PRÁCE, SOCIÁLNÍ STATISTIKY

Ročník 2010

Školství, kultura, zdravotnictví V Praze dne 20.7.2011

Kód publikace: w – 3315 -10

Zdravotnictví v regionálním pohledu

Zpracoval: Odbor informačních služeb
Ředitelka odboru: Ing. Veronika Tichá
Kontaktní osoba: RNDr. Tomáš Mládek
Telefon: 274 052 429
E-mail: tomas.mladek@czso.cz

Český statistický úřad

2011

OBSAH

1. Demografické předpoklady a zdravotní stav obyvatel..……..……..…….3
2. Pracovní neschopnost a její souvislosti……..……..……14
3. Pracovníci ve zdravotnictví …….……..……33
4. Síť zdravotnických zařízení …….……..…….42
Přílohové kartogramy

1. Demografické předpoklady a zdravotní stav obyvatel

Zdravotní stav má důležitý rozměr individuální i společenský. Zdraví a délka života ve zdraví jsou prvořadou součástí kvality života každého jednotlivce, a to tím více, jak roste průměrná životní úroveň a rozsah volného času. Po roce 1989 se zvyšuje vnímání hodnoty zdraví v makro - i mikroekonomickém smyslu – zdraví ovlivňuje pracovní schopnost, resp. neschopnost a nemoc přestává být vnímána jako dominantní záležitost státního zdravotnického a pojišťovnického systému. Konečně otázky zdraví a nemoci jsou velmi vděčné mediální téma a bohužel jsou i polem pro mystifikace a komerční využívání nebo přesněji zneužívání lidských úzkostí.

Zdraví je složitě podmíněný fenomén, který má složku biologickou i sociálně-ekonomickou. Rozpětí faktorů sahá například od podmiňujících faktorů genetických a demografických, přes fyzickogeografické podmínky pro život (zejména stav životního prostředí), charakter práce a strukturu zaměstnanosti, hygienické a bezpečnostní normy, životní styl a hodnotové orientace, stravovací zvyklosti, vzdělanost a účinnost zdravotnické osvěty, až po dostupnost a kvalitu zdravotnické péče. V této stručné analýze regionálních rozdílů ve zdravotním stavu populace tedy nelze očekávat jednoznačné závěry o příčinnosti, ale úvodní popis může některé souvislosti naznačit. Odkazujeme proto také na podrobnější dílčí analýzy např. v časopise Demografie, který se zabývá mj. úmrtností a nemocností; širší souvislosti jsou analyzovány také v Sociologickém časopisu a řadě dalších. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) se primárně zaměřuje na metodiku, sběr a publikaci dat (z jejich velmi dobře koncipovaných ročenek vybíráme některá data v druhé části této kapitoly). V tematických analýzách ÚZIS také systematicky mapuje prakticky všechny aspekty zdravotního stavu obyvatelstva a zdravotnického systému ČR včetně srovnání se zahraničím.

Demografické předpoklady a vybrané regionální rozdíly

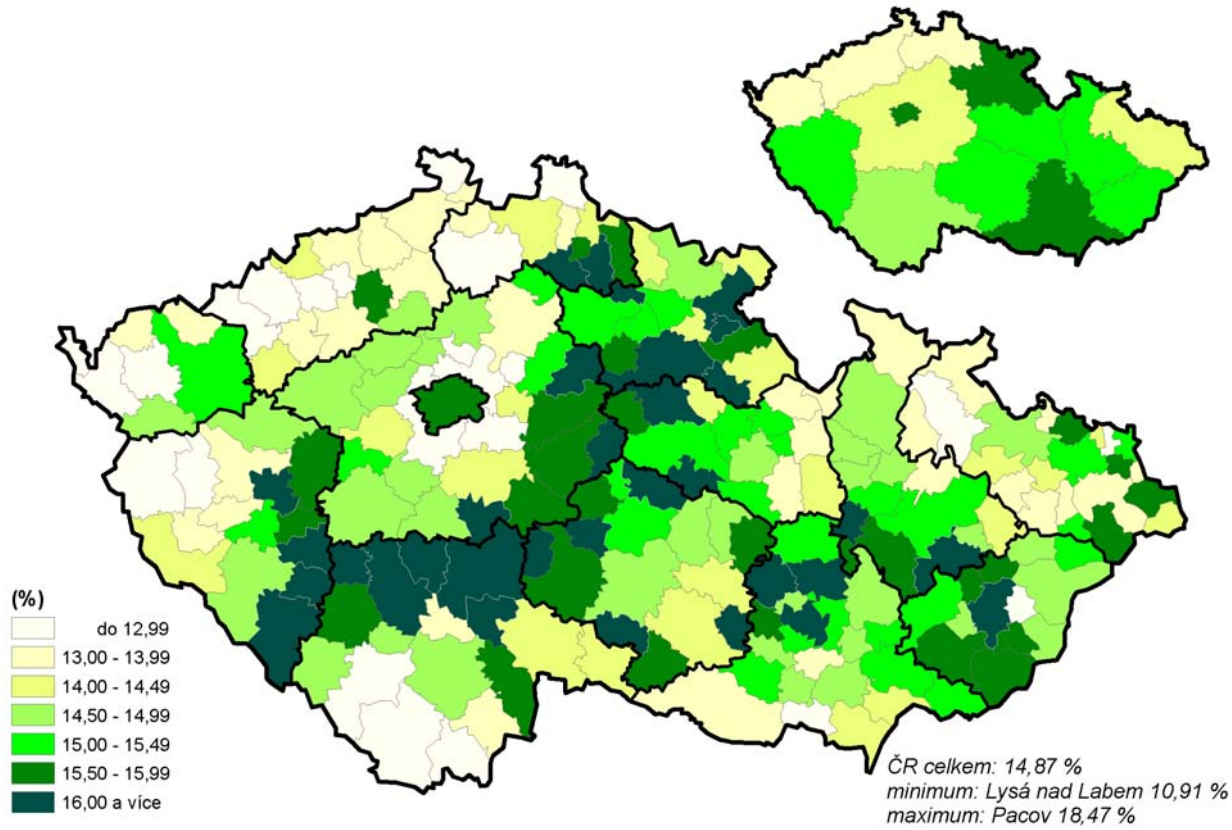
Jedním ze stěžejních ukazatelů pro zdravotní stav populace je **věková struktura**, neboť zdravotní stav zajisté těsně souvisí s věkem. Vyšší počet obyvatel ve vyšším věku znamená vyšší nároky na zdravotní péči v absolutních číslech. Jinou otázkou potom je, jak hodnotit regionální rozdíly v ČR – zde je nezbytné vliv různé věkové struktury odstranit tzv. standardizací.

Úvodní orientaci v rozdílech ve věkové struktuře podle obvodů ORP a krajů poskytuje **kartogram 1** s podíly obyvatel nad 65 let. Pás regionů se starší populací podél rozhraní jednotlivých krajů od jihozápadu (od obvodu ORP Sušice) napříč ČR až k ORP Náchod a s podobnými "ostrovy" na Moravě jsou dlouhodobě stabilní a odpovídají regionům obecně periferním a ekonomicky znevýhodněným, tedy ohroženým emigrací mladší části populace. Obecně starší populaci mají ale také velká města, v mezikrajském srovnání tedy nepřekvapí největší podíl seniorů v Praze (15,8 %) a také v Královéhradeckém kraji (15,7 %), vůči Brnu (17,1 %) v Jihomoravském kraji (15,5 %) a také ve Zlínském kraji (15,5 %) - rozdíly nejsou ale velké. Významnější odstup si naopak udržují nejmladší kraje (s nejmenším podílem seniorů), a sice Karlovarský, Ústecký a také Liberecký kraj (ten hlavně díky městu Česká Lípa) – tzn. kraje, které získávaly před rokem 1989 masivní investice do těžby, průmyslu a bytů a přitahovaly tedy mladší populaci. Celkově poněkud starší Moravskoslezský kraj navozuje otázku variability uvnitř krajů – zde jsou tradičně velmi "mladé" regiony (Bruntálsko, Karvinsko), ale také stárnoucí velká města Havířov, Třinec a Karviná nebo odlehlejší regiony jako Hlučínsko nebo Frýdlantsko.

Podíl seniorů je důležitý nejen pro dimenzování zdravotnických a sociálních služeb, ale i důchodového systému. Problém stárnutí populace je aktuální v ČR podobně jako ve většině zemí Evropy. Po roce 2050 dosáhnou v ČR podíly seniorů nad 65 let dvojnásobku

proti současným (2009) 14,9 %, a to podle nízké, střední i vysoké varianty projekce přirozené měny ČSÚ[1]. Tento trend mohou příznivě korigovat jen přírůstky obyvatel zahraniční migrací, tak jak se to děje již od 90. let. Kromě nastupující expanze podílu starších věkových skupin čelí zdravotnické služby, tak jako všechny veřejné služby, i celkové rozkolísanosti věkové struktury. Tu si můžeme představit jako "zuby" v grafu četnosti jednotlivých ročníků obyvatel, které postupně procházejí jednotlivými typy zařízení. Jde o dědictví minulosti, kam patří vliv obou světových válek, období zvýšené plodnosti a porodnosti, migrační vlny a vlivy státní populační politiky. Příkladem je například donedávna tolik zmiňovaný "baby-boom" po roce 2000, který však zdaleka nedosáhl úrovně z poloviny 70. let, avšak způsobil nápor na porodnice, předškolní zařízení i zdravotnické ambulance, jež byly předtím zredukovány podle snížené poptávky. Tyto systémové nerovnováhy jsou problémem hlavně v lokálním měřítku – markantně např. v původně velmi malých obcích v zázemí Prahy, Brna a dalších měst. Zvláštním typem tohoto suburbanizačního procesu je např. obvod Lysé nad Labem s velkým počtem zrekonstruovaných bytů v Milovicích a s vůbec nejmenším podílem seniorů. Celý Středočeský kraj se již dostal podle podílu dětí ve věku 0-14 na přední místo v ČR spolu s Ústeckým (v roce 2009 oba kraje 15,2 %). Kartogram 1 signalizuje ještě jeden fenomén, a sice korelaci věkové skladby populace a dalších sociálních charakteristik, jako je např. velikost rodin, jejich příjmová situace a závislost na sociálních dávkách a v neposlední řadě etnická skladba. V řadě pohraničních regionů stále souvisí mladší věková struktura s dosídlováním po 2. sv. válce a také se zastoupením Romů, kteří jsou v české populaci demograficky nejvíce odlišným etnikem, se všemi konsekvencemi pro zdravotní stav populace a zdravotnické služby (např. menší naděje dožití, vyšší úmrtnost v nižším věku, vyšší potratovost, podíl dětí narozených mimo manželství, apod.).

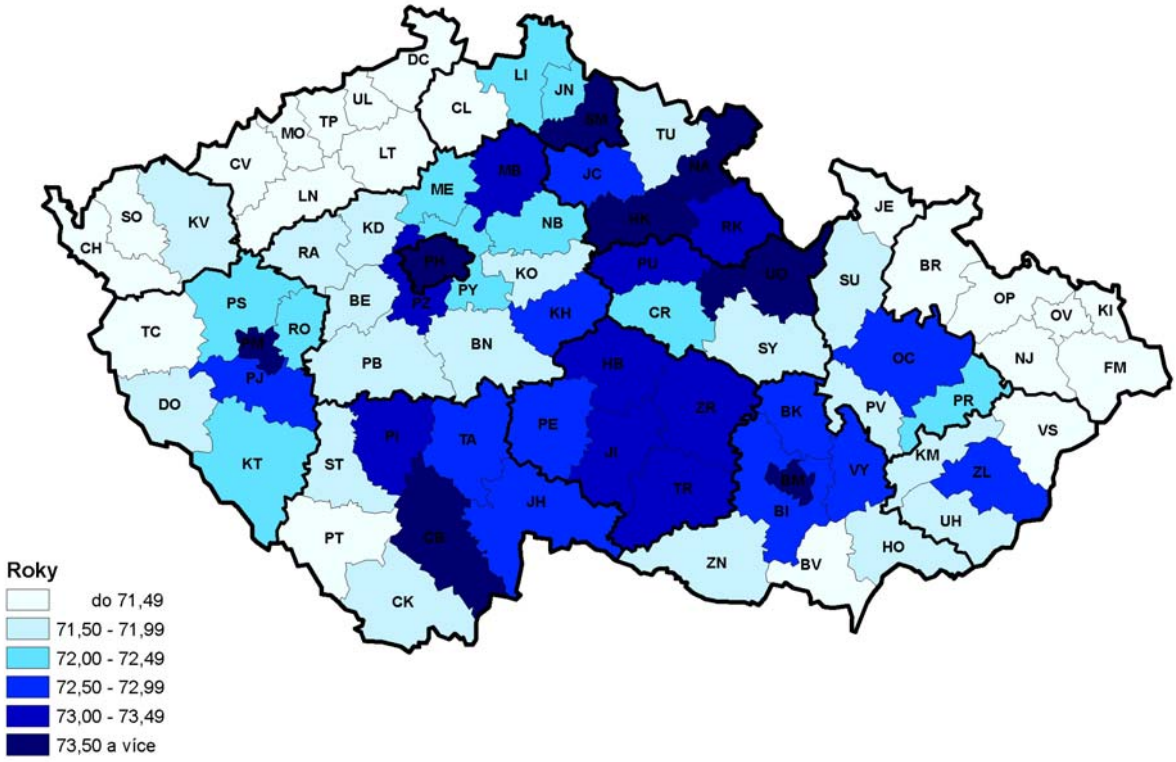
Kartogram 1: Podíl obyvatel ve věku 65 a více (k 31. 12. 2008, obvody ORP a kraje)



[1] Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2065 (publikace w-4020-09), vydal ČSÚ 19. 5. 2009

Zlepšování úmrtnostních poměrů po roce 1989, které lze vyjádřit např. pomocí rostoucí **naděje dožití**[2], se také podílí na celkovém stárnutí populace. Např. mezi roky 1990 a 2009 se naděje dožití při narození prodloužila v ČR u žen o 4,7 roku a u mužů o 6,6 roku[3]. Je především výsledkem zlepšené zdravotnické péče, v první řadě rychlé intervence při mozkových a srdečních příhodách, a také dalším snížením kojenecké úmrtnosti, která v ČR dosáhla jedné z nejnižších měr na světě.

Kartogram 2: Naděje dožití při narození – muži (průměr let 2001-2005, okresy)



Regionální rozdíly v naději dožití odrážejí výše zmíněný komplex faktorů. **Kartogramy 2 a 3** zachycují naději dožití při narození podle okresů, a to zvlášť pro muže a ženy, neboť úmrtnostní poměry jsou odlišné pro obě pohlaví. V pohledu podle krajů se úmrtnost po roce 1989 zlepšila ve všech krajích vcelku rovnoměrně, ale přetrvává výrazná regionální diferenciace: hl. m. Praha profituje z husté sítě kvalitních zdravotnických zařízení a vzdělanější populace i přes nepříznivé životní prostředí, zatímco kraje a okresy na severozápadě a severovýchodě ČR mají úmrtnostní poměry dlouhodobě horší, a to zejména u mužů.

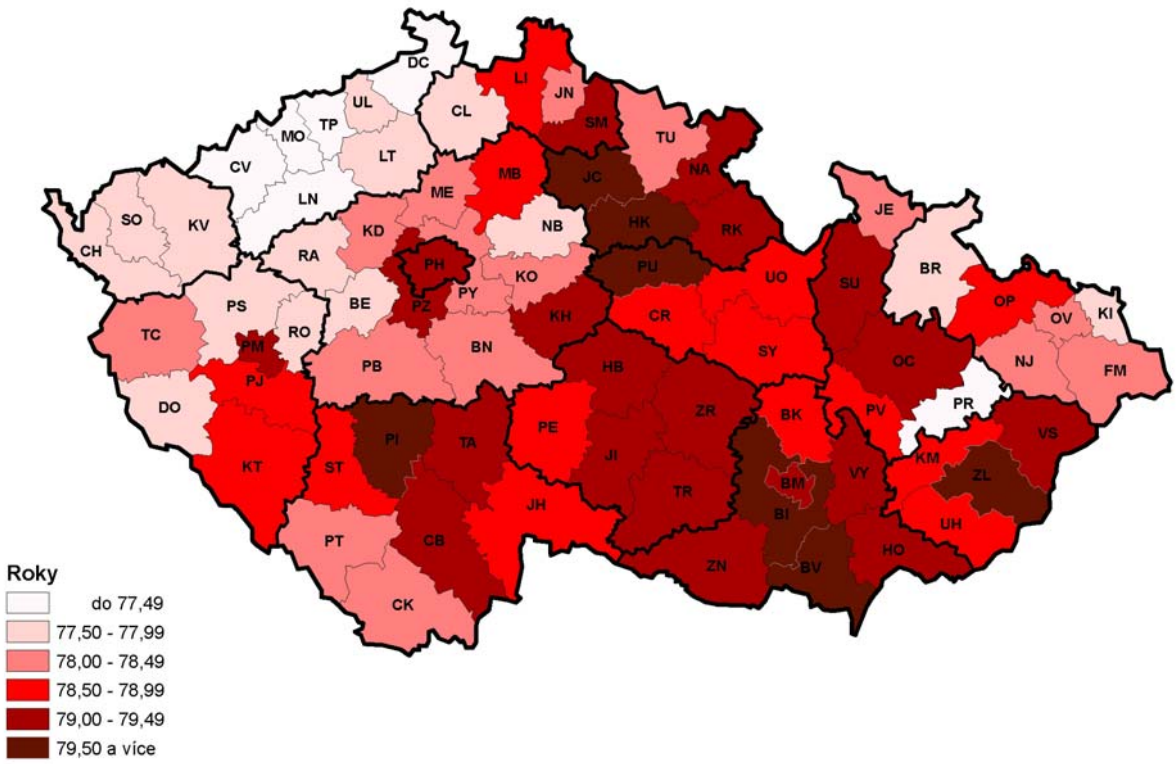
Podobný, avšak podrobnější obraz **intenzity úmrtnosti** v ČR poskytují následující **kartogramy 4 a 5** s nepřímo standardizovaným indexem úmrtnosti podle pohlaví a podle obvodů ORP. Jako standard je použita úmrtnost podle 5-letých věkových skupin v ČR (z desetiletých průměrů počtu zemřelých 1999-2008), k níž je vztažena věková struktura obyvatelstva v roce 2008 a průměr počtu zemřelých 1999-2008 v jednotlivých obvodech

[2] Údaj z tzv. úmrtnostních tabulek, eliminuje vliv rozdílů ve věkové struktuře krajů, k vyloučení nahodilých výkyvů v úmrtnosti podle okresů se počítá aspoň jako pětiletý průměr.

