního stylu – omezení kouření.**

*Incidence of and mortality from malignant neoplasms in the CR is high and with a few exceptions higher than in the EU 15 countries. In this area the CR faces the necessity to expend large efforts to improve therapy, expand timely diagnostics and improve the environment, but also to change the life style – to cut back smoking.*

**Incidence zhoubného novotvaru ženského prsu (období 1998-2000)**  
*Cancer incidence of female breast (period 1998-2000)*



**3.3.2. Duševní zdraví**  
*Mental health*

Zatížení obyvatelstva duševními poruchami je oblast velice obtížně měřitelná a tudíž informace o výskytu duševních poruch jsou velmi kusé a špatně srovnatelné. Při hledání srovnatelných ukazatelů v mezinárodních databázích nakonec zůstaly ke srovnání jen tři ukazatele: Počty hospitalizovaných pacientů pro duševní poruchy (F00-F99), pracovní neschopnost pro vybrané duševní poruchy (F30-F49) a výskyt schizofrenií.

Vzhledem k tomu, že z publikovaných dat není jasné, které země EU 15 počítají hospitalizované jen v nemocnicích a které do nich zahrnují i hospitalizace v psychiatrických ústavech, pokusili jsme se porovnat oba tyto údaje. V České republice připadlo na 100 000 obyvatel 322 hospitalizovaných pro poruchy duševní a poruchy chování na odděleních nemocnic. V psychiatrických ústavech bylo

hospitalizováno 372 pacientů (na 100 000 obyvatel), další hospitalizace jsou v ostatních zařízeních, dohromady více než 700 případů na 100 000 obyvatel. V obou případech ji to staví zhruba do středu zemí EU 15, kde na jedné straně je Finsko s více jak 1 800 hospitalizacemi a na druhé straně Irsko se zhruba 18x nižší hospitalizací.

### Počet hospitalizovaných na dg. F00-F99 (na 100 000 obyvatel) <sup>1)</sup>

*No. of hospitalised persons for dg. F00-F99 (per 100 000 inhabitants) <sup>1)</sup>*

Česká republika <i>Czech Republic</i>	Maximum <i>Maximum</i>	Minimum <i>Minimum</i>
322+372	1 838 <i>Finsko / Finland</i>	122 <i>Portugalsko / Portugal</i>

<sup>1)</sup> Poslední dostupný rok za období 1998 - 2000

<sup>1)</sup> *The latest available year in the period 1998-2000*

### 3.3.3. Hospitalizace

#### *Hospitalisation*

Statistika hospitalizovaných dává možnost relativně rozumného srovnání zatížení obyvatelstva závažnějšími nemocemi, i když ani ona se nevyhne problémům vzniklým z různého vykazování. Prvním problémem jsou překlady mezi jednotlivými odděleními; jsou země, které evidují tyto překlady jako novou hospitalizaci. Druhým problémem je, že některé země nemají údaje ze soukromých nemocnic (Portugalsko, Dánsko), některé ani z porodnic (Irsko). Některé země do hospitalizací zařazují i "day cases" - jednodenní případy bez přenocování (Německo). To vše negativně ovlivňuje kvalitu srovnání.

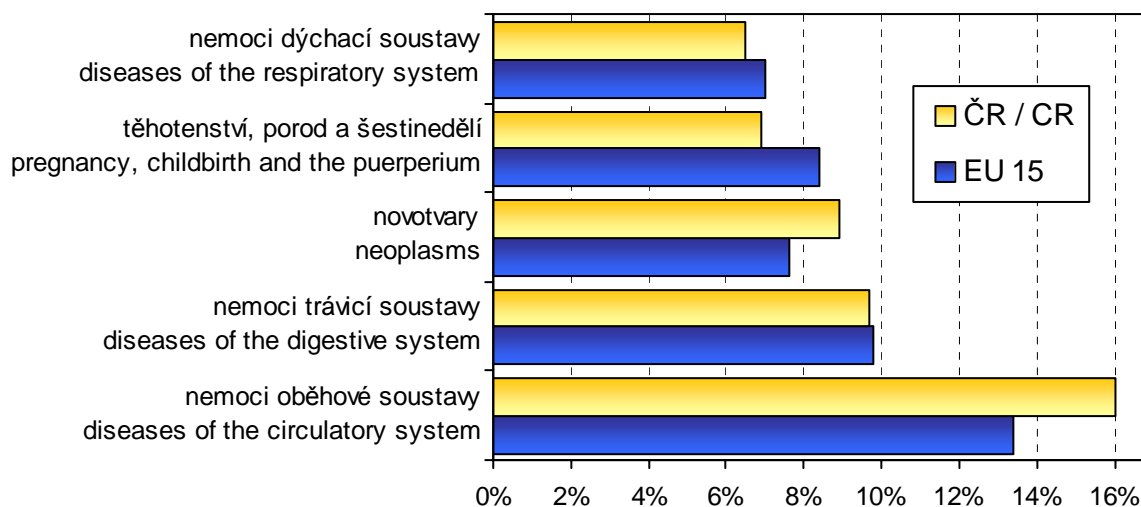
Při interpretaci hospitalizovanosti se nesmí zapomenout na to, že jde o případovou statistiku. To znamená, že je-li jedna osoba během roku hospitalizována třikrát, evidují se tři případy hospitalizace.

Pro počty hospitalizovaných se v publikaci Key Data on Health 2002 neuvádějí žádné průměry za EU 15 a můžeme tedy pouze porovnávat četnosti hospitalizace mezi jednotlivými státy.

Česká republika patří mezi země s vyšší mírou hospitalizace. V roce 1999 připadlo v České republice na 100 000 obyvatel 20 802 případů hospitalizace, což je prakticky stejné jako v Lucembursku. Nejvyšší četnosti hospitalizace jsou v Rakousku, více jak 28 tisíc případů na 100 000 obyvatel, a nejnižší v Portugalsku a Řecku 8 700 případů na 100 000 obyvatel. To znamená, že v Portugalsku a Řecku je prakticky 40procentní hospitalizovanost proti České republice.