[3] Po roce 2000 se trend zlepšování úmrtnosti již zpomaluje ve srovnání s 90. lety minulého století. V posledních letech u žen naděje dožití dokonce již stagnuje, např. v roce 2008 a 2009 na úrovni 80,1 roku, zatímco u mužů ještě pokračuje malé prodlužování délky života (v roce 2008 to bylo 74,0 a roku 2009 74,2 roku).

ORP. Hodnoty indexu pod 100 % znamenají tedy nižší (lepší) intenzitu úmrtnosti než je průměr ČR (v kartogramech studené odstíny), hodnoty nad 100 % horší (teplé odstíny). Metoda odráží dostupnost dat a také relativně aktuální stav rozložení obyvatelstva podle obvodů ORP k roku 2008[4].

Kartogram 3: Naděje dožití při narození – ženy (průměr let 2001-2005, okresy)



Opět vynikají lepší úmrtnostní poměry ve velkých městech a jejich zázemí (zvláště pokud jsou obvody ORP vymezeny úzce), ovšem s výjimkou měst Ostravska, Ústí nad Labem a také Liberce. Naopak příznivá je tradičně situace ve východních Čechách, v Jihočeském kraji (a to včetně části pohraničí) a na Vysočině. Nejhorší je situace v Ústeckém kraji a většině pohraničí a také v obvodech tzv. vnitřní periferie ČR. Struktura je podobná pro obě pohlaví, nápadné jsou ale lepší úmrtnostní poměry žen na Moravě obecně, a to včetně Moravskoslezského kraje.

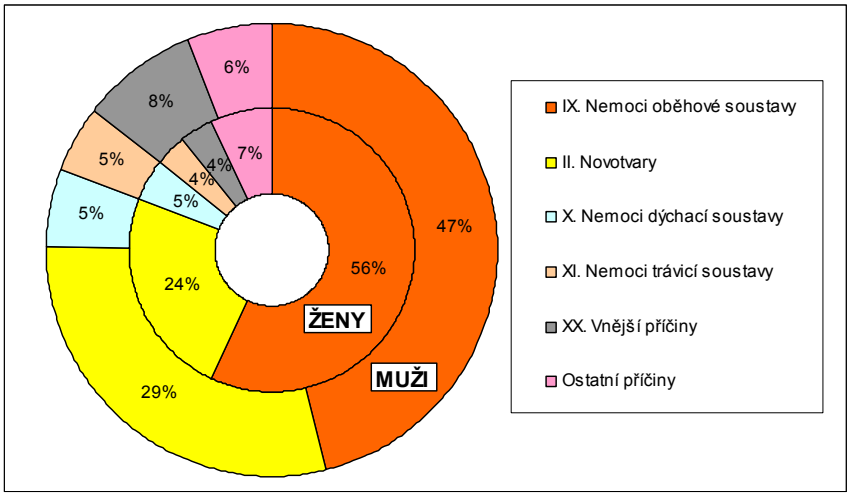
Podrobnou demografickou statistiku ČSÚ, z níž čerpají uvedené kartogramy, je možno uzavřít pohledem na územní strukturu **úmrtnosti podle příčin úmrtí**, která je jakýmsi finálním obrazem nemocnosti populace. Úmrtnost se řídí obecnými zákonitostmi vymírání lidských populací, část variability je ovlivněna regionálními faktory, vedle základních odlišností podle pohlaví – viz graf 1. U mužů i žen v ČR dlouhodobě dominují[5] tzv. nemoci oběhové soustavy, konkrétně ischemická choroba srdeční a dále cévní onemocnění mozku (zvláště u žen). Druhou nejčastější příčinou u obou pohlaví jsou zhoubné novotvary, z toho je nejvíce novotvarů lokalizováno u mužů na průduškách a plicích, u žen nad nimi mírně

[4] Úmrtí se statisticky sledují podle obce bydliště zemřelého, takže statistika není ovlivněna rozmístěním zdravotnických zařízení, v nichž v ČR umírá naprostá většina lidí.

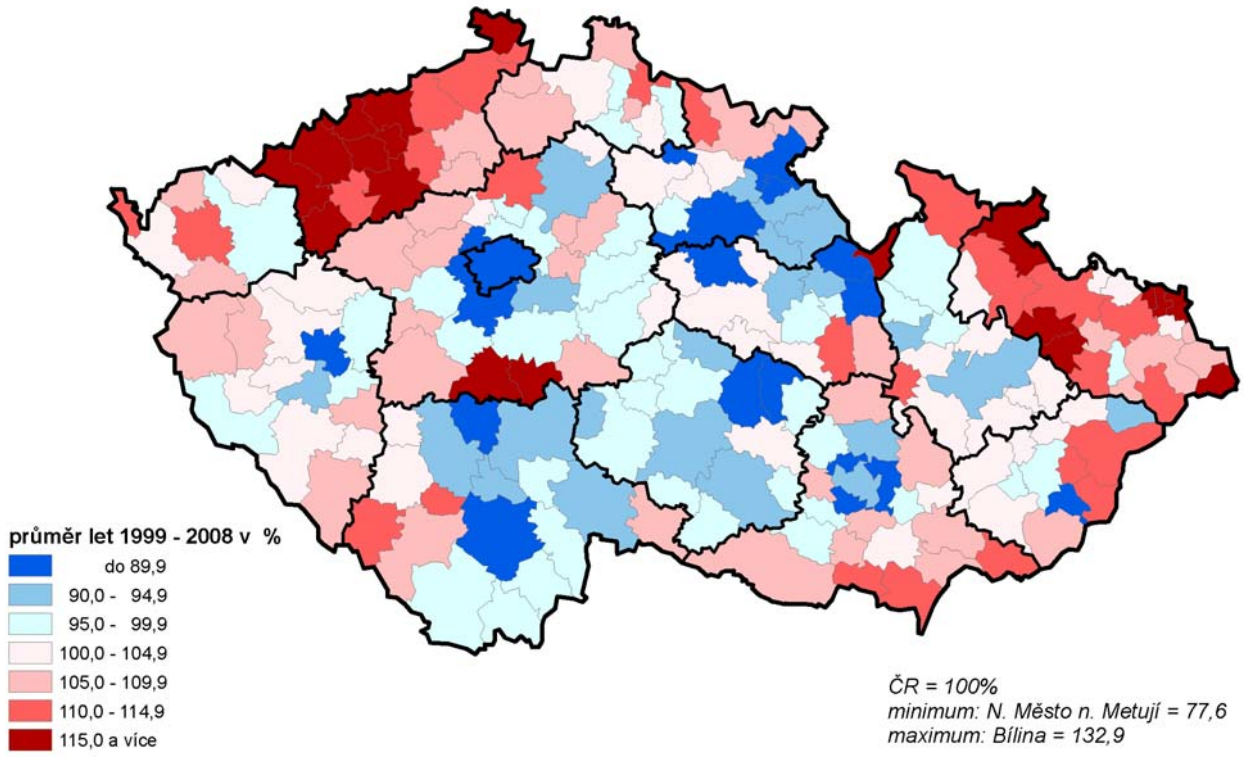
[5] Příčiny úmrtí se klasifikují podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize (MKN-10) – hlavní třídy (kapitoly) příčin se označují římskými čísly – viz grafy. Statistika příčin úmrtí v ČR byla v detailech ovlivněna zlepšením systému kódování a výběru základní příčiny od roku 2007.

převažují novotvary prsu. Úmrtí na nemoci dýchací soustavy jsou na vzestupu proti nemocem trávicí soustavy, u žen jsou již na 3. místě, zatímco u mužů jsou zde tradičně tzv. vnější příčiny (úrazy a dopravní nehody, ale i sebevraždy a další). Intenzita úmrtnosti v posledních 10 letech v ČR příznivě klesá, měřeno standardizovanou mírou úmrtnosti dle standardu WHO. Výjimkami z poklesu jsou zmíněné nemoci dýchací soustavy a některé další, méně významné příčiny.

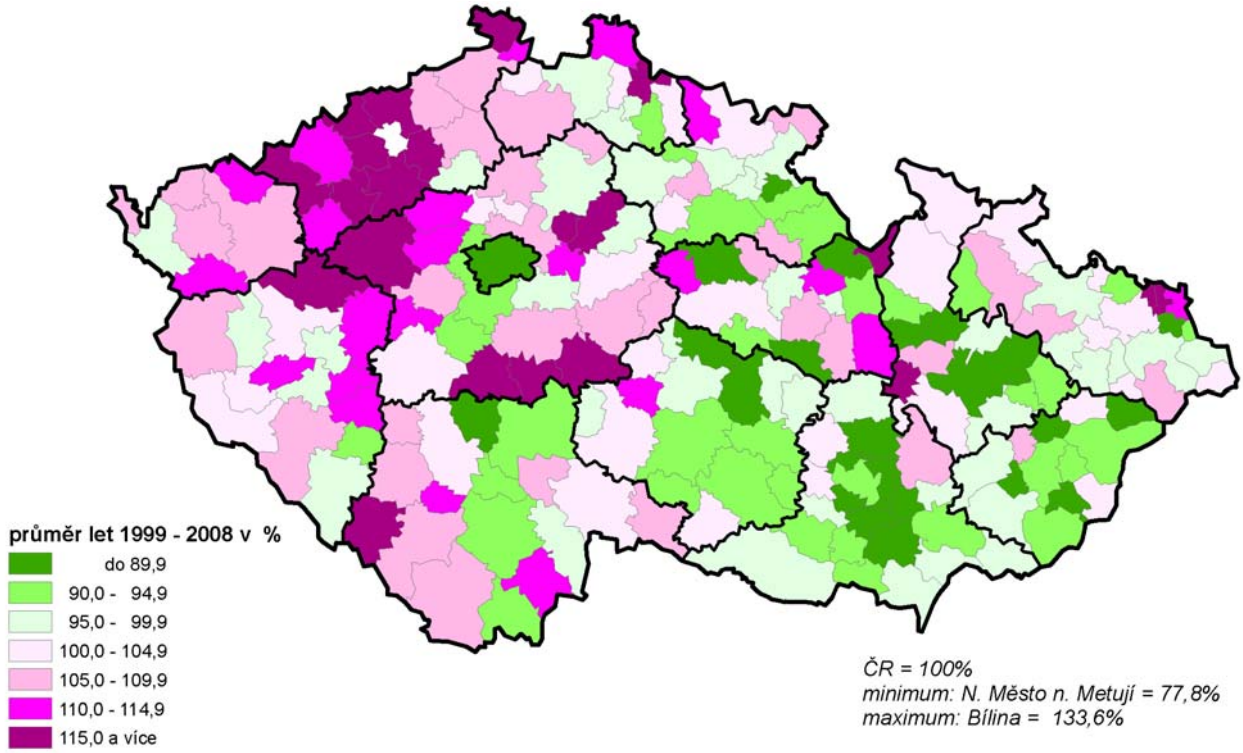
Graf 1: Struktura podle kapitol příčin úmrtí mužů a žen v ČR (průměr let 1999-2008)



Kartogram 4: Standardizovaná úmrtnost – muži (průměr let 1999-2008, obvody ORP)

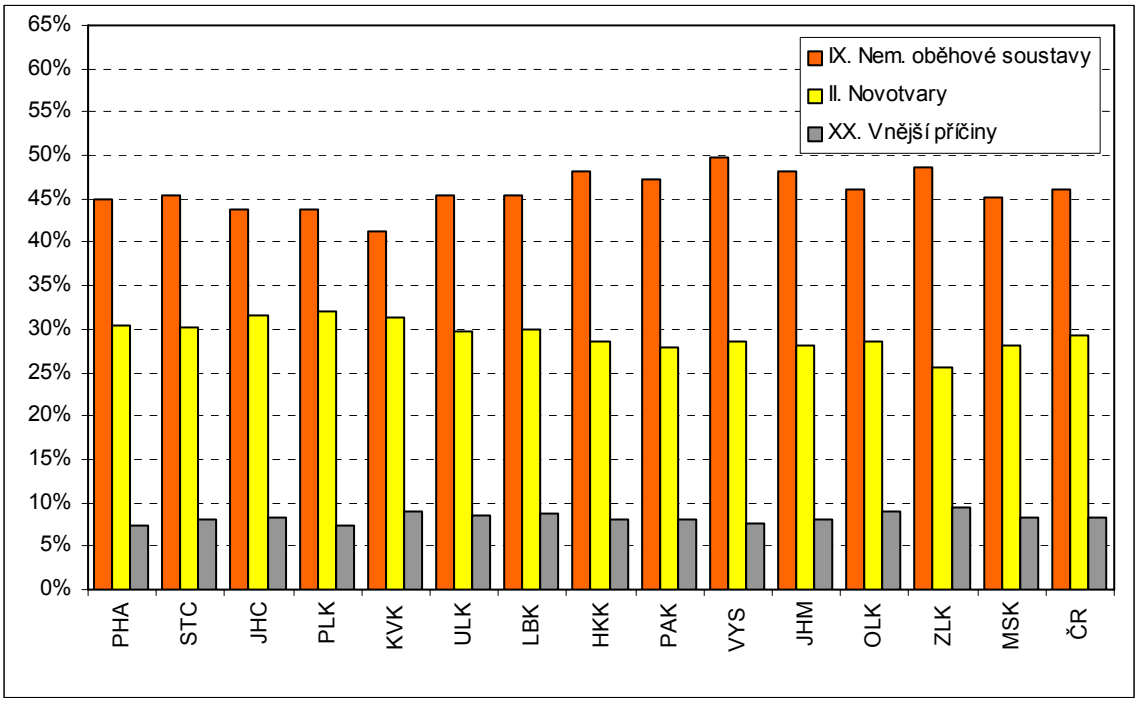


Kartogram 5: Standardizovaná úmrtnost – ženy (průměr let 1999-2008, obvody ORP)



Následující dvojice sloupkových grafů pro muže a ženy ukazují **mezikrajské rozdíly ve struktuře příčin úmrtí** (nikoli v intenzitě úmrtí). Podíly jsou počítány z desetiletých úhrnů k vyloučení meziročních oscilací.

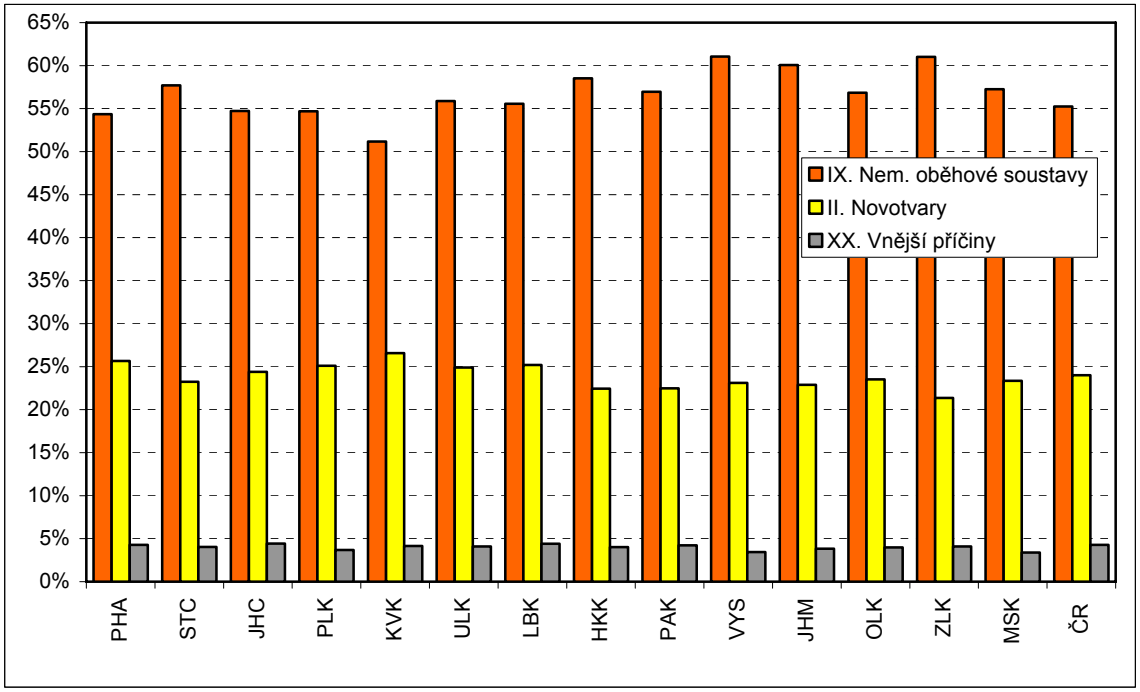
Graf 2: Nejčastější příčiny úmrtí (průměr let 2000 - 2009) - muži



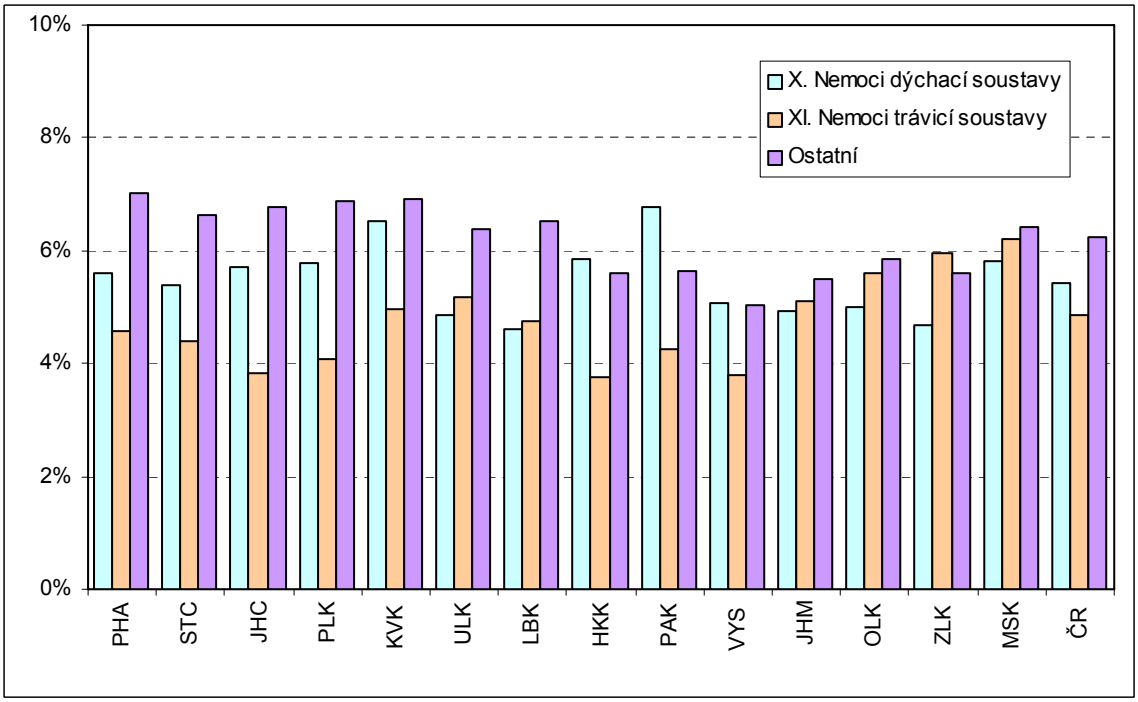
Srovnání grafů podle pohlaví dává obdobné závěry jako prstencový graf pro celou ČR. Vnější příčiny úmrtí jsou u mužů již na 3. místě v pořadí, zatímco u žen jsou jimi ostatní příčiny (kam patří např. nervové choroby, kterými více trpí ženy dožívající se v průměru vyššího věku – např. Alzheimerova nemoc). Je zřejmé, že rozdíly mezi kraji jsou nevýrazné, přesto lze konstatovat nižší podíl novotvarů a naopak vyšší u oběhových chorob v

moravských krajích proti českým. Zbývající příčiny jsou více rozrůzněné – méně jsou zastoupeny např. na Vysočině, choroby trávicí soustavy jsou častější v moravských krajích atp.

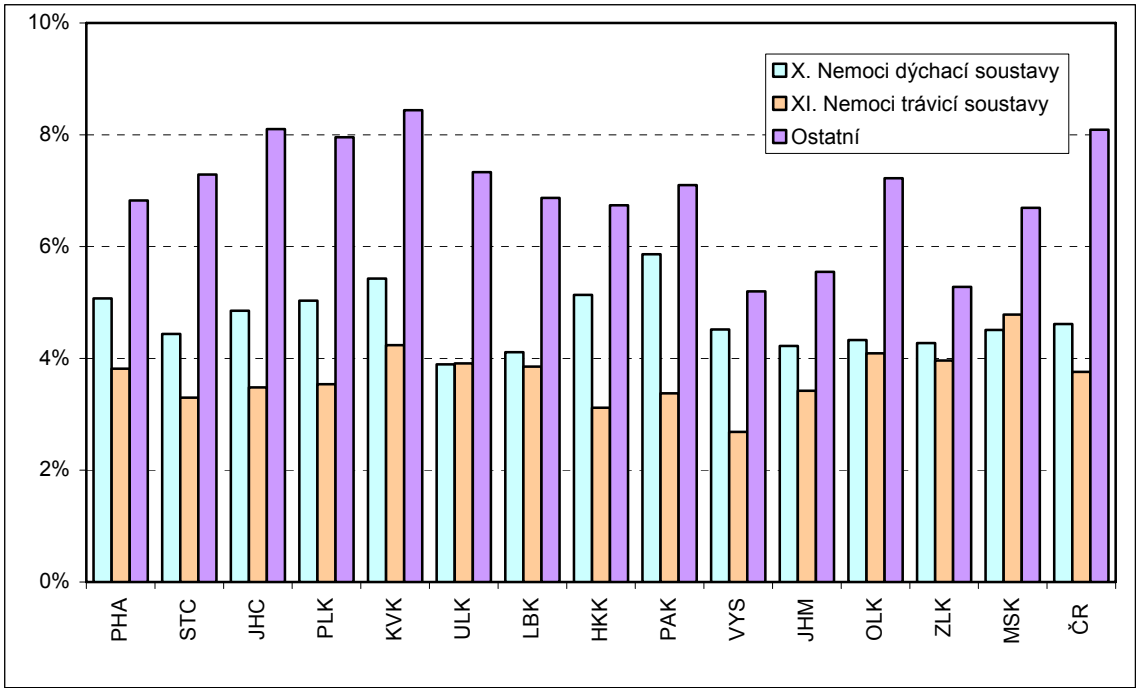
Graf 3: Korespondující příčiny úmrtí (průměr let 2000 - 2009) – ženy



Graf 4: Zbývající příčiny úmrtí (průměr let 2000 - 2009) - muži



Graf 5: Zbývající příčiny úmrtí (průměr let 2000 - 2009) – ženy



Srovnání standardizovaných intenzit úmrtnosti v krajích podle příčin a pohlaví poskytuje **tabulka 1**. Indexy používají průměrné úmrtnosti v krajích z let 2000-8, které jsou vztaženy ke specifickým úmrtnostem dle příčin a pětiletých věkových skupin v ČR. Indexy nad 100 % znamenají vyšší (horší) intenzitu úmrtnosti a naopak. Intenzity nad 110 % jsou zvýrazněny červeně. Je opět zřejmá všeobecně nižší úmrtnost v atypickém kraji – hl. m. Praze, ale také na Vysočině, Královéhradeckém kraji aj. U jednotlivých tříd příčin se ukazuje poměrně výrazný gradient poklesu úmrtnosti od západu na východ ČR u novotvarů (výjimkou z poklesu je Moravskoslezský kraj), zatímco u oběhových chorob je územní vzorec složitý, projevují se zde dopravní poměry v krajích a dostupnost rychlé lékařské péče, samozřejmě na podkladě ostatních základních faktorů (životní styl apod.). Vyslovení obecnějších závěrů a vysvětlení některých mezikrajských rozdílů u zbývajících tříd příčin je obtížné, viz např. rozdíl mezi Karlovarským a Ústeckým krajem u dýchacích chorob (možný je vliv vyššího zastoupení cizinců v populaci malého Karlovarska). Zvýšená intenzita úmrtnosti u trávicích chorob na Moravě je snad částečně vysvětlitelná rozdíly ve stravovacích návycích. Obecně vysokou úroveň úmrtnosti na vnější příčiny ovlivnil použitý standard k roku 2008, u nichž došlo k výraznějším poklesům v počtu zemřelých během let 2000-2008.

Tab. 1: Nepřímo standardizované indexy úmrtnosti dle hlavních tříd příčin úmrtí, pohlaví a krajů

	úmrtnost celkem		novotvary II.		oběhové choroby IX.		dýchací choroby X.		trávicí choroby XI.		vnější příčiny XX.	
	m	ž	m	ž	m	ž	m	ž	m	ž	m	ž
PHA	87,7%	96,8%	93,5%	108,7%	87,0%	93,1%	80,5%	96,2%	82,9%	97,1%	87,3%	120,4%
STC	100,9%	106,9%	103,4%	102,8%	104,1%	111,9%	92,3%	95,6%	85,4%	89,0%	102,4%	119,7%
JHC	96,0%	101,5%	103,2%	103,5%	94,6%	100,3%	91,1%	93,5%	71,9%	90,5%	104,0%	125,1%
PLK	98,6%	105,1%	107,2%	108,3%	97,7%	104,4%	93,2%	102,2%	78,5%	96,3%	94,6%	107,2%
KVK	107,0%	108,6%	111,2%	113,8%	102,3%	103,6%	119,7%	115,9%	100,0%	113,8%	117,3%	117,1%
ULK	118,4%	118,1%	117,8%	118,2%	125,7%	121,9%	95,4%	89,6%	113,4%	114,3%	120,0%	130,0%
LBK	103,1%	102,1%	105,2%	106,6%	106,4%	102,7%	79,4%	83,9%	93,8%	98,6%	111,4%	125,1%
HKK	93,5%	98,9%	91,6%	94,3%	100,1%	103,5%	90,0%	100,0%	71,0%	81,4%	101,2%	113,7%
PAK	96,6%	99,9%	92,2%	93,8%	102,7%	103,1%	107,7%	112,5%	81,7%	84,9%	102,2%	118,1%
VYS	95,3%	96,8%	94,3%	94,3%	107,1%	106,7%	74,8%	82,4%	69,4%	67,3%	95,4%	94,2%
JHM	98,7%	96,0%	95,8%	94,3%	107,1%	102,6%	79,0%	79,3%	98,4%	85,9%	102,3%	105,4%
OLK	99,8%	98,1%	98,7%	97,7%	102,9%	100,2%	81,6%	82,1%	109,2%	103,1%	115,3%	110,5%
ZLK	103,0%	95,4%	90,0%	85,1%	113,0%	104,9%	81,0%	82,2%	120,8%	97,7%	125,2%	119,4%
MSK	112,8%	103,9%	107,1%	99,8%	117,5%	108,7%	110,6%	91,9%	131,0%	124,4%	113,9%	97,5%
ČR	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Zdravotní stav obyvatel a nemocnost zevrubně popisují ročenky ÚZIS (Zdravotnictví ČR ve statistických údajích) a řada tematických analýz (jako např. Tuberkulóza a respirační nemoci 2009). Ilustrativně zde uvedeme několik vybraných ukazatelů nemocnosti, aniž bychom aspirovali na podrobný výklad metodiky, trendů apod. – důraz klademe na nástin regionálních rozdílů.

Především je třeba zdůraznit fakt, že zatímco klesá úmrtnost na choroby oběhové soustavy a zhoubné novotvary (měřeno měrami standardizované úmrtnosti), zjištěné případy (incidence) všech **zhoubných novotvarů** mají trend dlouhodobě rostoucí (i když některé dílčí diagnózy stagnují nebo i klesají). Incidence **infekčních nemocí** má většinou dlouhodobě klesající trend (plané neštovice, střevní infekce vč. salmonelózových), některé infekce jsou však typické značnými meziročními výkyvy, např. u virové klíšťové encefalitidy nebo hepatitidy typu A (jednoznačný trend poklesu byl v roce 2008 přerušen výrazným nárůstem, v roce 2009 se obnovil pokles).

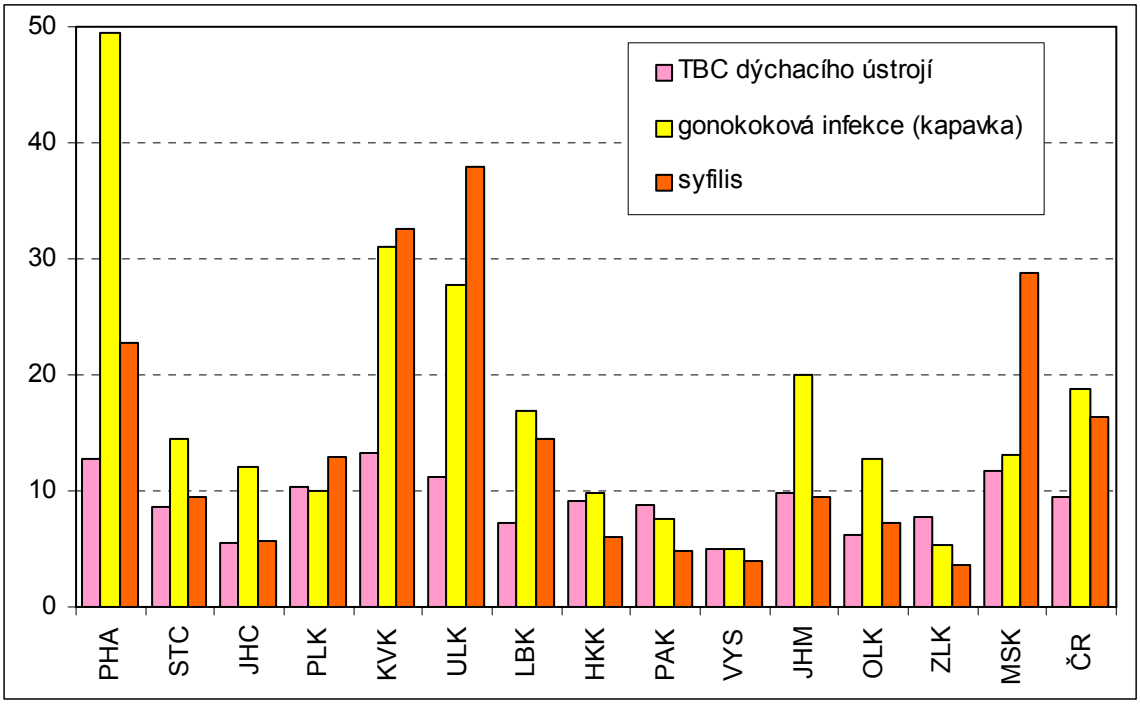
TBC a pohlavně přenosné infekce zaznamenaly dramatický vývoj po roce 1990 mj. v souvislosti se zahraniční migrací. TBC všech forem klesá, podobně i gonokokové nákazy (kapavky), naopak incidence syfilis zatím stále roste. Graf 6 ukazuje u těchto 3 infekcí nápadné krajské rozdíly – všechny můžeme označit za indikátory narušeného sociálního prostředí.

V něčem podobná je situace u **evidovaných alkoholiků a toxikomanů** (graf 7) – např. ve výrazné dominanci Prahy a Moravskoslezského kraje. Severozápad ČR je však podle všeho ovlivněn nižší mírou evidence a léčení obou typů závislostí.Naopak vysokou míru evidovaného "klasického" alkoholismu ve východních Čechách můžeme vidět jako rozpor se zdejší tradiční a "zdravější" strukturou společnosti – toxikomanie jsou zde naopak podprůměrné. A konečně nepřekvapuje rostoucí míra evidovaného alkoholismu směrem na východ ČR.

Pokus vysvětlit regionální rozdíly v relativních počtech **léčených diabetiků** je další příklad, kde se zřejmě projevují subjektivní faktory na straně nemocných i zdravotnických zařízení. Graf 8 potvrzuje očekávaný trend nárůstu incidence 2000-8 (ovšem s velmi rozdílnými tempy) a také velmi neobvyklou dominanci Zlínského kraje.

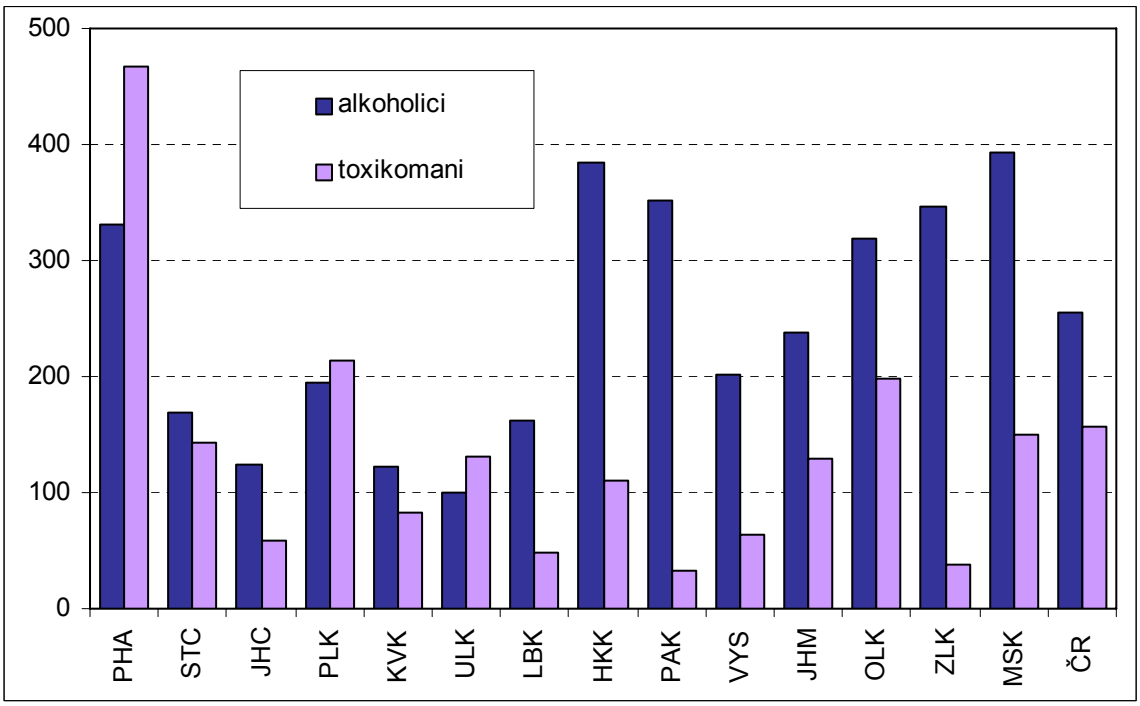
Konečně graf 9 ilustruje metodicky dosti složitou problematiku **pracovní neschopnosti**. Relativní pracovní neschopnost (hlášené případy na 100 pojištěných) je ovlivněna legislativou a v čase výrazně klesá, stejně jako procento pracovní neschopnosti (naopak roste průměrná délka trvání případu pracovní neschopnosti, v ČR v roce 2008 dosáhla 39 a v roce 2009 již celých 45 dnů). Územně je míra pracovní neschopnosti dosti diferencována a vysvětlení není triviální. Trvale je nejnižší v Praze, vysoká je na severu ČR a roste směrem na východ (tradičně vysoká je v pásu podél hranice se Slovenskem, což jistě souvisí s "tvrdšími" podmínkami v hornatých oblastech, ale je spojována i se zvýšenou snahou zaměstnanců věnovat se soukromým aktivitám v zemědělství a přetrvávajícím zajišťováním bydlení svépomocí apod. – to se týká i některých okresů na Vysočině nebo na Šumavě.