### Nejčastější příčiny hospitalizace Leading causes of hospitalisation



Údaje z let 1999-2000 / Data from years 1999-2000

Nejčastější příčinou hospitalizace jsou nemoci oběhové soustavy, trávicí soustavy, novotvary, komplikace těhotenství a šestinedělí a nemoci dýchací soustavy. Tyto nemoci tvoří v EU 15 více než 46 % příčin hospitalizace, v ČR o něco více, a to 48 %.

**Celková hospitalizace v České republice je četnější než ve většině zemí EU 15, ale v Rakousku a Finsku je hospitalizovanost vyšší. Totéž platí i pro nejčastější příčinu hospitalizace, nemoci oběhové soustavy. Obecně se dá říci, že jak v EU 15, tak v ČR hospitalizovanost lehce vzrůstá.**

*Total hospitalisation in the Czech Republic is more frequent than in most EU 15 countries, but in Austria and Finland the hospitalisation rates are higher. The same is true about the most frequent cause of hospitalisation, diseases of the circulatory system. In general we may state that hospitalisation rates slightly grow both in the CR and in EU 15.*

## 3.1. Péče o matku a dítě

*Mother and child care*

Země	Country	Počet CS na 1 000 živě narozených No. of CS per 1 000 live births		% živě narozených matkám ve věku % live births to mothers at the age			
				do 20 let under 20 years		35 let a více 35 years and more	
		1990	2000-2002	1990	2000-2002	1990	2000-2002
Česká republika	<i>Czech Republic</i>	76,1	140,7	14,1	4,1	4,0	7,2
Průměr EU 15	<i>EU 15 average</i>	149,5	202,0	.	.	.	.
Belgie	<i>Belgium</i>	104,5	159,2	2,1	.	8,0	.
Dánsko	<i>Denmark</i>	125,8	179,1	2,6	1,4	9,0	17,1
Finsko	<i>Finland</i>	135,2	163,3	2,8	3,2	13,9	19,2
Francie	<i>France</i>	139,4	161,1	2,5	.	12,2	.
Irsko	<i>Ireland</i>	105,4	190,1	5,0	5,7	17,3	23,2
Itálie	<i>Italy</i>	207,9	319,3	3,2	.	11,3	.
Lucembursko	<i>Luxembourg</i>	.	185,7	3,0	2,8	9,3	16,8
Německo	<i>Germany</i>	157,0	220,0	.	.	.	.
Nizozemsko	<i>Netherlands</i>	74,1	135,2	2,2	1,7	10,0	18,6
Portugalsko	<i>Portugal</i>	186,1	295,2	8,6	5,9	8,6	14,4
Rakousko	<i>Austria</i>	.	206,1	6,0	4,2	6,9	15,1
Řecko	<i>Greece</i>	240,0	.	7,2	3,0	7,9	15,2
Španělsko	<i>Spain</i>	142,2	.	4,8	2,7	10,4	19,7
Švédsko	<i>Sweden</i>	107,9	164,5	3,1	1,8	11,6	18,6
Velká Británie	<i>Great Britain</i>	112,8	.	7,9	7,5	8,7	17,3

**3.2. Incidence vybraných přenosných onemocnění (na 100 000 obyvatel)***Incidence of selected infectious diseases (per 100 000 inhabitants)*

Země	Country	Syphilis <i>Syphilis</i>		Kapavka <i>Gonococcal infection</i>		AIDS <i>AIDS</i>	
		na 100 000 obyvatel / per 100 000 inhabitants					
		1990	2000	1990	2000	1990	2002
Česká republika	<i>Czech Republic</i>	1,5	9,4	61,1	8,6	0,1	0,1
Průměr EU 15	<i>EU 15 average</i>	2,0	1,5	.	.	4,3	2,4
Belgie	<i>Belgium</i>	0,5	0,9	3,7	1,4	2,1	1,8
Dánsko	<i>Denmark</i>	1,1	1,0	23,9	6,3	3,8	0,8
Finsko	<i>Finland</i>	0,6	3,9	46,6	.	0,3	0,4
Francie	<i>France</i>	.	.	.	.	7,6	3,4
Irsko	<i>Ireland</i>	0,5	1,2	2,6	7,7	1,9	0,3
Itálie	<i>Italy</i>	1,1	0,2	0,9	.	5,4	3,0
Lucembursko	<i>Luxembourg</i>	1,3	0,9	0,8	.	2,4	0,2
Německo	<i>Germany</i>	.	.	.	.	1,9	0,9
Nizozemsko	<i>Netherlands</i>	3,3		24,5	.	2,8	.
Portugalsko	<i>Portugal</i>	1,8	1,7	2,6	0,4	2,6	8,2
Rakousko	<i>Austria</i>	2,6	2,9	20,5	5,1	2,1	0,9
Řecko	<i>Greece</i>	0,1	0,1	0,3	.	1,4	0,9
Španělsko	<i>Spain</i>	4,3	1,7	35,2	.	10,0	5,9
Švédsko	<i>Sweden</i>	1,7	1,1	9,8	6,6	1,5	0,7
Velká Británie	<i>Great Britain</i>	2,5	3,0	38,4	.	2,2	1,5

### 3.3. Incidence a úmrtnost na zhoubné novotvary

*Incidence and mortality from malignant neoplasms*

Země	Country	Standardizovaná incidence na evropský standard <i>Standardized incidence per European standard</i>		Standardizovaná úmrtnost na evropský standard <i>Standardized mortality rate per European standard</i>	
		na 100 000 obyvatel / <i>per 100 000 inhabitants</i>			
		muži / <i>males</i>	ženy / <i>females</i>	muži / <i>males</i>	ženy / <i>females</i>
Česká republika	<i>Czech Republic</i>	496,1	363,6	330,6	179,5
Průměr EU 15	<i>EU 15 average</i>	419,0	296,8	253,7	141,9
Belgie	<i>Belgium</i>	473,1	318,8	290,6	150,1
Dánsko	<i>Denmark</i>	373,4	366,8	262,5	204,4
Finsko	<i>Finland</i>	398,7	302,1	210,4	129,8
Francie	<i>France</i>	460,7	284,7	273,1	123,4
Irsko	<i>Ireland</i>	405,9	335,1	253,8	177,7
Itálie	<i>Italy</i>	433,0	291,4	254,9	133,3
Lucembursko	<i>Luxembourg</i>	450,2	307,6	249,9	160,6
Německo	<i>Germany</i>	413,6	300,1	251,6	150,6
Nizozemsko	<i>Netherlands</i>	434,8	338,4	272,9	161,5
Portugalsko	<i>Portugal</i>	385,7	265,1	240,6	123,6
Rakousko	<i>Austria</i>	438,5	307,3	241,7	145,2
Řecko	<i>Greece</i>	338,1	231,4	217,2	115,0
Španělsko	<i>Spain</i>	426,7	242,1	258,2	114,3
Švédsko	<i>Sweden</i>	356,9	326,0	195,7	140,3
Velká Británie	<i>Great Britain</i>	393,9	336,6	243,8	168,8

Poslední dostupný rok za všechny státy 1997  
*The latest available year for all countries 1997*

**3.4. Počet hospitalizovaných na 100 000 obyvatel***No. of hospitalised persons per 100 000 inhabitants*

Země	Country	Celkem <i>Total</i>	Nemoci oběhové soustavy <i>Diseases of the circulatory system</i>	Nemoci pohybové soustavy <i>Diseases of the musculo- skeletal system</i>	Nemoci močové a pohlavní soustavy <i>Diseases of the genitourinary system</i>
Česká republika	<i>Czech Republic</i>	20 802	3 273	1 377	1 700
Průměr EU 15	<i>EU 15 average</i>	.	.	.	.
Belgie	<i>Belgium</i>	15 584	2 351	1 349	1 045
Dánsko	<i>Denmark</i>	17 611	2 590	1 025	1 021
Finsko	<i>Finland</i>	26 755	3 983	2 270	1 422
Francie	<i>France</i>	25 699	2 244	1 507	1 416
Irsko	<i>Ireland</i>	12 491	1 413	521	799
Itálie	<i>Italy</i>	16 106	2 592	942	1 112
Lucembursko	<i>Luxembourg</i>	20 845	2 447	527	.
Německo	<i>Germany</i>	19 529	3 369	1 450	1 283
Nizozemsko	<i>Netherlands</i>	9 618	1 474	681	.
Portugalsko	<i>Portugal</i>	8 728	1 046	259	487
Rakousko	<i>Austria</i>	28 093	3 970	2 739	1 753
Řecko	<i>Greece</i>	8 728	1 952	1 214	231
Španělsko	<i>Spain</i>	11 276	1 292	630	732
Švédsko	<i>Sweden</i>	16 650	2 983	895	833
Velká Británie	<i>Great Britain</i>	24 594	2 138	2 144	1 349

## 4. Zajištění zdravotnických služeb

### *Extent of health services*

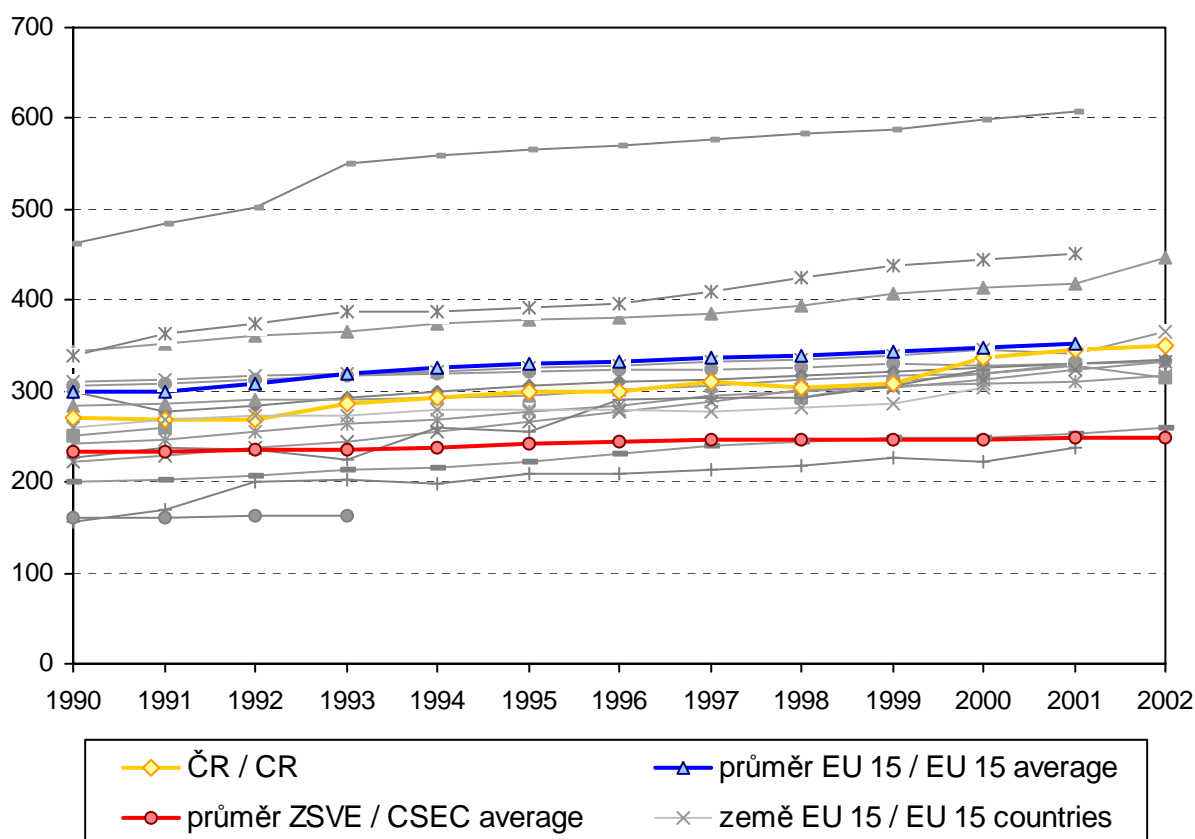
#### 4.1. Lékaři

##### *Physicians*

Pro porovnání České republiky a EU 15 v zajištění obyvatelstva zdravotní péčí bylo vybráno několik základních ukazatelů: počet lékařů na 100 000 obyvatel, počet zubních lékařů na 100 000 obyvatel a počet lůžek akutní péče na 100 000 obyvatel (doplňný průměrnou ošetřovací dobou a využitím lůžek v nemocnicích).