Graf 6: Hlášená onemocnění na 100 tis. obyv., průměry let 2000-2008



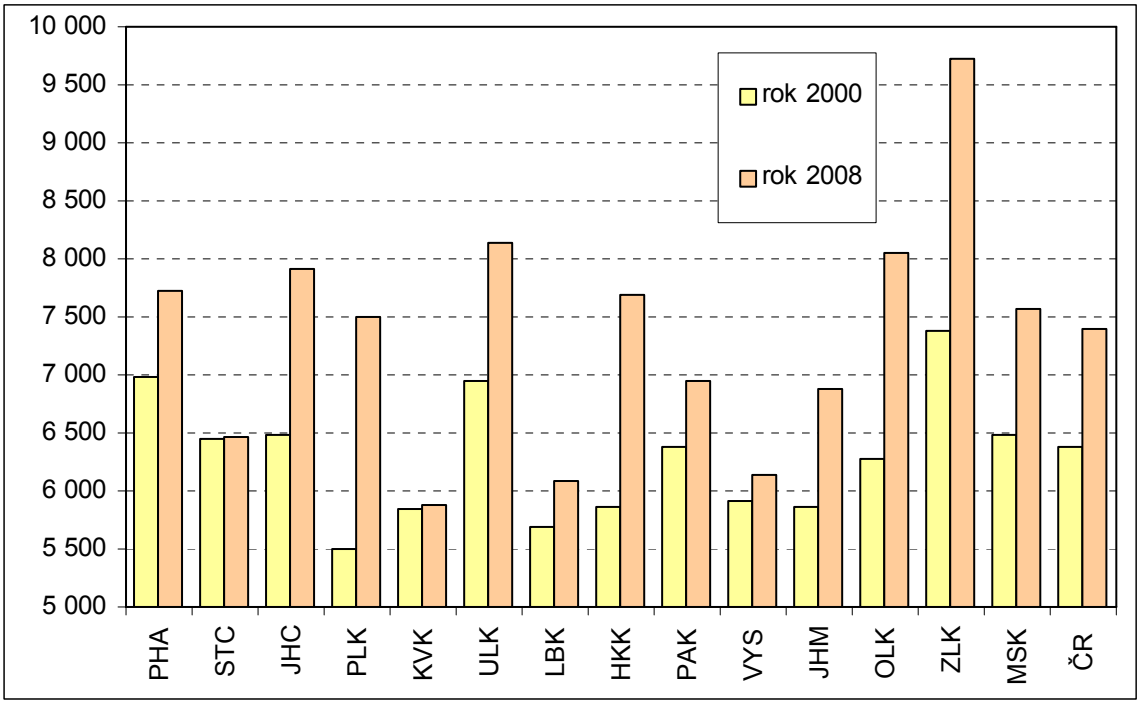
Zdroj dat: ÚZIS

Graf 7: Alkoholici a toxikomani evidovaní v ambulantních zařízeních (na 100 tis. obyv., průměry let 2000-2008)



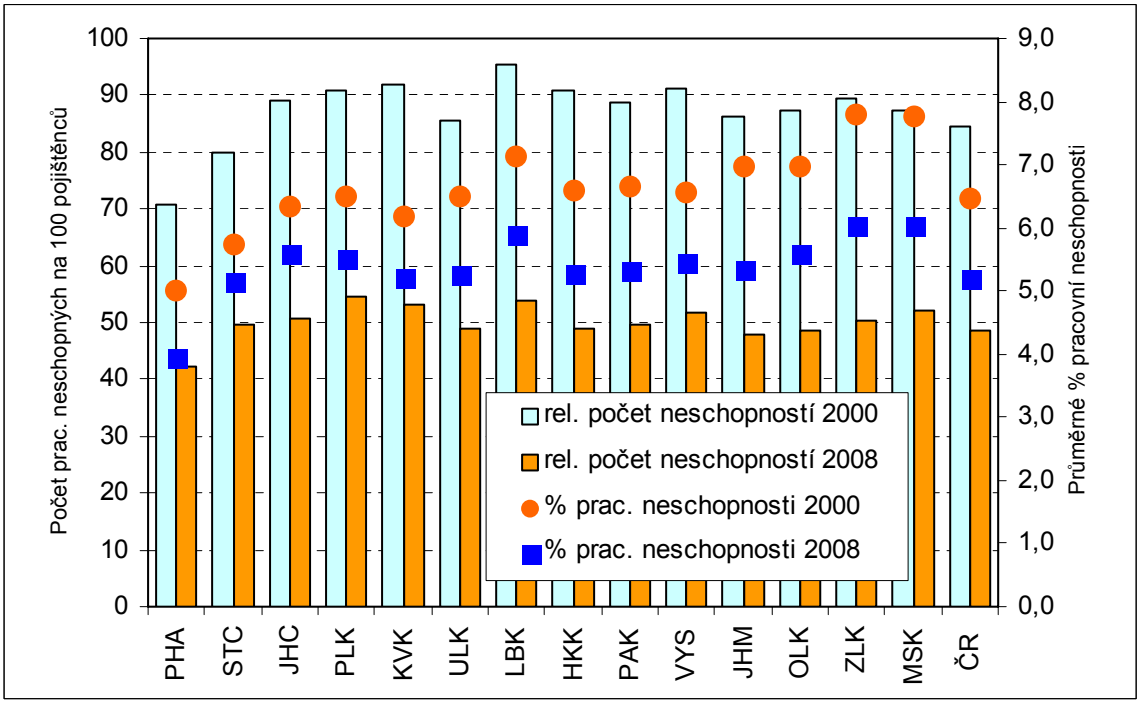
Zdroj dat: ÚZIS

Graf 8: Léčení diabetici k 31.12. na 100 tisíc obyvatel



Zdroj dat: ÚZIS

Graf 9: Hlášené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz na 100 nemocensky pojištěných, průměrné procento pracovní neschopnosti



Zdroj dat: ÚZIS

2. Pracovní neschopnost a její souvislosti

Výdaje na dávky nemocenského pojištění

V důsledku demografického stárnutí se nejen zpomaluje vývoj ekonomiky, ale rostou i náklady na zdravotní péči a narůstají problémy v oblasti sociálního zabezpečení. A právě sociální dávky představují nejvýznamnější složku státního rozpočtu v oblasti mandatorních výdajů. Vedle dávek důchodového a sociálního zabezpečení jsou to i **dávky nemocenského pojištění,** k nimž patří nemocenská, peněžitá pomoc v mateřství, ošetřovné (dříve podpora při ošetřování člena rodiny) a vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství. Na rozdíl od zaměstnanců mohou mít osoby samostatně výdělečně činné, které si dobrovolně platí nemocenské pojištění, pouze první dvě dávky.

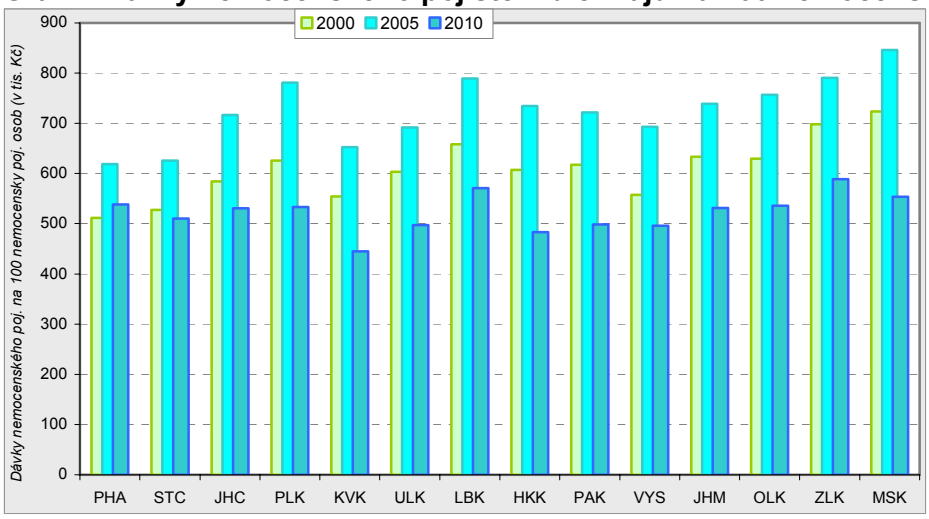
Tab. 1: Vývoj dávek nemocenského pojištění

Zdroj: Česká správa sociálního zabezpečení mil. Kč

Rok	ČR	v tom kraje													
		PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK
2000	27 205	4 297	2 218	1 596	1 489	660	1 869	1 173	1 436	1 338	1 129	3 158	1 488	1 724	3 630
2005	31 660	5 601	2 751	1 821	1 826	715	2 030	1 298	1 622	1 463	1 358	3 668	1 699	1 852	3 956
2006	32 773	5 843	2 902	1 855	1 875	725	2 075	1 372	1 684	1 487	1 397	3 843	1 728	1 911	4 075
2007	34 671	6 365	3 134	1 939	1 971	767	2 144	1 456	1 689	1 547	1 483	4 042	1 792	1 954	4 387
2008	31 882	6 074	2 943	1 800	1 819	685	1 933	1 325	1 504	1 442	1 371	3 680	1 680	1 806	3 820
2009	26 033	5 322	2 417	1 461	1 414	512	1 498	1 040	1 159	1 167	1 043	3 015	1 378	1 568	3 040
2010	22 789	5 369	2 102	1 279	1 162	418	1 331	837	991	960	869	2 601	1 106	1 284	2 479

V letech 2008 a 2009 došlo v sociálním systému ČR k rozsáhlým úpravám v oblasti nemocenského pojištění, které byly největší od roku 2004. Zásadní změnou v r. 2004 bylo snížení procentní sazby nemocenské za první tři dny pracovní neschopnost z 50 % na 25 % denního vyměřovacího základu. V průběhu r. 2008 byly provedeny úpravy v nemocenském pojištění celkem třikrát (k 1.1., k 30.6. a od 1.9.). Týkaly se změn ve vyplácení nemocenské za první tři dny nemoci a s tím souvisejícího vyměřovacího základu pro stanovení denní výše nemocenské. Další podstatné změny platí od 1.1.2009. Je to především vyplácení nemocenské až od 15. dne trvání pracovní neschopnosti, s tím, že za prvních 14 kalendářních dnů vyplácí zaměstnavatel zaměstnanci náhradu mzdy a to jen za pracovní dny od 4. pracovního dne ve výši 60 % průměrného redukovaného výdělku. Dalšími změnami bylo snížení odvodového zatížení na sociálním pojištění a dobrovolného nemocenského pojištění. Cílem těchto úprav bylo zvýšit motivaci zaměstnanců a zaměstnavatelů na snižování neúměrně vysoké pracovní neschopnosti.

Graf 1: Dávky nemocenského pojištění dle krajů na 100 nemocensky pojištěných osob



Zdroj: Česká správa sociálního zabezpečení

V průběhu let 2000 až 2007 vzrostly celkové dávky nemocenského pojištění téměř o 7,5 mld. Kč, v roce 2008 proti předchozímu roku již ale poklesly o 2,8 mld. Kč. A ještě výraznější pokles nastal v následujících dvou letech, kdy např. celkové dávky za rok 2010 poklesly proti „maximálnímu“ roku 2007 o téměř 12 mld. Kč.

V přepočtu na **100 nemocensky pojištěných osob** nedošlo v letech 2000 až 2007 k poklesu dávek u žádného kraje. Následující 3 roky se ale vyznačovaly prudkým poklesem objemu těchto dávek na 100 pojištěnců. Snížení mezi roky 2007 a 2010 se pohybovalo od 40,2 % (Moravskoslezský kraj) po 15,3 % (Hl. město Praha), z mimopražských regionů bylo dosaženo největší redukce objemu dávek ve středních Čechách (o 27 %).

Nemocní mohou získat od státu peněžitou pomoc v podobě **nemocenské**, která se poskytuje do ukončení pracovní neschopnosti. Její podíl na celkových dávkách nemocenského pojištění poklesl od roku 2000 do roku 2010 z 86,9 % na 65,6 % v důsledku zvýšených výdajů na peněžitou pomoc v mateřství, které se mezi tím více než zdvojnásobily, a také v důsledku poklesu nemocnosti.

Tab. 2: Vývoj dávek nemocenského pojištění na 100 nemocensky pojištěných osob

Zdroj: Česká správa sociálního zabezpečení tis. Kč

Rok	ČR	v tom kraje													
		PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK
2000	602	512	528	584	626	555	603	658	607	617	557	634	629	698	724
2005	713	619	626	717	781	653	692	789	734	722	693	739	757	791	846
2006	729	617	659	737	801	676	711	818	760	729	708	754	780	814	870
2007	754	635	700	768	830	718	726	861	768	744	751	771	800	820	925
2008	697	607	658	725	781	661	661	811	696	685	708	700	750	765	799
2009	612	549	588	621	651	552	554	726	571	610	597	626	672	720	689
2010	529	538	511	531	533	445	497	571	483	499	496	532	536	589	553

Nemocenské výdaje vzrostly v letech 2000 až 2007 celkem o 4,2 mld. Kč, to je o 17,9 %. Rokem 2008 začíná velký obrat ve výdajích na nemocenskou. Objem nemocenských dávek klesl v r.2008 oproti předchozímu roku o 3,1 mld. Kč, to je o 11,2 %. V r.2009 byl pokles oproti předchozímu roku zatím absolutně nejvyšší – 6,6 mld. Kč. Data za rok 2010 znamenala další pokles, i když menší – 3,3 mld. Kč. Od roku 2000 se objem nemocenských dávek snížil v ČR více než dvojnásobně. Ke stejnému poklesu došlo i v jednotlivých krajích.

Pracovní neschopnost

Legislativní úpravy v nemocenském pojištění ve svém důsledku výrazně ovlivnily vývoj ve všech ukazatelích pracovní neschopnosti (PN). Tyto změny se nejmarkantněji projevily v ukazatelích počet případů PN absolutně a na 100 pojištěnců, v průměrné době trvání 1 případu PN, v průměrném denním stavu práce neschopných a v průměrném procentu PN.

Počet **kalendářních dnů pracovní neschopnosti** prakticky od roku 2002, s výjimkou roku 2005, v ČR klesá. V letech 2000 - 2010 se celkově snížil o 44,5 %. Ke snížení došlo rovněž u **průměrného počtu nemocensky pojištěných osob**, kromě let 2005 až 2007 a 2010. Od roku 2000 ubylo celkem 207 tisíc pojištěnců (index 95,4 %), když pokles zaznamenaly všechny kraje s výjimkou Hl. města Prahy. V Praze na rozdíl od ostatních krajů docházelo v celém sledovaném období k nárůstu, kromě let 2004,2008 a 2009. Pokud jde o ostatní kraje, tak nejnižší úbytky vykázaly Středočeský a Jihomoravský kraj, nejvyšší pak Karlovarský a Liberecký.

Pokles ve sledovaném období zaznamenaly také **nově hlášené případy pracovní neschopnosti.** Ty měly v letech 2000 až 2007 kolísavý trend a teprve od roku 2008 se jejich počet začal výrazně snižovat. Největší počet případů pracovní neschopnosti byl zjištěn v roce 2001 a to u převážné většiny krajů. Četnost nových případů pracovní neschopnosti v jednotlivých letech byla ovlivněna také tím, zda proběhla (a v jakém rozsahu) chřipková epidemie. Velký úbytek nových hlášení v roce 2008 a zejména v roce 2009 navíc výrazně ovlivnily výše uvedené změny v oblasti nemocenského pojištění. Počet nových případů pracovní neschopnosti v roce 2008 za celou ČR poklesl proti předchozímu roku téměř o jednu pětinu a v roce 2009 ve srovnání s rokem 2008 o více než jednu třetinu. V roce 2010 již pokles nebyl tak výrazný. Od roku 2000 do roku 2010 bylo vykázáno celkové snížení počtu nových případů o více než 65 %.

Pomalejší trend poklesu v roce 2010 proti roku 2009 než za republiku (index 91,9 %) byl zaznamenán v 6 krajích, z nichž nejvyšší v Moravskoslezském (o 4,1 bodu), Jihočeském (o 3,0 bodu) a na Vysočině (o 2,3 bodu). Nad republikovou úrovní poklesu zůstaly především kraje Středočeský (o 3,0 bodu), Olomoucký (o 2,1 bodu) a Jihomoravský (o 1,4 bodu). Ve srovnání s rokem 2000 bylo vykázáno největší snížení nových případů v krajích Karlovarském, Libereckém, Olomouckém a Královéhradeckém. Pouze Praha a Středočeský kraj zůstaly pod hodnotou dosaženou za celou ČR (index 34,8 %).

Také v nově hlášených případech na 100 nemocensky pojištěných osob se odlišuje Hl. město Praha od ostatních krajů. Až do roku 2008 byla Praha v počtu případů výrazně pod celostátním průměrem, nejvíce v roce 2000 o 16 %, v letech 2005 - 2008 o 13 - 14 %. V roce 2009 resp. 2010 zůstala pod republikovou úrovní již jenom 3,5 % resp. 5 % , vzhledem k velkému snížení počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti v ostatních krajích. Těsně pod průměrem ČR byl mimo Prahu v roce 2008 kraj Jihomoravský, v r.2009 již 8 krajů a v r.2010 5 krajů. V tomto roce se přiřadily k Praze kraje Ústecký, Královéhradecký, Pardubický, Jihomoravský a Olomoucký. Nejvíce převyšovaly celostátní průměr kraje Liberecký, Plzeňský a Středočeský.

Tab. 3: Vývoj počtu nově hlášených případů PN na 100 nemocensky pojištěných osob

Zdroj: Česká správa sociálního zabezpečení, ČSÚ

Rok	ČR	v tom kraje													
		PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK
2000	84,4	70,7	80,0	89,0	90,9	92,1	82,5	95,5	90,9	88,6	91,0	86,2	87,5	89,3	87,5
2005	68,2	59,2	67,3	73,0	76,8	72,6	65,4	74,3	72,3	70,5	74,3	68,7	68,6	70,7	70,6
2006	60,2	52,2	60,0	63,6	65,9	63,6	58,1	66,4	62,6	63,1	64,4	61,8	61,0	62,9	62,5
2007	59,3	51,1	59,0	63,1	64,6	63,1	58,5	65,0	62,8	61,4	64,1	59,8	59,4	61,3	63,9
2008	48,6	42,2	49,5	50,8	54,4	53,1	48,8	54,0	48,8	49,7	51,6	48,0	48,6	50,3	52,1
2009	33,9	32,7	36,3	34,9	37,3	34,9	32,7	36,7	33,6	33,6	33,7	33,4	31,6	33,4	33,8
2010	30,7	29,2	32,2	32,3	33,8	32,3	30,0	32,8	30,5	30,6	31,7	29,7	28,2	30,8	32,0

Většina nových pracovních neschopností byla hlášena **pro nemoc**, ty tvoří přes 90 % případů, zbytek připadá na úrazy. Podíl hlášených případů způsobených nemocemi se v ČR od roku 2000 do roku 2010 snížil o 3,5 procentního bodu na 89,7 %, nejvíce v krajích Královéhradeckém o 4,6 bodu, na Vysočině o 4,3 bodu a v Jihočeském o 4,1 bodu. V důsledku tohoto vývoje se snížilo zastoupení úrazů na nově hlášených případech pracovní neschopnosti a to jak pracovních tak i ostatních. V případě **pracovních úrazů**, jejichž zastoupení vzrostlo v republice za posledních deset let z 2,4 % na 3,9 %, vykázalo zvýšení podílu všech 14 krajů, největší Plzeňský o 1,7 bodu, Jihočeský a Vysočina (oba o 1,6 bodu). U **ostatních úrazů** vzrostl podíl celostátně ze 4,4 % na 6,4 %, nejvíce z krajů pak v Královéhradeckém o 3,1 bodu, Vysočině o 2,8 bodu a Jihočeském o 2,5 bodu. Jediným krajem, který zaznamenal pokles podílu nepracovních úrazů byl Liberecký (ze 6,5 % na 6,0 %).