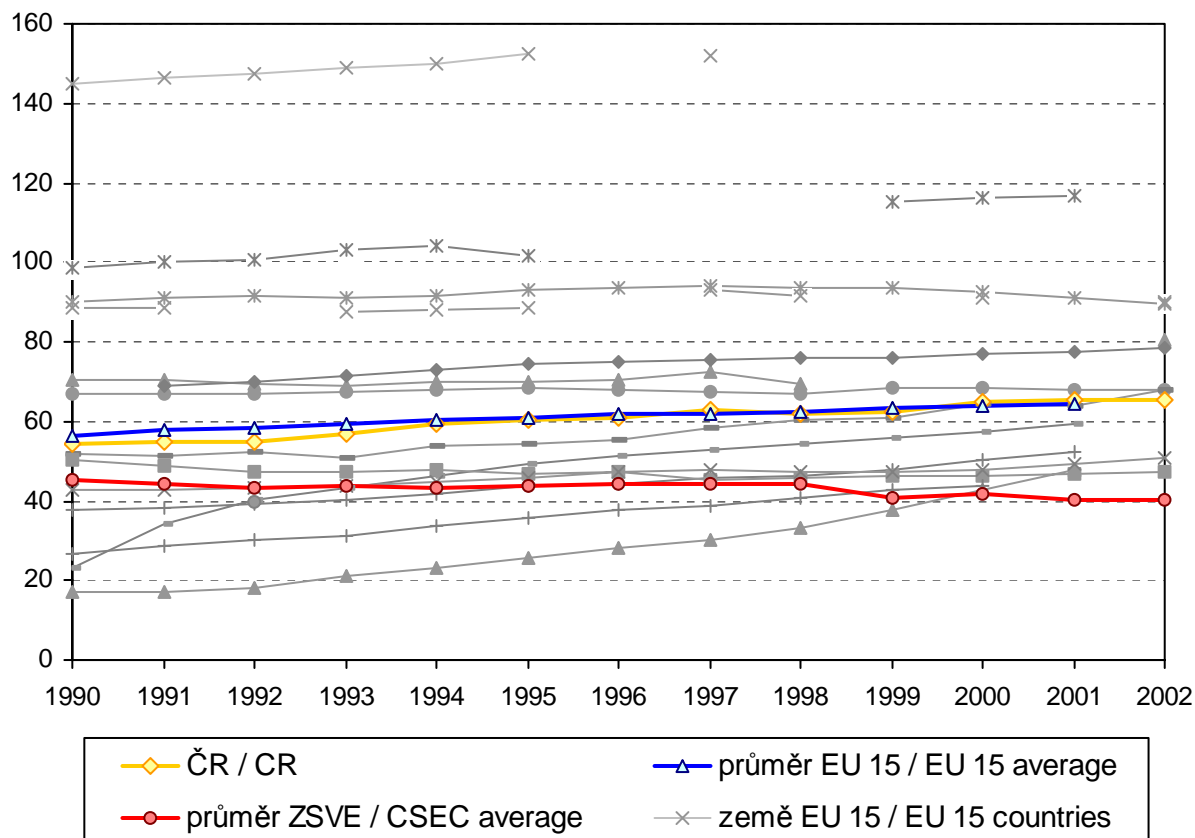
Podle definice WHO mají být do celkového počtu lékařů zahrnuty osoby s ukončeným universitním lékařským vzděláním, které mají oprávnění samostatně vykonávat lékařskou praxi (tj. mají ukončenu předepsanou postgraduální přípravu v nemocnici). Počet lékařů (fyzických osob) ke konci sledovaného roku má zahrnovat všechny lékaře pracující ve zdravotnických zařízeních státních i nestátních, vč. cizinců, kteří mají v dané zemi oprávnění vykonávat aktivní praxi. Započítávají se i lékaři v atestační přípravě.

**Lékaři (fyzické osoby) na 100 000 obyvatel**  
*No. of physicians (physical persons) per 100 000 inhabitants*



Nezapočítávají se lékaři pracující dlouhodobě v cizině, lékaři v důchodu, lékaři nevykonávající aktivně lékařské povolání a lékaři nezaměstnaní. Neměli by být započtení lékaři pracující v průmyslu, výzkumu a administrativě. Vyčlenění do samostatné skupiny jsou zubní lékaři.

**Zubní lékaři (fyzické osoby) na 100 000 obyvatel**  
*Dentists (physical persons) per 100 000 inhabitants*



Ne všechny vykazující země tuto vyčerpávající definici důsledně dodržují. Velká Británie např. nezapočítává lékaře privátního sektoru, Dánsko, Finsko, Francie, Německo a Nizozemsko zahrnují do celkového počtu všechny lékaře, kteří vystudovali lékařskou fakultu, i když nevykonávají lékařskou praxi, Finsko nezahrnuje lékaře cizince, přestože mají povolení k vykonávání praxe, Dánsko, Francie, Nizozemsko započítávají i lékaře, kteří pracují v průmyslu, administrativě a ve výzkumu. S ohledem na tyto odchylky je ČR jen mírně pod průměrem EU 15 a výrazně převyšuje průměr za země bývalého východního bloku, vč. pobaltských zemí. Pokud jde o zubní lékaře, odpovídá ČR zcela průměru EU 15. Nedostačující je však v ČR frekvence návštěv u zubních lékařů, která neodpovídá ani doporučené prevenci.



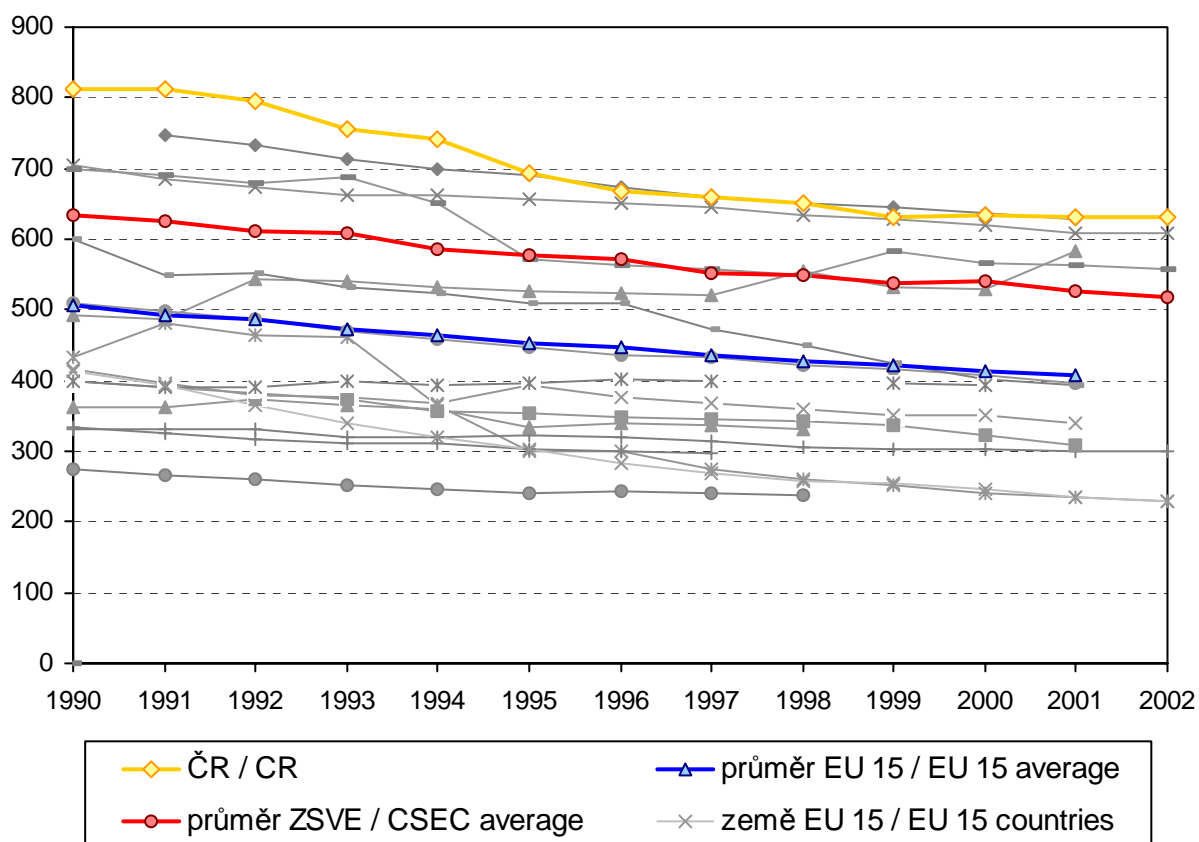
## 4.2. Lůžka a jejich využití

### *Beds and their exploitation*

Ke konci roku 2003 připadalo v ČR 623 nemocničních lůžek na 100 000 obyvatel. Odečteme-li lůžka na nemocničních odděleních následné péče, klesne relace na 571 lůžek na 100 000 obyvatel. I tak však zůstává ČR výrazně nad průměrem Evropské unie (408 lůžek akutní péče na 100 000 obyvatel). Definice WHO týkající se lůžek akutní péče (lůžka s ošetrovací dobou kratší 18 dnů) však není ve všech zemích EU 15 důsledně dodržována. Srovnatelnost dat zhoršuje zejména fakt, že některé země započítávají jen lůžkový fond státních zařízení (Velká Británie, Irsko, Nizozemsko).

Výraznější přiblížení se průměru EU 15 lze očekávat až po dobudování chybějících zařízení následné a ošetrovatelské péče a po úspěšné restrukturalizaci současné sítě ambulantních zařízení, včetně zařízení domácí zdravotní péče. Zatím je dostupnost ošetrovatelské péče i ambulantní specializované péče regionálně nevyvážená.

**Lůžka v nemocnicích na 100 000 obyvatel**  
*Acute care hospital beds per 100 000 inhabitants*



Využití nemocničních lůžek se v ČR až do roku 1997 od průměru EU 15 výrazně nelišilo, napomáhala tomu však vysoká míra hospitalizace, která vyplývala mimo jiné i z neexistující sítě zařízení domácí zdravotní péče. Ani v současné době nejsou podmínky pro přesun pacienta z akutního lůžka na lůžko ošetrovatelské nebo do domácí zdravotní péče ideální, ale potřebu hospitalizace snižují i modernější léčebné postupy, které umožňují často jen ambulantní léčbu, případně ošetrovací dobu výrazně zkrátí. Potřeba lůžek proto klesá a nadbytečnost lůžkového fondu se projevuje jeho nízkým využitím. V současné době je využití lůžek akutní péče v ČR (74 %) o 4 % nižší než v EU 15 před pěti lety, aktuálnější data za EU 15 nejsou k dispozici.

Ošetrovací doba na nemocničních lůžkách v České republice dlouhodobě klesá, ale udržuje se zhruba o 0,5 dne nad průměrem EU 15 před čtyřmi lety. Odečteme-li hospitalizace na nemocničních odděleních následné péče, dostaneme se na hodnotu 7,7 dne. Průměr za EU 15 v roce 1999 (poslední dostupná data) byl 7,1 dne.