Průměrné procento pracovní neschopnosti se začalo snižovat v roce 2004 (s výjimkou roku 2005) a nejnižší úrovně dosáhlo v roce 2010. Znamenalo to, že jestliže ještě v roce 2005 bylo v průměru každý den více než 6 osob ze 100 pojištěnců práce neschopných, v roce 2010 to bylo mírně nad 3,5 osoby. K poklesu došlo především z důvodů snížené nemocnosti a jen zčásti pro pracovní a ostatní úrazy. Nejvyšší nemocnost v celém sledovaném období vykazovaly Moravskoslezský a Zlínský kraj, naopak nejnižší ve všech letech Hl. město Praha a po něm, s výjimkou roku 2009 i Středočeský kraj. Od roku 2005 se průměrné procento pracovní neschopnosti nejvíce snížilo v moravských krajích, z nich nejvíce v Moravskoslezském a Jihomoravském. V praxi to představuje, že se snížil počet práce neschopných na 100 pojištěnců v kraji Moravskoslezském v průměru o 3 osoby, v Jihomoravském a Olomouckém o 2,7 osoby.

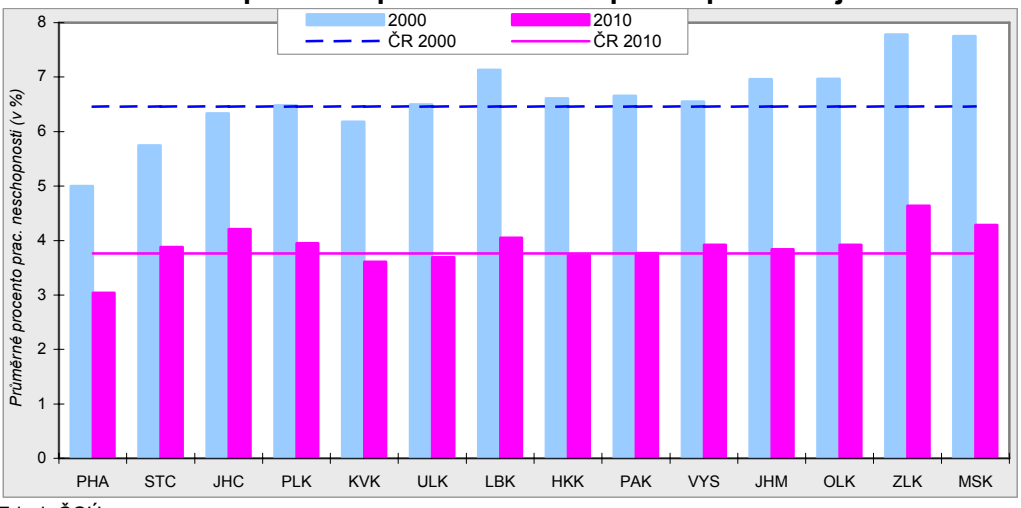
Tab. 4: Vývoj průměrného procenta pracovní neschopnosti

zdroj: ČSÚ

Rok	ČR	v tom kraje													
		PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK
2000	6,46	5,00	5,75	6,33	6,48	6,18	6,50	7,13	6,61	6,65	6,55	6,96	6,97	7,78	7,75
2005	6,13	4,71	5,67	6,53	6,48	6,00	6,04	6,72	6,43	6,49	6,36	6,49	6,65	7,17	7,23
2006	5,81	4,48	5,48	6,19	6,04	5,66	5,74	6,46	5,96	6,14	5,97	6,19	6,39	6,75	6,92
2007	5,62	4,32	5,40	6,02	5,86	5,54	5,55	6,27	5,85	5,82	5,86	5,88	6,25	6,42	6,78
2008	5,18	3,96	5,16	5,60	5,50	5,22	5,26	5,91	5,28	5,31	5,45	5,37	5,62	6,06	6,05
2009	4,18	3,32	4,25	4,57	4,39	4,11	4,10	4,67	4,15	4,28	4,31	4,31	4,46	5,22	4,77
2010	3,76	3,04	3,88	4,21	3,95	3,61	3,69	4,05	3,73	3,77	3,92	3,84	3,92	4,63	4,28

V roce 2000 bylo zjištěno nejvyšší procento pracovní neschopnosti v Karviné (8,66), v Prachaticích (8,41) a v Uherském Hradišti (8,32). Nejnižší v Kolíně (4,56), Mělníku (4,79) a v Hl. městě Praze (5,00). O deset let později vykázali nejvyšší hodnotu u tohoto ukazatele pojištěnci z okresů Prachatice (6,08), s odstupem z okresů Šumperk (5,22) a Uherské Hradiště (5,19) a naopak nejnižší z Prahy (3,04), Jihlavy (3,21) a Prahy-západ (3,21). Rozdíly, které byly dosaženy mezi nejvyšším a nejnižším procentem práce neschopnosti v roce 2000 a v roce 2010 se snížily ze 4,11 bodu na 3,04 procentního bodu.

Graf 2 Průměrné procento pracovní neschopnosti podle krajů v letech 2000 a 2010

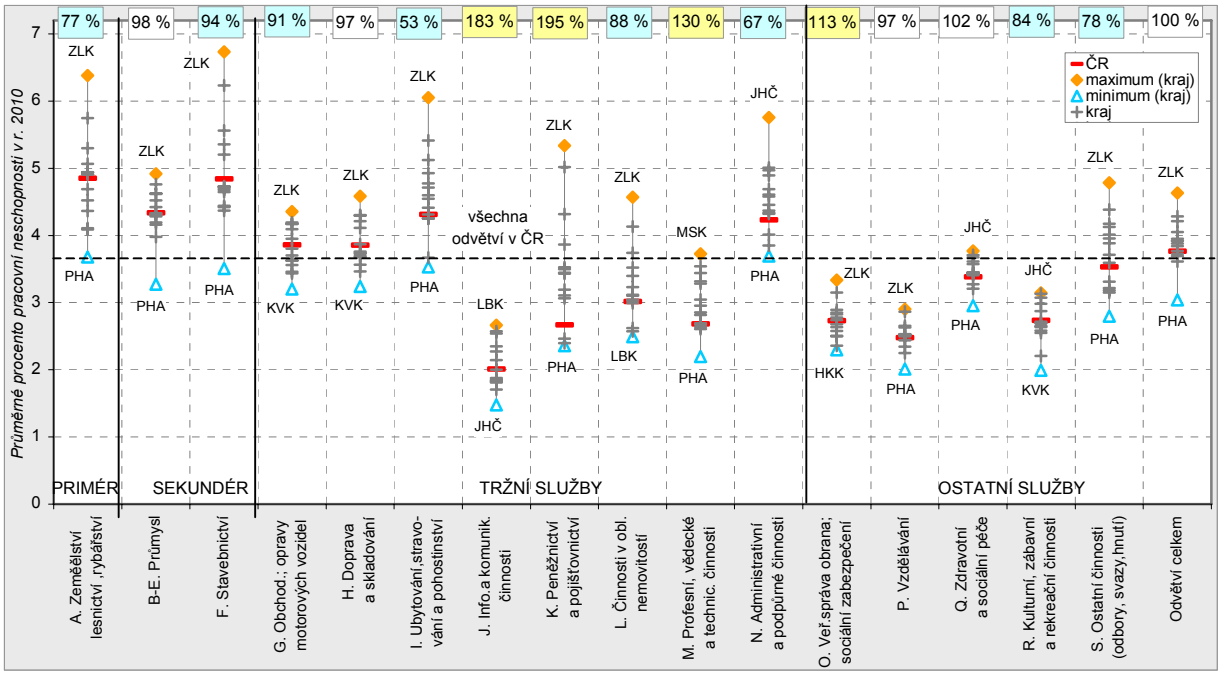


Zdroj: ČSÚ

Podrobnější pohled na **mezikrajské rozdíly** získáme při členění pracovní neschopnosti **podle převažujícího odvětví** činnosti jednotlivých podniků v krajích. V roce 2010 dosáhly na národní úrovni nejvyšší celkové pracovní neschopnosti pracovníci v odvětví primárního sektoru a stavebnictví (o více než čtvrtinu oproti celé ekonomice), o pětinu převyšovaly úroveň ČR těžba a dobývání; zpracovatelský průmysl a z terciérního sektoru ubytování, stravování a pohostinství a také administrativní a podpůrné činnosti. Na opačném

konci spektra se nachází odvětví informační a komunikační činnosti s neschopností (2 %) na 40 % úrovně pracovníků ve stavebnictví. Do výše pracovní neschopnosti se promítá jak fyzická náročnosti práce (vysoká ve stavebnictví a těžbě oproti nižší ve většině oborů služeb), tak i výdělkové poměry v jednotlivých odvětvích. Všechna odvětví, ve kterých zaměstnanci v celé ČR pobírají nadprůměrnou mzdu, zaznamenaly v roce 2010 nižší procento neschopnosti (především v informačních komunikačních činnostech), a to téměř ve všech krajích (výjimku tvoří kraje Moravskoslezský a Zlínský v peněžnictví a pojišťovnictví).

Graf 3: Mezikrajské rozdíly průměrného procenta pracovní neschopnosti podle odvětví (CZ-NACE) a vztah k průměrné mzdě v roce 2010



Pozn.: v rámečcích při horním okraji uvedena relace prům. hrubé měsíč. mzdy na 1 zaměstnance (přep.os.) v ČR v daném odvětví k úrovni v celém národním hospodářství v roce 2010 (100 % = úroveň mzdy ve všech odvětvích)

Zdroj: ČSÚ

Rozdíly v procentu pracovní neschopnosti mezi regiony závisí zčásti také na odvětvovém složení pracovních příležitostí. Výraznější mezikrajské disparity pracovní neschopnosti jsou typické pro zemědělství a lesnictví, stavebnictví a ze služeb pak v odvětvích spojených s cestovním ruchem a dále v peněžnictví a pojišťovnictví. Nízkou regionální variabilitu neschopnosti vykazují jak odvětví s celkově nízkou úrovní neschopnosti (především veřejné služby), tak i odvětví, kde neschopnost převyšuje úroveň celé ekonomiky (obchod; doprava a skladování).

Ve většině odvětví se procento pracovní neschopnosti vyšplhalo nejvýše na Zlínsku, ve třech odvětvích (administrativní a podpůrné činnosti; zdravotnictví; kultura a rekreace) v kraji Jihočeském. Více než v polovině odvětví dosáhla mezi kraji minima Praha, v dopravě, obchodě a kultuře Karlovarsko.

S poklesem počtu případů PN se prodloužila **průměrná doba trvání 1 případu PN**. Je to z toho důvodu, že výrazně ubyl počet méně závažných krátkodobých onemocnění, zejména horních cest dýchacích. Lidé proto z důvodu nízké úhrady nemocenského čerpají raději dovolenou nebo nemoc přecházejí, což pak má za následek nebezpečí propuknutí závažnější choroby či nakažení jiných osob na pracovišti nebo na cestě mezi bydlištěm a pracovištěm.

Průměrná doba trvání 1 případu ve sledovaném období 2000 - 2009 narůstala v ČR od 28,0 dnů do 45,1 dne, v roce 2010 se nárůst zastavil. Do roku 2007 se vyznačoval vývoj kolísavou tendencí, poslední dva roky pak vykazoval výrazný nárůst. I u tohoto ukazatele byla zjištěna mezi kraji nejkratší doba trvání 1 případu v Hl. městě Praze v celém sledovaném období. Od republikové hodnoty byla nejkratší v roce 2000 (o 2,1 dne) a nejdelší v roce 2009 (o 8 dnů). Odlišnost hlavního města od ostatních krajů je dána především lepšími platovými podmínkami a také rozdílnou odvětvovou strukturou.

V celém sledovaném období byla nejdelší doba pracovní neschopnosti 1 pojištěnce zjištěna v moravských krajích, především v Moravskoslezském (do roku 2007) a ve Zlínském (v období 2008 -2010). Od roku 2000 se nejvíce prodloužila průměrná doba trvání 1 případu pracovní neschopnosti v krajích Zlínském o 23 dny, Olomouckém a Jihočeském (shodně o 21,5 dne). Nejkratší dobu prostonali pojištěnci z Prahy a Karlovarska. Oba tyto kraje zaznamenaly proti roku 2000 také nejmenší zvýšení průměrné doby nepřítomnosti v práci a to Hl. město Praha o 12,1 dne a Karlovarský o 16,3 dne.

Nejdelší průměrná doba trvání 1 případu pracovní neschopnosti byla zjištěna v okresech Šumperk v Olomouckém kraji (61,8 dne), Prachatice v Jihočeském kraji (60,1 dne), Vsetín ve Zlínském kraji (58,8 dne) a Uherské Hradiště (56,6 dne). Naopak nejkratší dobu nemocnosti měli vedle Prahy pojištěnci z okresů Cheb (35,8 dne), Mladá Boleslav a Jihlava (shodně 38,1 dne).

Tab. 5: Vývoj průměrné doby trvání 1 případu prac. neschopnosti v kalendář. dnech

zdroj: ČSÚ

Rok	ČR	v tom kraje													
		PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK
2000	28,0	25,9	26,3	26,0	26,1	24,6	28,8	27,3	26,6	27,5	26,3	29,6	29,2	31,9	32,4
2005	32,8	29,0	30,8	32,7	30,8	30,2	33,7	33,0	32,5	33,6	31,2	34,5	35,4	37,0	37,3
2006	35,3	31,3	33,3	35,5	33,5	32,5	36,1	35,5	34,8	35,6	33,8	36,6	38,2	39,2	40,4
2007	34,6	30,9	33,4	34,8	33,1	32,1	34,6	35,2	34,0	34,6	33,4	35,9	38,4	38,2	38,7
2008	39,1	34,4	38,1	40,4	37,0	36,0	39,4	40,0	39,6	39,1	38,7	41,0	42,3	44,1	42,4
2009	45,1	37,1	42,7	47,9	42,9	42,9	45,8	46,4	45,0	46,5	46,6	47,2	51,5	57,0	51,5
2010	44,7	38,0	44,0	47,6	42,7	40,8	44,9	45,1	44,6	45,0	45,2	47,2	50,7	54,8	48,9

Z hlediska sektorů, ve kterých byla sledována data za rok 2009, byla vykazována nejdelší doba trvání 1 případu pracovní neschopnosti v sektoru primárním, nejkratší v terciárním. V **primárním sektoru**, do kterého patří odvětví zemědělství, lesnictví a rybářství, činil průměr České republiky 60,5 dne. Nad tímto průměrem se pohybovala polovina krajů – všechny moravské a mírně i Jihočeský, Liberecký a Vysočina. Hluboko pod průměrem republiky se nacházelo Hl. město Praha. Rozdíl mezi Prahou a nejvyšší zjištěnou délkou pracovní neschopnost ve Zlínském kraji dosáhl 35,6 dne.

V **sekundárním sektoru** byla doba trvání neschopnosti mnohem kratší. V porovnání s primárním sektorem činil tento rozdíl za celou republiku 11,8 dne. Mezi kraji se rozdíl mezi těmito dvěma sektory pohyboval od 1,1 dne (Hl. město Praha) do 20,0 dne (Zlínský kraj). Je zajímavé, že nejkratší délka pracovní neschopnosti jednoho případu byla zjištěna ve Středočeském kraji a nikoliv v Praze. Nejdéle zůstávali na nemocenské pojištěnci ze Zlínského kraje. V sekundární sféře se průměrná doba trvání 1 případu PN za celou ČR pohybovala od 39,4 dne (těžba a dobývání) po 50,3 dne (stavebnictví).

Rozdíly ve dnech mezi nejkratší a nejdelší dobou trvání 1 případu pracovní neschopnosti mezi kraji byly v jednotlivých odvětvích následující:

těžba a dobývání	Moravskoslezský	33,6	Olomoucký	67,8
zpracovatelský průmysl	Hl. město Praha	40,8	Zlínský	60,3

výroba a rozvod elektr. a jader. energie	Hl.město Praha	34,1	Zlínský	54,8
zás. vodou, činnosti s odpady	Karlovarský	33,4	Zlínský	63,6
stavebnictví	Karlovarský	42,3	Moravskoslezský	58,3

Terciární sféra, do které jsou zahrnuta ostatní odvětví, zaznamenala nejkratší dobu trvání pracovní neschopnosti 1 případu. V průměru za celou republiku dosáhla 41,6 dne, což je o jeden celý kalendářní týden kratší než v sekundárním sektoru. Delší dobu než v sekundárních odvětvích byli v této sféře práce neschopni pojištěnci pouze ze Středočeského kraje. V ostatních krajích tomu bylo naopak, přičemž největší rozdíl byl vykázán v Jihomoravském kraji (9,1 dne). V rámci vlastní terciární sféry činil rozdíl mezi nejkratší dobou (v Hl. městě Praha) a nejdelší dobou (ve Zlínském kraji) 15,9 dne.

Rozdíly mezi nejkratší a nejdelší dobou trvání 1 případu pracovní neschopnosti mezi kraji byly následující:

velkoobchod, maloobchod, opravy motor. vozidel	Hl.město Praha	41,3	Zlínský	55,4
doprava a skladování	Hl.město Praha	40,6	Zlínský	61,1
ubytování, stravování, pohostinství	Hl.město Praha	42,8	Moravskoslezský	66,8
informační a komunikační služby	Jihočeský	24,4	Ústecký	42,1
peněžnictví a pojišťovnictví	Hl.město Praha	27,1	Královéhradecký	52,8
činnosti v oblasti nemovitostí	Plzeňský	38,0	Moravskoslezský	66,3
profes., vědec. a techn. služby	Hl.město Praha	31,5	Moravskoslezský	55,7
administrativní a podpůrné činnosti	Plzeňský	38,3	Zlínský	67,4
veřej. správa, obrana,. soc. zab.	Vysočina	28,6	Zlínský	42,3
vzdělávání	Hl.město Praha	27,9	Moravskoslezský	37,6
zdravotnictví a soc. péče	Hl.město Praha	40,8	Zlínský	55,9
kultur., zábav. a rekreač. činnosti	Plzeňský	33,8	Zlínský	48,7
ostatní (bez exteritoriál. a nezj.)	Hl.město Praha	38,6	Zlínský	58,3

V analýze Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2009, zpracované v roce 2010 Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS), se uvádí, že nejčastějšími příčinami pracovní neschopnosti byly dlouhodobé nemoci dýchací soustavy (běžná nachlazení a infekce horních cest dýchacích), které v roce 2009 představovaly 35,2 % všech případů, pak nemoci svalové a kosterní soustavy s 21,5 % případů (hlavně bolesti v zádech) a za nimi následovala poranění, otravy a jiné následky vnějších příčin s 11,6 % případů.

Tab. 6: Vývoj průměrného denního stavu práce neschopných

zdroj: ČSÚ

Rok	ČR	v tom kraje													
		PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK
2000	291 613	41 977	24 156	17 297	15 421	7 354	20 117	12 709	15 623	14 431	13 265	34 688	16 481	19 213	38 881
2005	272 181	42 610	24 945	16 589	15 148	6 565	17 732	11 057	14 198	13 154	12 449	32 229	14 931	16 787	33 787
2006	261 447	42 377	24 125	15 585	14 138	6 070	16 758	10 838	13 201	12 523	11 791	31 577	14 162	15 860	32 442
2007	258 286	43 264	24 175	15 192	13 918	5 923	16 384	10 601	12 864	12 113	11 570	30 836	14 005	15 284	32 157
2008	237 040	39 657	23 056	13 902	12 813	5 414	15 373	9 650	11 405	11 169	10 560	28 237	12 585	14 310	28 909
2009	177 961	32 192	17 443	10 755	9 530	3 815	11 088	6 686	8 408	8 187	7 528	20 770	9 149	11 371	21 039
2010	162 215	30 309	15 969	10 146	8 610	3 389	9 888	5 939	7 650	7 264	6 874	18 789	8 091	10 106	19 192

Změny v oblasti nemocenského pojištění, zejména v roce 2009, se odrazily rovněž v poklesu **průměrného denního stavu práce neschopných**. Jestliže v roce 2000 nebylo denně v práci přítomno přes 290 tis. nemocných osob, o desetiletí později to bylo již bezmála

o 130 tis. méně, to je o 44 %. K výraznému poklesu počtu nepřítomných došlo v krajích Karlovarském o 54 %, v Libereckém o 53 % a v Královéhradeckém o 51 %.

Pracovní neschopnost podle pohlaví

Z hlediska pohlaví převládají v počtu pojištěnců muži. U nich je také vykazována delší doba absence v práci pro ostatní úrazy, více nově hlášených případů PN pro úrazy na 100 pojištěnců i vyšší procento pracovní neschopnosti pro pracovní i ostatní úrazy než u žen. U žen bylo naopak zjištěno více nově hlášených případů PN na 100 pojištěnců pro nemoc i vyšší procento PN v případě nemoci a větší délka trvání PN pro nemoc a pracovní úraz. V letech 2008 a 2009 se meziročně výrazně snížil u obou pohlaví počet nově hlášených případů PN na 100 nemocensky pojištěných, prodloužila průměrná doba trvání 1 případu pracovní neschopnosti pro nemoc i pro oba typy úrazů a snížilo procento PN a to jak pro nemoc, tak i pro pracovní a ostatní úrazy. Na průměrném denním stavu práce neschopných se ženy dlouhodobě podílejí 53 %.

V počtu případů PN na 100 nemocensky pojištěných osob u žen (viz tab. 8) se ve sledovaném období nacházely dlouhodobě nad průměrem ČR všechny moravské kraje, na opačném straně spektra zůstávají střední, jihozápadní Čechy a Liberecko. Zajímavý byl v posledních letech vývoj v Praze, v roce 2008 zde měly ženy nejnižší hodnoty mezi kraji o dva roky později se jíž dostaly nad úroveň ČR. Maximální hodnoty si naopak ve všech letech udrželo Plzeňsko. U mužů nacházíme trochu odlišný obraz regionálních disparit. V Praze viditelně přetrvává relativně nejnižší počet případů, maxima dosahují v kraji Moravskoslezském. Právě v tomto regionu počet případů mužů nejvýraznější poklesl (především mezi roky 2008 a 2009) a značně tak snížil mezikrajské rozdíly (variační rozpětí krajů v roce 2010 činilo necelých 8 případů PN na 100 nemocensky pojištěných, čímž se dostalo na úroveň žen). Moravskoslezsko reprezentuje také jediný region, kde počet případů PN na pojištěnce u mužů převyšuje ženy.

Tab. 7: Vybrané ukazatele pracovní neschopnosti podle pohlaví

zdroj: ČSÚ

ukazatel	rok	pohlaví	ČR	v tom kraje														
				PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK
Počet případů PN na 100 nemocensky pojištěných	2008	muži	45,1	35,2	45,7	47,6	50,3	48,5	45,3	51,0	45,3	45,2	48,5	44,8	47,6	48,6	52,6
		ženy	52,6	49,2	54,3	54,4	59,3	58,1	52,9	57,5	53,0	54,8	55,4	51,4	49,9	52,4	51,6
	2009	muži	31,1	27,3	33,5	32,5	35,0	32,0	29,8	34,1	31,2	30,3	31,5	30,6	30,3	32,1	33,7
		ženy	37,0	37,9	39,7	37,6	40,1	38,1	36,0	39,7	36,4	37,3	36,5	36,3	33,3	35,0	34,0
	2010	muži	28,8	24,7	30,4	30,4	31,8	30,1	28,0	30,8	29,2	28,2	30,5	27,9	27,8	30,2	32,6
		ženy	32,8	33,4	34,2	34,5	36,1	34,5	32,2	35,0	32,0	33,2	33,1	31,6	28,7	31,6	31,2
Průměrné trvání 1 případu PN (ve dnech)	2008	muži	37,1	32,8	35,2	38,5	34,0	33,9	37,1	37,5	37,4	37,0	36,6	39,7	40,4	41,6	40,0
		ženy	40,9	35,5	41,2	42,2	39,9	37,9	41,7	42,5	41,8	41,1	40,9	42,2	44,5	46,8	45,4
	2009	muži	43,6	35,4	40,3	45,6	39,8	40,6	43,9	43,7	42,6	44,3	45,1	46,4	50,8	55,5	49,6
		ženy	46,4	38,2	45,2	50,1	46,1	45,0	47,5	49,0	47,5	48,5	48,3	47,9	52,2	58,6	53,7
	2010	muži	43,6	36,7	41,9	46,7	40,9	39,4	43,5	43,1	42,3	43,6	43,7	46,8	49,1	54,0	46,9
		ženy	45,7	38,9	46,2	48,4	44,5	42,2	46,3	47,1	47,0	46,4	46,8	47,5	52,4	55,8	51,3
Průměrný denní stav práce neschopných (v tis.)	2008	muži	110,83	15,69	10,93	6,63	5,89	2,42	7,21	4,52	5,41	5,08	5,20	13,32	6,41	7,12	15,01
		ženy	126,21	23,96	12,13	7,27	6,93	3,00	8,16	5,13	6,00	6,09	5,36	14,91	6,18	7,19	13,90
	2009	muži	82,95	12,55	8,29	5,12	4,47	1,72	5,20	3,13	3,99	3,71	3,75	9,72	4,62	5,75	10,94
		ženy	95,02	19,64	9,15	5,63	5,06	2,09	5,89	3,56	4,42	4,47	3,78	11,06	4,53	5,62	10,10
	2010	muži	76,74	12,03	7,75	4,94	4,13	1,54	4,73	2,83	3,68	3,38	3,50	8,89	4,11	5,18	10,05
		ženy	85,48	18,28	8,22	5,20	4,48	1,85	5,16	3,11	3,97	3,89	3,37	9,90	3,98	4,93	9,14
Průměrné procento pracovní neschopnosti celkem (v %)	2008	muži	4,57	3,15	4,39	5,01	4,68	4,49	4,60	5,22	4,62	4,56	4,85	4,86	5,24	5,52	5,75
		ženy	5,87	4,77	6,11	6,27	6,47	6,01	6,02	6,68	6,06	6,15	6,20	5,93	6,06	6,70	6,40
	2009	muži	3,71	2,64	3,70	4,06	3,82	3,56	3,59	4,09	3,64	3,68	3,89	3,90	4,21	4,88	4,58
		ženy	4,71	3,97	4,91	5,17	5,06	4,70	4,69	5,33	4,73	4,95	4,83	4,76	4,75	5,62	5,00
	2010	muži	3,43	2,49	3,50	3,89	3,56	3,24	3,34	3,64	3,38	3,36	3,66	3,58	3,75	4,46	4,19
		ženy	4,12	3,56	4,32	4,57	4,39	3,99	4,08	4,52	4,12	4,22	4,24	4,11	4,11	4,83	4,39

Průměrná doba trvání 1 případu pracovní neschopnosti u žen byla delší než u mužů v roce 2008 o 3,8 dne a v roce 2010 o 2,2 dne. Delší dobu pracovní neschopnosti vykázaly ženy ve sledovaných letech ve všech krajích. Regionální rozdíly i jejich vývoj zde na rozdíl od počtu případů PN na pojištěnce vykazují jen malé rozdíly mezi pohlavími. Průměrná délka trvání PN je dlouhodobě nejnižší v Praze, podprůměrná ve středních Čechách, Plzeňsku a Karlovarsku, nejdéle stonali pracovníci v moravských krajích (s viditelným maximem na Zlínsku), v západní části republiky lze nalézt mírně zvýšené hodnoty jen v kraji Jihočeském. Celkové rozdíly mezi kraji jsou u obou pohlaví srovnatelné (variační rozpětí krajů v roce 2010 činilo necelých 17 dní na 1 případ PN).

Rozdíl v **procentu pracovní neschopnosti** v roce 2010 proti roku 2008 mezi muži a ženami se snížil o 0,6 bodu. Přitom ženy v obou letech vykázaly u tohoto ukazatele vyšší hodnotu než muži ve všech krajích. Rozdíly mezi pohlaví byly nejmarkantnější (díky velmi nízké hodnotě u mužů) v Praze, prakticky shodné procento PN zaznamenaly obě pohlaví v kraji Moravskoslezském. V roce 2008 bylo v ženách pod průměrem ČR jen Hl. město Praha a v roce 2010 ještě mírně kraje Karlovarský a Ústecký, v mužích v roce 2008 kromě Prahy to byly Středočeský, Karlovarský a Pardubický a v roce 2009 Hl. město Praha a regiony SZ a V Čech. Celkové mezikrajské rozdíly (měřené variační rozpětím) byly ve sledovaném období u žen o třetinu nižší než u mužů.

Ve výše citované analýze „Ukončené případy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 2009“ se dále uvádí, že ke skupinám onemocnění s častější pracovní neschopností žen patří nemoci močové a pohlavní soustavy, poruchy duševní a chování, nemoci krve a krvetvorných orgánů a faktory ovlivňující zdravotní stav, např. při vysoce rizikových těhotenstvích. Více mužů než žen bylo práce neschopno především v důsledku poranění, otrav a jiných následků vnějších příčin.

Úrazovost a její následky

Úrazovost má v porovnání s nemocností menší dopad do pracovního procesu, přesto se jedná o důležitou oblastí zdraví, pracovních i sociálních podmínek zaměstnaných osob. Vývoj úrazovosti po roce 2000 ukazuje na mnoho společných pozitivních tendencí, které můžeme vystopovat i u nemocnosti. Incidence (pracovních) úrazů i průměrné procento úrazovosti byly v ČR v roce 2010 o téměř polovinu, resp. pětinu pod úrovní roku 2000. Průměrné procento pracovní neschopnosti pro nemoc se však v posledním desetiletí zredukovalo s dvakrát větší intenzitou (oproti roku 2000 se snížilo o 44 %), neboť se zde uplatnil větší vliv legislativních opatření směřující k redukce vysoké nemocnosti pracovníků (v letech 2004, 2008 a 2009). Vývoj procenta neschopnosti vlivem úrazů v letech 2000-2006 stagnoval, plynulé pozitivního vývoje jsme svědky až v posledních letech.

Podíl úrazů na nově hlášených případech pracovní neschopnosti od roku dlouhodobě mírně roste (v roce 2000 tvořily úrazy desetinu všech případů, o desetiletí později již osminu). Úrazovost zaujímá v pracovní neschopnosti významnější místo i u žen (v roce 2008 šlo na vrub úrazu připsat každý patnáctý případ, v roce 2010 každý třináctý). Podíl úrazů na všech případech pracovní neschopnosti se mezi roky 2000 a 2010 zvýšil ve všech okresech, u krajů bylo rozpětí od +5,3 p.b. na Královéhradecku po +2,4 p.b. ve středních Čechách a Moravskoslezsku). Mezi kraje s nejvyšším podílem úrazů patřily v roce 2010 Jihočeský a Plzeňský (15 % všech případů, resp. 9 % všech případů neschopnosti u žen).

Mezi úrazy mírně převládají případy ostatních úrazů, podíl pracovních úrazů se dlouhodobě blíží 40 %, což platí též pro ženy a většinu regionů (na Zlínsku a na Moravskoslezsku zahrnuje necelou třetinu všech případů PN pro úraz). Úrazovost žen měřená procentem pracovní neschopnosti byla v r. 2010 v úhrnu oproti mužům o polovinu nižší (u samotných pracovních úrazů o téměř 60 %), v Praze dosahovaly ženy 62 % úrovně mužů, v ostatních krajích se intenzita pohybovala od 55 % na Plzeňsku po 45 % na Vysočině

a Olomoucku. Ženy se v Praze v úrazovosti přibližují mužům hlavně díky celkovému **procentu pracovní úrazovosti** (v metropoli je v porovnání s ostatními regiony o třetinu nižší), což souvisí s převahou pracovních míst v odvětvích s nižším rizikem úrazu, svojí roli může hrát i důslednější zavádění bezpečnostních opatření na pracovištích. Nejvyšší procento PN vlivem úrazu nacházíme na Zlínsku, Moravskoslezsku, Vysočině a v JZ Čechách (o pětinu až čtvrtina nad úrovní ČR).

Tab. 8: Vývoj vybraných ukazatelů pracovní neschopnosti pro úrazy

zdroj: ČSÚ

ukazatel	Rok	ČR	v tom kraje													
			PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK
		pracovní úrazy														
Počet případů na 100 nem. pojišt.	2000	2,06	1,19	2,18	2,77	2,86	2,20	2,09	2,47	2,57	2,36	2,84	1,85	2,13	2,00	1,93
	2005	1,85	1,13	1,91	2,52	2,72	1,99	1,96	2,10	2,35	2,16	2,60	1,67	1,89	1,74	1,71
	2010	1,20	0,81	1,29	1,64	1,82	1,37	1,33	1,29	1,44	1,32	1,70	1,10	1,12	1,21	1,08
z toho ženy	2010	0,72	0,56	0,80	0,98	1,06	0,75	0,81	0,70	0,78	0,82	0,91	0,67	0,61	0,69	0,66
Průměrné trvání 1 případu ve dnech	2000	40,7	41,7	37,9	36,1	36,6	33,9	41,5	38,0	38,7	39,0	36,3	41,9	40,4	42,4	54,1
	2005	45,1	45,2	41,7	43,4	41,1	40,8	44,2	41,8	43,8	44,3	41,0	46,8	46,1	48,2	56,6
	2010	52,1	50,5	50,8	51,0	50,4	46,4	51,8	47,1	49,2	51,8	49,1	53,7	54,4	52,8	62,8
z toho ženy	2010	51,2	49,1	50,7	49,0	51,6	52,9	49,7	47,8	48,4	51,1	50,3	52,8	53,8	53,5	57,8
Procento pracovní neschopnosti	2000	0,23	0,14	0,23	0,27	0,29	0,20	0,24	0,26	0,27	0,25	0,28	0,21	0,24	0,23	0,29
	2005	0,23	0,14	0,22	0,30	0,31	0,22	0,24	0,24	0,28	0,26	0,29	0,21	0,24	0,23	0,26
	2010	0,17	0,11	0,18	0,23	0,25	0,17	0,19	0,17	0,20	0,19	0,23	0,16	0,17	0,18	0,19
z toho ženy	2010	0,10	0,08	0,11	0,13	0,15	0,11	0,11	0,09	0,10	0,12	0,13	0,10	0,09	0,10	0,11
		ostatní úrazy														
Počet případů na 100 nem. pojišt.	2000	3,69	1,88	3,35	3,88	4,04	4,03	3,09	6,21	3,42	3,75	4,23	3,27	4,15	5,33	5,44
	2005	3,07	1,68	2,98	3,34	3,65	3,42	2,74	2,99	3,17	3,26	3,75	2,68	3,73	4,31	4,66
	2010	1,98	1,33	1,93	2,46	2,28	2,02	1,82	2,09	2,24	2,20	2,47	1,86	2,10	2,57	2,47
z toho ženy	2010	1,34	1,08	1,28	1,64	1,59	1,30	1,25	1,44	1,47	1,53	1,45	1,26	1,30	1,63	1,57
Průměrné trvání 1 případu ve dnech	2000	37,4	38,1	37,3	36,8	37,1	34,1	37,8	22,2	36,2	37,8	35,6	40,1	39,6	41,0	40,5
	2005	44,8	43,0	41,8	45,3	42,5	39,3	42,7	47,2	46,2	46,2	42,4	45,7	46,8	47,7	47,3
	2010	56,9	53,1	56,0	60,2	54,1	51,3	52,0	55,6	56,7	55,9	55,7	59,0	57,3	64,4	60,1
z toho ženy	2010	59,5	53,9	60,3	62,1	59,1	52,7	56,3	56,8	60,7	58,1	60,3	60,5	59,6	67,3	65,1
Procento pracovní neschopnosti	2000	0,38	0,20	0,34	0,39	0,41	0,38	0,32	0,38	0,34	0,39	0,41	0,36	0,45	0,60	0,60
	2005	0,38	0,20	0,34	0,41	0,42	0,37	0,32	0,39	0,40	0,41	0,44	0,34	0,48	0,56	0,60
	2010	0,31	0,19	0,30	0,41	0,34	0,28	0,26	0,32	0,35	0,34	0,38	0,30	0,33	0,45	0,41
z toho ženy	2010	0,22	0,16	0,21	0,28	0,26	0,19	0,19	0,22	0,25	0,24	0,24	0,21	0,21	0,30	0,28

Podobně jako u nemocnosti, i v případě úrazů sledujeme trend snižování celkové intenzity při současném nárůstu průměrné **délky trvání** jednoho případu neschopnosti. Ten se u úrazů zvýšil od roku 2000 o 15 % na téměř 55 dní (nejméně v Praze, nejvíce v krajích Libereckém a Jihočeském). Délka trvání pracovní neschopnosti u úrazů se mezi pohlavími liší jen minimálně, a to v regionálním pohledu.