**Česká republika je v počtu lékařů jen mírně pod evropským průměrem a výrazně převyšuje země bývalého východního bloku. V počtu zubních lékařů odpovídá evropskému průměru.**

**Počtem nemocničních lůžek je Česká republika výrazně nad průměrem Evropské unie, z části je to však způsobeno nedostatečným počtem lůžek ošetrovatelských a sociálních. Nedostatečná je dosud i síť zařízení domácí zdravotní péče, která umožňuje propustit pacienta dříve do domácího ošetřování.**

*The Czech Republic is only slightly below the EU average in the number of physicians, but it is markedly above other post-communist countries. The number of dentists corresponds to the European average.*

*In the number of the acute care beds, the Czech Republic is strongly above the average of the EU, which is partly caused by the insufficient number of nursing and social beds. Also insufficient is the home care service network, which would facilitate earlier discharge of in-patients to home care.*

**4.1. Lékaři (fyzické osoby) na 100 000 obyvatel***Physicians (physical persons) per 100 000 inhabitants*

Země	Country	Lékaři na 100 000 obyvatel <i>Physicians</i> per 100 000 inhabitants		Zubní lékaři na 100 000 obyvatel <i>Dentists</i> per 100 000 inhabitants	
		1990	1999-2002 <sup>1)</sup>	1990	1999-2002 <sup>1)</sup>
Česká republika	<i>Czech Republic</i>	270,6	350,5	54,3	65,7
Průměr EU 15	<i>EU 15 average</i>	299,2	353,1	56,5	64,2
Belgie	<i>Belgium</i>	343,9	447,8	70,3	80,5
Dánsko	<i>Denmark</i>	310,9	364,6	88,8	89,9
Finsko	<i>Finland</i>	242,5	316,2	90,0	89,6
Francie	<i>France</i>	305,1	333,0	66,9	67,8
Irsko	<i>Ireland</i>	155,6	238,3	37,5	52,1
Itálie	<i>Italy</i>	462,1	606,7	23,3	59,2
Lucembursko	<i>Luxembourg</i>	200,6	259,3	51,9	67,9
Německo	<i>Germany</i>	299,6	335,6	.	78,7
Nizozemsko	<i>Netherlands</i>	250,6	314,9	50,5	47,2
Portugalsko	<i>Portugal</i>	283,1	331,2	17,1	47,8
Rakousko	<i>Austria</i>	222,4	332,8	42,9	51,0
Řecko	<i>Greece</i>	337,9	451,3	98,8	116,7
Španělsko	<i>Spain</i>	225,9	324,3	26,6	43,7
Švédsko	<i>Sweden</i>	259,2	304,1	145,0	152,1 <sup>2)</sup>
Velká Británie	<i>Great Britain</i>	159,9	.	.	.

<sup>1)</sup> Poslední dostupný rok za uvedené období<sup>1)</sup> *The latest available year of the given period*<sup>2)</sup> Údaj za rok 1997<sup>2)</sup> *Year 1997*

**4.2. Lůžka v nemocnicích na 100 000 obyvatel a využití lůžek v nemocnicích***Acute care hospital beds per 100 000 inhabitants and bed occupancy rate in %*

Země	Country	Lůžka na 100 000 obyvatel <i>Beds per 100 000 inhabitants</i>		Využití lůžek v % <i>Bed occupancy rate in %</i>	
		1990	1999-2002 <sup>1)</sup>	1990	1998-2002 <sup>1)</sup>
Česká republika	<i>Czech Republic</i>	811,1	631,3	69,6	72,1
Průměr EU 15	<i>EU 15 average</i>	505,9	407,7	77,0	77,9
Belgie	<i>Belgium</i>	491,4	582,9	81,9	79,9
Dánsko	<i>Denmark</i>	415,1	340,2	80,6	83,5
Finsko	<i>Finland</i>	434,4	229,9	74,2	.
Francie	<i>France</i>	508,9	396,7	77,3	77,4
Irsko	<i>Ireland</i>	330,9	299,5	84,5	84,4
Itálie	<i>Italy</i>	599,5	394,4	69,3	76,0
Lucembursko	<i>Luxembourg</i>	699,6	558,7	79,4	.
Německo	<i>Germany</i>	.	627,0	86,4	80,1
Nizozemsko	<i>Netherlands</i>	398,7	307,4	66,1	58,4
Portugalsko	<i>Portugal</i>	363,0	330,8 <sup>2)</sup>	66,7	75,5
Rakousko	<i>Austria</i>	704,3	609,5	78,1	76,4
Řecko	<i>Greece</i>	400,3	393,8	.	.
Španělsko	<i>Spain</i>	333,4	296,4 <sup>3)</sup>	73,5	76,1
Švédsko	<i>Sweden</i>	413,6	228,3	72,2	.
Velká Británie	<i>Great Britain</i>	273,6	238,5 <sup>2)</sup>	.	80,8

<sup>1)</sup> Poslední dostupný rok za uvedené období<sup>1)</sup> *The latest available year of the given period*<sup>2)</sup> Údaj za rok 1998<sup>2)</sup> *Year 1998*<sup>3)</sup> Údaj za rok 1997<sup>3)</sup> *Year 1997*

## 5. Organizace zdravotnických systémů a výdaje na zdravotnictví

### *Organisation of health care systems and expenditure on health*

Základním předpokladem fungujícího zdravotnictví je výkonná ekonomika. EU je svazkem hospodářsky vyspělých zemí, průměrný hrubý domácí produkt (HDP) tzv. skupiny EU 15, tj. původních členů před květnem 2004, v přepočtu dle kupní síly v jednotlivých zemích byl v roce 2002 ve výši 24 050 euro. Toto ovšem neznamená, že země EU 15 jsou výkonnostně vyrovnané, stejný ukazatel činil v Řecku 17 000 euro oproti Lucembursku s dosaženou úrovní 45 430 euro. Pro srovnání ČR dosáhla v roce 2002 podle Eurostatu, z jehož podkladů jsou data čerpána, u zmíněného parametru výše 14 880 euro. Průměrné meziroční tempo nárůstu HDP 2000/2001 v EU 15 bylo 1,7 %, v ČR pak 3,1 % (Eurostat). Míra nezaměstnanosti (v metodice ILO užívané Eurostatem) za EU 15 v roce 2001 byla 7,4 %. V jednotlivých zemích se pohybovala od 2,5 % v Nizozemsku po 10,6 % ve Španělsku z aktivního obyvatelstva. ČR podle téže metodiky dosáhla 8,0 %.