Tab. 9: Vývoj smrtelných pracovních úrazů

zdroj: ČSÚ

ukazatel		období	ČR	v tom kraje													
				PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK
Smrtelné pracovní úrazy	celkem (abs.)	2000-2004[1)]	**1039**	121	113	55	54	24	72	35	62	40	54	113	54	55	147
		2006-2010[1)]	**740**	99	64	41	33	18	75	19	27	49	30	74	34	35	108
	% úrazů žen	2000-2010[1)]	**4,7**	9,1	2,8	8,3	4,6	4,8	2,7	3,7	4,5	5,6	3,6	5,9	2,3	3,3	3,5
	na 100 tis. nemocensky pojištěných	2000-2004[2)]	**4,7**	2,8	5,2	4,3	4,7	4,2	4,9	4,2	5,5	3,9	5,3	4,6	4,8	4,6	6,2
		2006-2010[2)]	**3,2**	2,0	2,9	3,3	2,8	3,5	5,1	2,3	2,5	4,7	3,1	2,8	3,0	3,0	4,5

[1)] úhrn za období [2)] roční průměr

Nejvážnějším celospolečenským důsledkem pracovních úrazů jsou vedle dlouhodobé pracovní absence případy, které končí smrtí. Počet takových případů dlouhodobě plynule klesá, v ČR průměrným ročním tempem 5-6 %. Jestliže v roce 1990 bylo v ČR evidováno téměř 380 **smrtelných pracovních úrazů**, o desetiletí později 223 a v roce 2010 „pouze“ 121. Nejnižší počet případů (105) zaznamenal rok 2009. Smrtí končí každý 420.-450. případ pracovního úrazu, tento podíl je od roku 1990 ustálený. Snížení incidence smrtelné

úrazovosti je odrazem zavádění přísnějších mezinárodních norem bezpečnosti práce, jejich kontroly, ale také významné změny odvětvové struktury zaměstnanosti (přesunu pracovníků od těžkého průmyslu k lehkému a také do služeb). Přestože počet případů smrtelných pracovních úrazů není v krajích velké, meziregionální rozdíly vykazují některé dlouhodobé tendence. V Praze vzniklo v obou pětiletých obdobích po roce 2000 o 40 % méně smrtelných úrazů v relaci na 1 pojištěnce než v ČR, podobně konstantně o třetinu je smrtelná úrazovost zvýšena v kraji Moravskoslezském, nad celostátní úrovní se pohybuje také na Ústecku (kde společně s Pardubickem došlo jako v jediných regionech k nárůstu počtu pracovních úrazů proti období 2000-2004).

Souhrnný pohled na vývoj meziregionálních rozdílů

Srovnávací ukazatele postihující různé aspekty pracovní neschopnosti dokládají, že v této oblasti došlo v posledních letech k významných změnám. Otázkou je, zdali tyto změny vedly k prohloubení regionálních rozdílů a zda nepříznivý stav přetrvává ve stále stejných regionech či nikoliv.

Tab. 10: Podobnost meziokresních rozdílů základních ukazatelů pracovní neschopnosti ve vybraných letech období 1990-2010

zdroj: ČSÚ

	Pearsonův korelační koeficinet (mezi okresy)				
	2000 vs. 1990	2005 vs. 2000	2010 vs. 2005	2010 vs. 2000	2010 vs. 1990
Průměrné procento pracovní neschopnosti pro nemoc	0,52	**0,86**	**0,75**	0,62	0,37
Průměrné procento pracovní neschopnosti pro pracovní úraz	0,59	**0,84**	**0,83**	0,67	0,39
Průměrné procento pracovní neschopnosti pro ostatní úraz	0,65	**0,91**	**0,75**	0,67	0,38
Průměrná délka trvání pracovní neschopnosti pro nemoc	0,68	**0,85**	**0,78**	0,67	0,36
Průměrná délka trvání pracovní neschopnosti pro pracovní úraz	0,53	**0,79**	**0,72**	**0,70**	0,41
Průměrná délka trvání pracovní neschopnosti pro ostatní úraz	0,32	0,47	0,61	0,45	0,25

Pozn.: Hodnoty korelačního koeficientu vyšší (nižší) než 0,7 (-0,7) jsou zvýrazněny

Současný stav územních rozdílů na úrovni okresů dokumentují přílohové kartogramy. Porovnáme-li základní ukazatele pracovní neschopnosti v okresním členění mezi různými roky, zjistíme, že soubor nejvíce postižených území se v čase dosti proměňuje. Největší podobnost územních rozdílů vidíme u většiny ukazatelů v prvních letech po roce 2000, kdy byla pracovní neschopnost fixována na vysoké úrovni. Druhé pětiletí po roce 2000 je charakterizováno většími legislativními zásahy do oblasti trhu práce a sociální politiky, na něž pracovní neschopnost především vlivem nemocí nereaguje ve všech regionech stejně. Přesto však doznal regionální obraz pracovních neschopnosti mezi roky 2000 a 2010 menších změn než v desetiletí předchozím. Do 90. let spadá většina významných strukturálních změn zaměstnanosti, které se v hodnocených ukazatelích nejvíce promítají (především přesun zaměstnanosti z primárního sektoru a z těžkého průmyslu k průmyslu lehkému a do nově rozvíjených oborů služeb). Tento přesun probíhal v regionech s odlišnou intenzitou, velkou roli v tom hrála „zděděná“ struktura zaměstnanosti na počátku 90. let.

Výše uvedené vlivy se odrazily v regionálně diferencovaném vývoji všech základních ukazatelů pracovní neschopnosti, nejvíce se změnil územní obraz u mimopracovních úrazů (viz tab. 10). Mezi desítkou okresů s nejvyšším procentem pracovní neschopnosti pro nemoc přetrvalo mezi roky 2000 a 2010 pět okresů (Prachatice, Jablonec n. Nisou, Hodonín, Uherské Hradiště a Šumperk), mezi roky 1990 a 2000 tři okresy (Jablonec n. Nisou, Ostrava, Karviná). U neschopnosti vlivem pracovních úrazů to byly v 90. letech 4 okresy (Strakonice, Rokycany, Plzeň-sever, Karviná), o desetiletí později 6 okresů (Strakonice, Rokycany, Plzeň-sever a dále Domažlice, Klatovy a Havlíčkův Brod).

Druhou otázkou je, zdali se regionální rozdíly pracovní neschopnosti po roce 2000 zvýšily či nikoliv. Pro hodnocení souhrnných regionálních disparit používáme dva

jednoduché ukazatele – variační koeficient a směrodatnou odchylku. První z nich vypovídá o relativních rozdílech ve vývoji příslušného ukazatele a je vhodný k porovnání variability mezi různými ukazateli, směrodatná odchylka pak měří absolutní rozdíly ve vývoji ukazatele. Výsledky pro základní ukazatele shrnuje následující tabulka.

Tab. 11: Vývoj regionálních rozdílů základních ukazatelů pracovní neschopnosti

zdroj: ČSÚ

Ukazatel		Hodnota v ČR			2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
		2000	2010		Rozdíly mezi okresy*)										
Průměrné procento pracov. neschopnosti celkem		6,46	3,76	a*	12,6	12,1	11,7	11,7	11,4	11,2	11,8	11,6	12,7	13,8	13,2
				b*	0,84	0,85	0,82	0,83	0,70	0,73	0,73	0,70	0,71	0,62	0,53
Průměrná délka trvání prac. neschopnosti celkem (dny)		28,0	44,7	a*	9,9	9,3	9,4	8,9	9,1	9,0	9,1	8,8	8,9	12,4	11,0
				b*	2,76	2,67	2,91	2,74	3,18	2,99	3,27	3,10	3,57	5,88	5,17
		Hodnota v ČR			Rozdíly mezi kraji*)										
Průměrné procento pracov. neschopnosti celkem (dny)		6,46	3,76	a*	10,6	9,7	9,6	9,8	9,2	9,5	9,6	9,5	9,1	9,4	9,0
				b*	0,70	0,67	0,67	0,69	0,55	0,61	0,58	0,55	0,49	0,41	0,35
v tom příčina	pro nemoc	5,85	3,28	a*	9,9	9,1	9,0	9,1	8,4	8,7	8,8	8,6	8,3	8,8	8,3
				b*	0,59	0,57	0,57	0,58	0,46	0,50	0,47	0,45	0,40	0,33	0,28
	pro úraz celkem	0,61	0,48	a*	19,7	19,3	18,7	19,3	19,1	19,1	18,9	19,7	18,6	17,4	16,7
				b*	0,13	0,13	0,13	0,13	0,12	0,12	0,13	0,12	0,11	0,09	0,09
z toho pohlaví	ženy	7,28[2)]	4,12	a*	.	.	7,6	7,5	7,3	7,7	7,1	7,3	7,3	7,4	6,8
				b*	.	.	0,57	0,57	0,49	0,53	0,46	0,47	0,45	0,36	0,29
z toho postavení	OSVČ	4,24[2)]	5,29	a*	.	.	15,5	15,5	13,7	17,1	15,8	17,2	15,4	18,3	22,6
				b*	.	.	0,66	0,68	0,59	0,78	0,72	0,75	0,68	0,52	1,17
z toho převažující odvětví podniku[1)]	zemědělství, lesnictví a rybářství	7,82[3)]	4,853	a*	.	.	.	.	15,6	11,4	18,9	19,2	13,7	16,9	13,9
				b*	.	.	.	.	1,22	0,92	1,42	1,41	0,86	0,87	0,67
	průmysl celkem	7,20[3)]	4,335	a*	.	.	.	.	9,6	9,6	9,7	9,9	10,6	10,1	8,8
				b*	.	.	.	.	0,69	0,74	0,71	0,71	0,69	0,53	0,38
	stavebnictví	7,66[3)]	4,843	a*	.	.	.	.	12,0	11,6	15,0	14,3	13,8	15,2	15,9
				b*	.	.	.	.	0,94	0,97	1,20	1,01	0,80	0,73	0,79
	doprava, skladování (a spoje)	6,20[3)]	3,853	a*	.	.	.	.	7,2	8,9	10,7	9,8	8,6	8,7	9,3
				b*	.	.	.	.	0,45	0,61	0,67	0,58	0,42	0,37	0,36
	ubytování a stravování	6,29[3)]	4,311	a*	.	.	.	.	8,3	9,9	11,0	8,0	10,1	11,9	13,7
				b*	.	.	.	.	0,55	0,70	0,72	0,54	0,56	0,58	0,63
	veř. správa, obrana, soc.zab.	4,43[3)]	2,731	a*	.	.	.	.	8,9	7,5	7,6	8,6	8,9	9,4	10,1
				b*	.	.	.	.	0,39	0,34	0,32	0,35	0,32	0,28	0,28
	vzdělávání	3,87[3)]	2,478	a*	.	.	.	.	9,3	9,8	9,6	9,8	8,9	7,9	8,7
				b*	.	.	.	.	0,36	0,40	0,35	0,36	0,30	0,21	0,22
	zdravotní a soc.péče	5,56[3)]	3,385	a*	.	.	.	.	5,8	6,0	6,6	6,5	6,5	6,5	6,0
				b*	.	.	.	.	0,32	0,35	0,37	0,35	0,31	0,24	0,21
Průměrná délka trvání prac. neschopnosti celkem (dny)		28,0	44,7	a*	8,1	7,7	7,4	7,1	7,1	7,3	7,0	6,5	6,4	9,8	8,7
				b*	2,24	2,19	2,28	2,15	2,47	2,41	2,48	2,27	2,51	4,57	3,98
z toho pro úrazy celkem		38,6	55,1	a*	10,4	5,6	5,1	5,0	4,2	5,7	5,8	5,1	4,6	6,3	5,9
				b*	3,91	2,15	2,07	2,10	1,85	2,56	2,63	2,34	2,25	3,59	3,20

* ukazatel pro hodnocení regionálních rozdílů: a-prostý variační koeficient (%), b-prostá směrodatná odchylka

[1)] do roku 2008 vč. v klasifikaci OKEČ, od roku 2009 v nové odvětvové klasifikaci (CZ-NACE), rozdílné zařazení u některých podniků do odvětví mezi roky 2008 a 2009 nemá v analyzovaných odvětvích podstatný vliv na vývoj časové řady regionálních rozdílů

[2)] údaj za rok 2002 [3)] údaj roku 2004

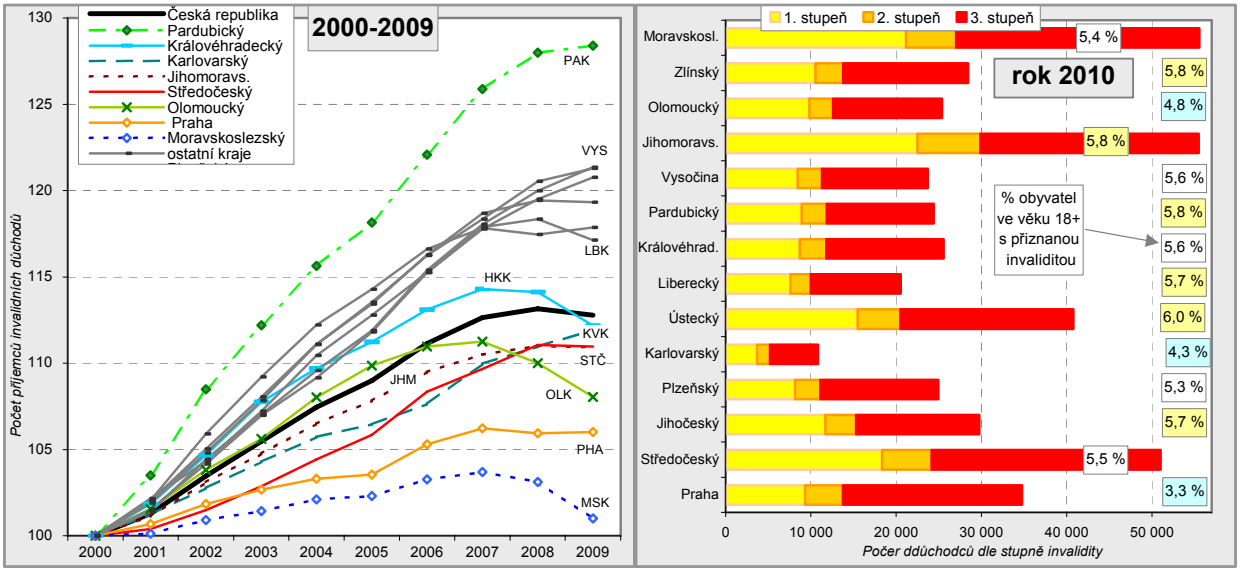
Největší mezikrajské rozdíly přetrvávají u procenta pracovní neschopnosti (PN) vlivem úrazů, dále u drobných podnikatelů a v odvětvovém členění v primární sektoru, stavebnictví a v aktivitách souvisejících s cestovních ruchem. Relativně nízké disparity nacházíme u PN žen, dále v odvětvích zdravotnictví; vzdělávání a sociální péče a u průměrné doby trvání PN pro úraz. Meziokresní rozdíly u průměrného procenta PN se za poslední decenium v absolutním vyjádření snížily, relativně však mírně vzrostly, u průměrné délky PN vzrostly mírně v absolutním i relativním vyjádření (což vidíme v mezikrajském pohledu také u procenta PN drobných podnikatelů; odvětví ubytování a stravování a u průměrné délky trvání všech případů PN).

Invalidní důchodci a jejich důchody

V počtu všech příjemců důchodu tvoří **invalidní důchodci** v ČR jednu pětinu. Ke konci roku 2009 se ve srovnání se stejným obdobím roku 2000 zvýšil jejich počet ze 472 tisíc na 533 tisíc, to je o 12,8 %. Příjemců částečných invalidních důchodů každým rokem přibývalo a to ve všech krajích. Naopak u příjemců plných důchodů měl vývoj vzestupný charakter jen do roku 2006 a v posledních třech letech se jejich počet každoročně snižoval. Proti roku 2006 poklesl počet příjemců plných důchodů ve všech krajích, s výjimkou Plzeňského a Karlovarského.

Graf 4a: Vývoj příjemců invalidních důchodů v krajích v období 2001-2009

Graf 4b: Důchodci v krajích podle stupně invalidity k 31.12.2010



Zdroj: Česká správa sociálního zabezpečení

Nárůst celkového počtu invalidních důchodců (součet plných i částečných) měl po roce 2000 ve většině krajů plynulý charakter, v letech 2008-9 však již došlo ke stagnaci a v některých regionech i k poklesu (Moravskoslezsko, Olomoucko, Královéhradecko). Zatímco na Pardubicku se za poslední decenium počet invalidních důchodců navýšil o čtvrtinu, v kraji Moravskoslezském došlo jen k minimálním pohybům. Od roku 2010 se v návaznosti na legislativní změny invalidní důchodci nově člení podle stupně pracovní znevýhodněnosti do tří stupňů (viz graf 4b). Největší část tvoří ve všech krajích osoby zařazené do třetí stupně invalidity, u nichž je pracovní výkonnost dlouhodobě nejvíce snížena.

Mezi kraji nenacházíme větší rozdíly v zastoupení invalidních důchodců (všech stupňů postižení) na dospělé populaci. Výjimkou je Praha, kde do takto znevýhodněné populace patří „jen“ mírně přes 3 % dospělého obyvatelstva, na Ústecku je tento podíl téměř dvojnásobný.

Průměrná výše 1 důchodu celkem vzrostla v republice od roku 2000 do roku 2009 ze 6 169 Kč na 9 803 Kč, to je o 58,9 %. Naproti tomu **invalidní důchody** se zvýšily o něco méně - plný o 58,3 % a částečný o 55,6 %. Údaje o výši invalidních důchodů z roku 2010 nejsou z předchozími roky metodicky zcela srovnatelné, jak však ukazují údaje (porovnání plných invalidních důchodů a invalidních důchodů 3. stupně postižení), průměrná výše důchodu u nejvíce postižené populace se v roce 2010 meziročně prakticky nezměnila.