V členských státech EU 15 se vynakládá na zdravotnictví v průměru 8,9 % z HDP. Nejmenší podíl za rok 2001 vykazovalo Finsko (7,0 %), nejvyšší pak Německo - 10,7 % (WHO HFA). Vzhledem k předcházející pasáži se však jedná o značně odlišná čísla. Údaj za ČR pro rok 2001 po revizi národních účtů z 30. 4. 2004 činí 6,8 %.

V Evropské unii neexistuje ani není vyžadován sjednocený systém správy, financování a poskytování zdravotní péče, což zůstává v kompetenci členských států. EU 15 podpůrně spolupracuje s členy v politice veřejného zdraví - zlepšení informovanosti o záležitostech týkajících se veřejného zdraví, vytváření mechanismu umožňujícího rychlou reakci na závažné případy ohrožení veřejného zdraví, studium faktorů ovlivňujících zdravotní stav, např. faktory životního stylu, faktory spojené s životním prostředím apod. ([www.evropska-unie.cz](http://www.evropska-unie.cz)).

Podle dat z roku 2002 (Eurostat) je možno organizaci zdravotnických systémů v EU 15 zjednodušeně popsat takto :

- V Irsku, Lucembursku a Nizozemsku je zdravotnictví převážně privatizované. V Dánsku, Finsku, Itálii, Portugalsku, Španělsku, Švédsku a Řecku je převážně veřejné, v ostatních zemích je ambulantní péče privátní, ústavní péče veřejná (Eurostat 2002).
- V Dánsku, Finsku, Irsku, Itálii, Portugalsku, Španělsku, Švédsku a Velké Británii jsou pro financování zdravotnictví nejdůležitější veřejné rozpočty (rozuměj daně), z toho převážně územní rozpočty.

- V Belgii, Francii, Lucembursku, Německu, Nizozemsku, Rakousku a Řecku tvoří největší podíl veřejné zdravotní pojištění.
- Soukromé pojištění/připojištění kromě Nizozemska (14,9 %) a Francie (10,4 %) se pohybuje v řádu několika procent.
- Podíl přímých soukromých peněžních vydání v roce 2002 kolísal od 6,8 % (Nizozemsko) do 31,1 % v Portugalsku.

Pozn.: Tento údaj vyjadřuje podíl na celkových výdajích, nelze jej chápat jako spoluúčast pacienta na platbách za ambulantní či ústavní péči apod.

V České republice již koncem 90. let bylo zprivatizováno více než 90 % ambulantní péče praktických lékařů, pediatrů, zubních lékařů. Situaci u nemocnic v roce 2003 (po převedení značné části nemocnic na kraje) stručně vystihuje tabulka dle podkladů ÚZIS ČR :

### Struktura nemocnic v ČR

*Structure of hospitals in the CR*

Nemocnice dle zřizovatele <i>Hospitals founded by:</i>	Podíl počtu nemocnic v % <i>Hospitals in %</i>	Podíl počtu lůžek v % <i>Beds in %</i>	Podíl počtu lékařů v % <i>Physicians in %</i>
Státní <i>Central government</i>	12,5	29,6	40,0
Krajské, obecní, městské <i>Local administration</i>	54,5	58,6	49,7
Soukromé a církevní <i>Non-state sector</i>	33,0	11,8	10,3

Struktura zdrojů financování zdravotnictví v ČR byla v roce 2003 následující (MZ, ČSÚ) :

státní a územní rozpočty ..... 12,1 %  
veřejné zdravotní pojištění ..... 79,3 %  
soukromé výdaje obyvatel ..... 8,6 %

Statistický úřad Eurostat prováděl též porovnání dalších zemí přistupujících k EU. Prakticky ve všech ekonomických ukazatelích se ČR spolu s Maltou, Kypr a Slovinskem pohybovala na předních místech, samozřejmě s odstupem za EU. Nelze než vyjádřit přesvědčení, že vstup do EU bude po hospodářské stránce znamenat výraznější pokrok a stabilizaci domácí ekonomiky, že často skloňovaná reforma veřejných financí povede ke konkrétním výsledkům bez citelnějších otřesů a že těsné napojení na evropský otevřený trh povede k rozvoji nových perspektivních oborů. V oblasti zdravotnictví pak je nutno vytvořit, ve vlastní kompetenci

s případným využitím zkušeností ostatních členských zemí, fungující model dle reálných finančních možností, se zachováním existujících pozitivních prvků a s přihlédnutím ke stávajícímu demografickému vývoji.

**Česká republika vstupuje do EU s ekonomickým potenciálem, který ji řadí mezi první čtyři státy z dřívějších kandidátských zemí spolu s Kyprem, Maltou a Slovinskem. Ve výši výdajů na zdravotnictví však zaostáváme za průměrem EU 15 jak v absolutních hodnotách, tak i v procentuálním vyjádření poměru z HDP. EU nestanoví jednotnou zdravotní politiku. Řízení, správu a financování ponechává na jednotlivých národních vládách.**

*The Czech Republic joins the EU with a high economic potential which rates it among the top four acceding countries, together with Cyprus, Malta and Slovenia. However, it lags behind the EU 15 average in the level of expenditures on health both in absolute amounts and its relation to GDP. EU does not stipulate unified common health policy. Administration and financing of health is in hands of each national government.*



## 5. Ekonomické ukazatele

*Economic Indicators*

1/2

Země	Country	HDP v EUR na 1 obyvatele v paritě kupní síly v r. 2003 <i>GDP in EUR per capita in PPS in 2003</i>	Výdaje na zdravot- nictví v \$ na 1 obyvatele v paritě kupní síly v r. 2001 <i>Health expend. in \$ per capita PPS in 2001</i>	Podíl výdajů na zdravotnictví na HDP v % v r. 2001 <i>Proportion of health expend. as % of GDP in 2001</i>
Česká republika	<i>Czech Republic</i>	15 510	1 106	7,0
EU 15 průměr	<i>EU 15 average</i>	24 300	.	8,9
Belgie	<i>Belgium</i>	25 860	2 490	9,0
Dánsko	<i>Denmark</i>	27 190	2 503	8,8
Finsko	<i>Finland</i>	24 500	1 841	7,0
Francie	<i>France</i>	25 120	2 561	9,5
Irsko	<i>Ireland</i>	29 600	1 935	6,5
Itálie	<i>Italy</i>	23 910	2 212	8,6
Lucembursko	<i>Luxembourg</i>	45 270	.	5,6
Německo	<i>Germany</i>	24 050	2 808	10,7
Nizozemsko	<i>Netherlands</i>	26 570	2 626	8,9
Portugalsko	<i>Portugal</i>	16 830	1 613	9,2
Rakousko	<i>Austria</i>	26 910	2 191	7,9
Řecko	<i>Greece</i>	17 940	1 511	9,4
Španělsko	<i>Spain</i>	21 270	1 600	7,5
Švédsko	<i>Sweden</i>	25 460	2 270	8,7
Velká Británie	<i>Great Britain</i>	26 510	1 992	7,6

Zdroj dat: Eurostat, OECD, WHO

Source: Eurostat, OECD, WHO

Data za rok 2003 jsou předběžná.

PPS = Purchasing Power Standard

Data for the year 2003 are preliminary figures.

Pozn. ČSÚ: Zveřejněná data jsou poskytována Eurostatem a údaje za ČR se mohou vzhledem k metodice, časovému rozmezí apod. lišit od dat zveřejňovaných na www stránkách ČSÚ.

CZSO remark: Published data are provided by Eurostat and data for the Czech Republic might be different from the data published on CZSO web site, in view of methods and time difference.

## 5. Ekonomické ukazatele

*Economic Indicators*

2/2

Země	Country	HDP na 1 obyv. v paritě kupní síly v r. 2003 EU 15 = 100 GDP per capita in PPS in 2003 EU 15 = 100	Míra inflace v % v r.2002 Inflation rate in % in 2002	Míra nezaměst- nanosti dle ILO v % v r. 2003 Unemployment rate as per ILO in % in 2003
Česká republika	<i>Czech Republic</i>	62,7	1,4	7,6
EU 15 průměr	<i>EU 15 average</i>	100,0	2,1	8,0
Belgie	<i>Belgium</i>	106,6	1,6	7,9
Dánsko	<i>Denmark</i>	112,7	2,4	5,6
Finsko	<i>Finland</i>	101,0	2,0	9,1
Francie	<i>France</i>	103,5	1,9	9,3
Irsko	<i>Ireland</i>	122,0	4,7	4,6
Itálie	<i>Italy</i>	98,5	2,6	8,7
Lucembursko	<i>Luxembourg</i>	186,6	2,1	3,6
Německo	<i>Germany</i>	99,2	1,3	9,3
Nizozemsko	<i>Netherlands</i>	109,5	3,9	3,7
Portugalsko	<i>Portugal</i>	69,2	3,7	6,4
Rakousko	<i>Austria</i>	110,9	1,7	4,4
Řecko	<i>Greece</i>	73,5	3,9	9,3
Španělsko	<i>Spain</i>	87,4	3,6	11,3
Švédsko	<i>Sweden</i>	104,5	2,0	5,5
Velká Británie	<i>Great Britain</i>	108,7	1,3	5,0

Zdroj dat: Eurostat

Source: Eurostat

Data za roky 2002 a 2003 jsou předběžná.  
Data for the years 2002/2003 are preliminary figures.

PPS = Purchasing Power Standard  
ILO = International Labour Office

Pozn. ČSÚ: Zveřejněná data jsou poskytována Eurostatem a údaje za ČR se mohou vzhledem k metodice, časovému rozmezí apod. lišit od dat zveřejňovaných na www stránkách ČSÚ.

CZSO remark: Published data are provided by Eurostat and data for the Czech Republic might be different from the data published on CZSO web site, in view of methods and time difference.

## 6. Seznam použitých zkratk

### *List of abbreviations used in the publication*

AT	Rakousko / <i>Austria</i>
BE	Belgie / <i>Belgium</i>
CZ	Česká republika / <i>Czech Republic</i>
DE	Německo / <i>Germany</i>
DK	Dánsko / <i>Denmark</i>
EU	Evropská unie / <i>European Union</i>
ES	Španělsko / <i>Spain</i>
FI	Finsko / <i>Finland</i>
FR	Francie / <i>France</i>
GR	Řecko / <i>Greece</i>
GB	Velká Británie / <i>Great Britain</i>
IE	Irsko / <i>Ireland</i>
IT	Itálie / <i>Italy</i>
LU	Lucembursko / <i>Luxembourg</i>
NL	Nizozemsko / <i>Netherlands</i>
PT	Portugalsko / <i>Portugal</i>
SE	Švédsko / <i>Sweden</i>
ZSVE	15 zemí střední a jihovýchodní Evropy, vč. Estonska, Lotyšska a Litvy
CSEC	<i>15 central and south-eastern European countries, including Estonia, Latvia and Lithuania</i>
ČR / CR	Česká republika / <i>Czech Republic</i>
BMI	Index tělesné hmotnosti (Body Mass Index)
CS	Císařský řez / <i>Caesarean Section</i>
ECHP	European Community Household Panel – Výběrové šetření prováděné každoročně v rámci zemí EU na reprezentativním vzorku domácností a jedinců
EUROSTAT	Statistický úřad evropských společenství / <i>Statistical Office of the European Communities</i>
HIS	dotazníkové šetření o zdraví / <i>Health Interview Survey</i>
HIS CR 2002	označení šetření typu HIS, které proběhlo v České republice v roce 2002 / <i>HIS – type survey performed in the CR in 2002</i>
OECD	Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj / <i>Organization for Economic Co-operation and Development</i>
PP	<i>Physical persons</i> (fyzické osoby)
SDR	<i>Standardized death rate</i> (standardizovaná úmrtnost)
WHO	Světová zdravotnická organizace / <i>World Health Organization</i>