Tab. 12: Vývoj průměrné měsíční výše plného invalidního důchodu

Zdroj: Česká správa sociálního zabezpečení Kč

Rok	ČR	v tom kraje													
		PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK
2000	6 118	6 046	6 122	6 027	6 040	6 023	6 117	6 056	6 088	6 024	6 084	6 046	5 965	6 018	6 465
2005	7 537	7 474	7 570	7 486	7 493	7 396	7 497	7 503	7 529	7 462	7 543	7 461	7 375	7 486	7 833
2006	7 962	7 890	8 009	7 920	7 926	7 817	7 912	7 931	7 948	7 896	7 981	7 879	7 788	7 904	8 262
2007	8 496	8 422	8 551	8 457	8 456	8 348	8 436	8 486	8 493	8 428	8 522	8 405	8 298	8 429	8 805
2008	9 337	9 262	9 403	9 306	9 309	9 182	9 273	9 319	9 328	9 266	9 370	9 239	9 123	9 274	9 642
2009	9 681	9 600	9 748	9 664	9 665	9 530	9 614	9 662	9 669	9 619	9 726	9 583	9 439	9 643	9 975
2010* 3.st.	9 656	9 600	9 746	9 687	9 701	9 473	9 588	9 681	9 640	9 622	9 752	9 615	9 428	9 699	9 750

*V roce 2010 se změnilo hodnocení invalidních důchodů, řada není plně srovnatelná s údaji z let 2000-2009

Za rok 2010 jsou uvedeny údaje o důchodcích s 3. stupněm invalidity

(=osoby, u nichž z důvodů dlouhodobě nepříznivého stavu nastal pokles pracovní schopnosti nejméně o 70%)

Určitou výjimku reprezentuje kraj Moravskoslezský, kde došlo mezi roky 2009 a 2010 regionálně k největšímu poklesu (téměř o 1/5) počtu osob s přiznaným invalidním důchodem.

Tab. 13: Vývoj průměrné měsíční výše částečného invalidního důchodu

Zdroj: Česká správa sociálního zabezpečení Kč

Rok	ČR	v tom kraje													
		PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK
2000	3 905	3 813	3 879	3 823	3 851	3 841	3 871	3 829	3 878	3 807	3 894	3 824	3 846	3 880	4 246
2005	4 584	4 482	4 558	4 530	4 540	4 505	4 524	4 491	4 561	4 529	4 599	4 524	4 515	4 601	4 888
2006	4 847	4 769	4 826	4 793	4 800	4 755	4 769	4 748	4 830	4 796	4 868	4 786	4 784	4 867	5 143
2007	5 161	5 074	5 148	5 122	5 111	5 067	5 074	5 069	5 149	5 124	5 186	5 101	5 100	5 190	5 445
2008	5 893	5 803	5 876	5 864	5 844	5 779	5 801	5 814	5 890	5 870	5 939	5 835	5 846	5 923	6 153
2009	6 076	5 988	6 066	6 064	6 021	5 955	5 972	5 996	6 074	6 066	6 139	6 022	6 030	6 114	6 322
2010* 1.st.	6 140	6 027	6 193	6 096	6 043	5 966	5 964	6 045	6 198	6 156	6 211	6 039	6 114	6 217	6 421
2010* 2.st.	6 671	6 593	6 733	6 768	6 724	6 479	6 560	6 616	6 790	6 853	6 828	6 543	6 680	6 778	6 614
2010* 3.st.	9 656	9 600	9 746	9 687	9 701	9 473	9 588	9 681	9 640	9 622	9 752	9 615	9 428	9 699	9 750

*V roce 2010 se změnilo hodnocení invalidních důchodů, řada není plně srovnatelná s údaji z let 2000-2009

Za rok 2010 jsou uvedeny údaje o důchodcích s 1-3. stupněm invalidity

Pojištěnci je přiznána invalidita 1. stupně, pokud z důvodů dlouhodobě nepříznivého stavu nastal pokles jeho prac. schopnosti o 35% až 49%,

Pojištěnci je přiznána invalidita 2. stupně, pokud z důvodů dlouhodobě nepříznivého stavu nastal pokles jeho prac. schopnosti o 50% až 69%,

Pojištěnci je přiznána invalidita 3. stupně, pokud z důvodů dlouhodobě nepříznivého stavu nastal pokles jeho prac. schopnosti o více než 69 %

Z regionálního pohledu měli nejvyšší plné a částečné invalidní důchody příjemci v Moravskoslezském kraji a to v celém sledovaném období, nejnižší plné v Olomouckém a Karlovarském kraji a nejnižší částečné v posledních třech letech na Karlovarsku. Mezi kraje s nejnižšími oběma druhy invalidních důchodů se řadí i Hl. město Praha. Rozdíly ve výši plného invalidního důchodu mezi Olomouckým a Moravskoslezským krajem byly poměrně malé a činily v roce 2000 celkem 500 Kč a v posledním sledovaném roce 536 Kč. Rozdíl mezi nejvyšší vyplácenou částkou částečného invalidního důchodu v Moravskoslezském kraji a nejnižší v roce 2000 (Pardubický kraj) byl 439 Kč a v roce 2009 jen 367 Kč (Karlovarský kraj).

Z důvodu absence údajů o důchodech mužů a žen za roky 2000 - 2001, byla pozornost v **hodnocení dle pohlaví** soustředěna na vývoj od roku 2005. V posledních čtyřech sledovaných letech byly zaznamenány u invalidních mužů a žen stejné vývojové tendence v obou typech invalidních důchodů jako u celkového počtu příjemců invalidního důchodu. Průměrná měsíční výše plného invalidního důchodu se zvýšila v letech 2005 až 2009 u mužů na 10 301 Kč, to je o 27,2 %, v případě žen na 8 925 Kč, to je o 30,5 %. Částečný invalidní důchod mužů za stejné období vzrostl o 31,3 % na 6 384 Kč a u žen o 35,0 %.

Mezi kraji byly zjištěny výrazné rozdíly ve výši důchodů mužů a žen. **Mužská část populace** příjemců invalidních důchodů zaznamenala opět nejvyšší plné i částečné invalidní

důchody v Moravskoslezském kraji v celém sledovaném období 2005 až 2009. Nejnižší invalidní důchody plné měl Olomoucký kraj a částečné invalidní Hl. město Praha. Předposlední místo patří Praze i v případě plných invalidních důchodů. Zcela opačná situace je ve výši vyplácených invalidních důchodů **žen**. Nejvyšší plné a s výjimkou roku 2005 i částečné invalidní důchody byly u nich zjištěny v Praze, zatímco ženy v Moravskoslezském kraji zaujímaly u plných invalidních důchodů poslední místo, u částečných invalidních důchodů v letech 2005 - 2008 předposlední místo a v roce 2009 již poslední.

Držitelé průkazů zdravotně postižených

Z údajů, které jsou k dispozici do roku 2009, vyplývá, že v letech 2000 - 2005 se celkový počet držitelů průkazů zdravotně postižených osob v ČR snížil o 7,2 % na 324 tisíc, když pokles zaznamenala polovina krajů. V následujících čtyřech letech došlo k výraznému navýšení jejich počtu a to o více než 40 % na 459 tisíc. Nárůst v tomto období zaznamenaly všechny kraje, především Zlínský o 81,4 %, Liberecký o 71,1 % a Ústecký o 68,3 %. Pomaleji než za celou ČR rostly počty v šesti krajích, z nich v Olomouckém o 20,6 %, v Karlovarském o 12,8 % a v Královéhradeckém o 8,5 %. Z jednotlivých skupin držitelů průkazů se zvýšil počet zvláště těžce postižených osob (dále jen ZTP) o 43,1 %, zvláště těžce postižených s nutností průvodce (dále jen ZTP NP) o 17,5 % a počet těžce postižených (dále jen TP) o 13,6 %.

Tab. 14: Vývoj počtu držitelů průkazu zdravotně postižených osob celkem a do 18 let

Zdroj: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

Ukazatel	Rok	ČR	v tom kraje													
			PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK
Osoby celkem	2000	349 682	68 917	44 402	21 105	15 968	11 285	21 736	4 020	17 993	12 497	12 692	42 559	19 488	18 973	38 047
	2005	324 444	46 164	35 010	26 089	17 787	7 645	19 687	12 421	22 467	12 523	19 790	34 363	24 553	18 083	27 862
	2006	389 122	43 815	81 226	28 735	19 733	8 220	21 852	13 158	23 309	14 073	21 655	35 191	25 146	20 569	32 440
	2007	399 479	59 340	46 063	30 458	22 970	7 228	29 960	14 039	24 267	13 572	26 979	43 008	26 515	19 964	35 116
	2008	430 954	51 834	52 162	33 174	24 834	8 409	30 300	19 985	25 745	14 739	29 124	46 174	26 226	28 289	39 959
	2009	459 117	57 782	53 450	33 180	24 961	8 622	33 135	21 263	24 375	18 778	29 634	50 568	29 623	32 809	40 937
z toho do 18 let	2000	23 092	1 851	2 443	1 967	889	641	2 057	260	1 024	1 465	557	2 021	1 893	1 077	4 947
	2005	16 658	1 898	1 552	1 279	587	464	1 871	654	930	1 226	740	1 478	1 458	735	1 786
	2006	20 598	1 659	3 226	1 430	761	423	2 110	663	875	1 054	2 286	1 658	1 537	778	2 138
	2007	20 034	2 295	2 105	1 546	922	313	2 591	645	801	1 550	1 902	1 790	1 097	739	1 738
	2008	20 820	1 889	2 206	1 699	1 037	500	1 977	708	868	1 823	1 969	1 877	1 134	1 002	2 131
	2009	20 723	1 412	2 002	1 743	943	558	2 635	780	788	1 700	1 863	2 073	1 172	1 111	1 943

V období 2005 - 2009 se v celkovém počtu držitelů průkazů snížil podíl ZTP osob ve všech krajích, nejvíce na Vysočině (8,1 bodu) a ve Středočeském kraji (7,0 bodu), nejméně v Moravskoslezském (2,1 bodu) a v Libereckém kraji (1,1 bodu). Nižší zastoupení v roce 2009 proti roku 2005 bylo zjištěno u ZTP NP ve většině krajů kromě Jihočeského (+0,2 bodu). Největší na Vysočině (3,5 bodu) a v Olomouckém kraji (3,9 bodu). Na druhé straně ve všech krajích vzrostl podíl TP osob, nejvýrazněji v Královéhradeckém (7,8 bodu), v Pardubickém (7,9 bodu), Vysočině (11,6 bodu) a Středočeském (7,7 bodu).

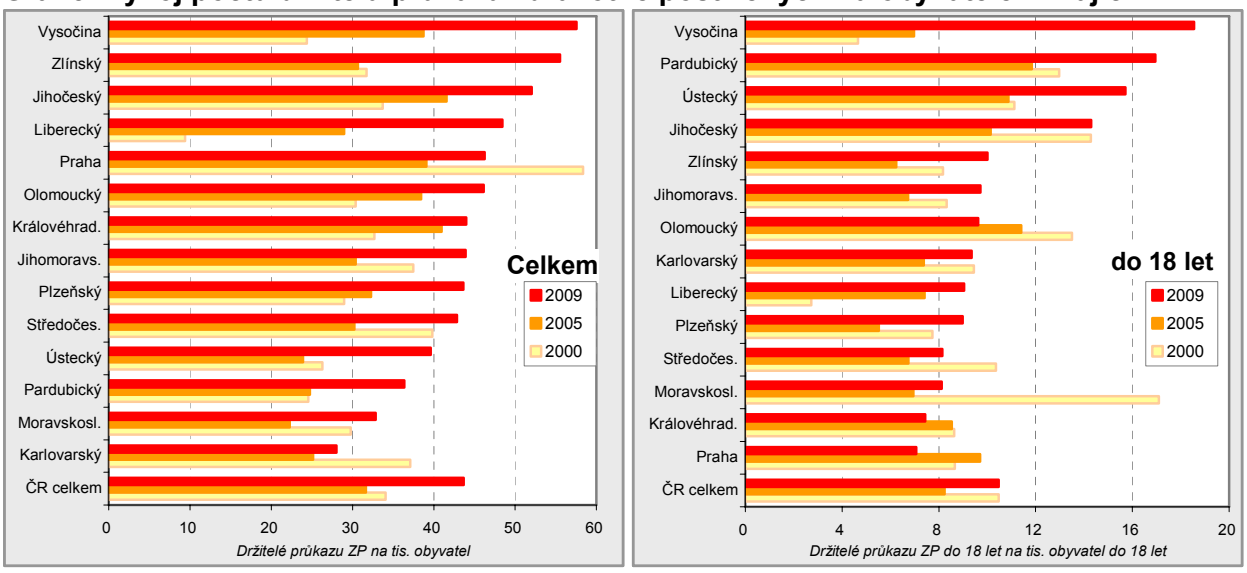
Mezi držiteli průkazů zdravotně postižených osob jsou nejčetněji zastoupeny osoby ZTP. Jejich podíl vzrostl od roku 2000 do roku 2005 z 57,1 % na 66,1 % na úkor obou zbývajících skupin. V následujících čtyřech letech se výrazně zvýšilo zastoupení osob TP o 5,3 procentního bodu, zatímco u ZTP a ZTP NP bylo zaznamenáno snížení podílu.

Tab. 15: Vývoj počtu držitelů průkazu zdravotně postižených osob podle stupně postižení v letech 2000, 2005, 2008 a 2009

Zdroj: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

Ukazatel	Rok	ČR	v tom kraje												
			PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK
Těžce postižení (TP)	2000	**71 353**	23 751	10 708	2 659	2 094	2 414	3 898	706	2 192	1 742	1 211	9 540	2 911	1 738	5 789
	2005	**40 260**	9 702	4 125	2 023	1 988	1 301	2 171	928	2 360	985	1 144	3 978	3 228	2 065	4 262
	2008	**71 130**	13 085	8 393	3 651	3 052	1 702	4 593	1 852	4 258	2 328	4 706	6 036	5 101	4 608	7 765
	2009	**81 070**	13 996	10 423	3 880	3 613	1 742	5 218	2 209	4 449	2 973	5 152	7 885	6 099	5 730	7 701
Zvláště těžce postižení (ZTP)	2000	**199 539**	34 357	24 490	12 780	10 197	5 945	12 675	2 540	11 551	7 546	9 239	23 677	12 083	11 946	20 513
	2005	**214 437**	28 533	23 523	19 469	11 953	4 278	12 897	8 871	15 481	8 600	14 739	23 118	15 101	12 143	15 731
	2008	**271 724**	30 176	32 714	23 509	16 520	4 544	19 045	14 229	16 523	9 173	19 528	30 708	15 533	18 065	21 457
	2009	**285 448**	33 944	32 162	23 407	16 252	4 622	20 575	14 951	15 333	11 918	19 686	32 483	17 173	20 677	22 265
ZTP s nutností průvodce	2000	**78 790**	10 809	9 204	5 666	3 677	2 926	5 163	774	4 250	3 209	2 242	9 342	4 494	5 289	11 745
	2005	**69 747**	7 929	7 362	4 597	3 846	2 066	4 619	2 622	4 626	2 938	3 907	7 267	6 224	3 875	7 869
	2008	**88 100**	8 573	11 055	6 014	5 262	2 163	6 662	3 904	4 964	3 238	4 890	9 430	5 592	5 616	10 737
	2009	**92 599**	9 842	10 865	5 893	5 096	2 258	7 342	4 103	4 593	3 887	4 796	10 200	6 351	6 402	10 971

Graf 5: Vývoj počtu držitelů průkazů zdravotně postižených na obyvatele v krajích

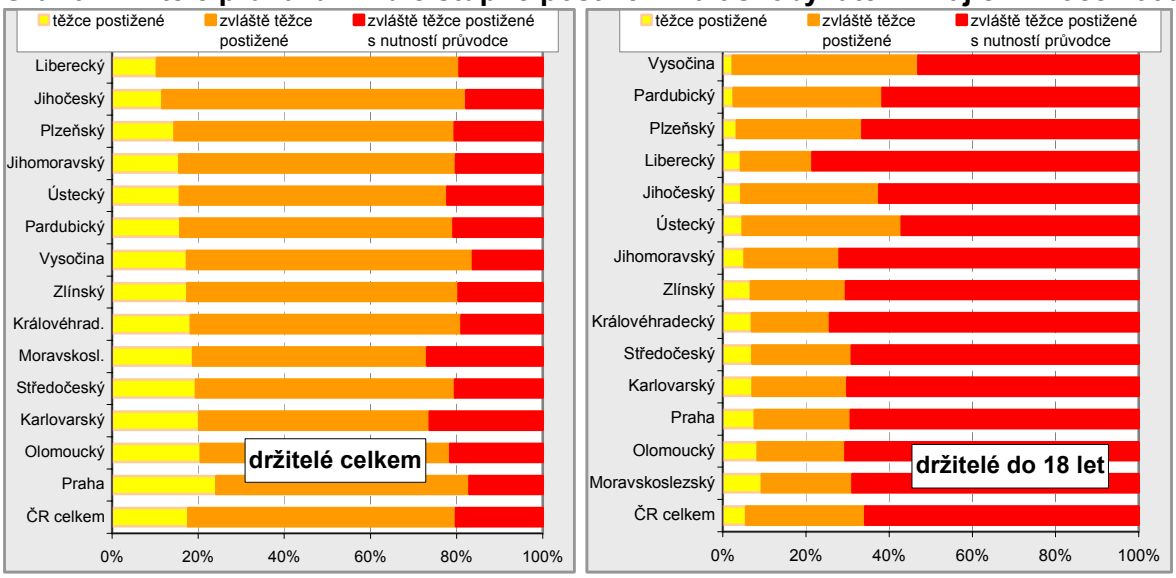


Zdroj: MSPV

V regionálním členění byl v letech 2000 - 2005 vykázán nárůst podílu **ZTP osob** ve všech krajích kromě Olomouckého (snížení o 0,5 procentního bodu). Nejdynamičtěji se vyvíjel v Jihočeském (14,0 bodu), v Hl. městě Praze (11,9 bodu) a v Jihomoravském (11,7 bodu). Ve skupině **TP osob** byl nárůst podílu zjištěn pouze v krajích Zlínském o 2,2 bodu a mírně i v Moravskoslezském o 0,1 bodu. Pod republikovým podílem zastoupení byly čtyři kraje a to Hl. město Praha, Středočeský, Liberecký a Jihomoravský. V případě **osob ZTPNP** bylo vykázáno snížení jejich podílu na celkovém počtu držitelů průkazů v osmi krajích, nejvíce v Jihočeském (9,2 bodu) a v Zlínském (6,5 bodu). Zvýšení naopak nastalo v Hl. městě Praze a v krajích Středočeském, Karlovarském, Libereckém, Vysočině a Olomouckém.

Zajímavé údaje poskytuje také regionální porovnání struktur držitelů průkazů ZP podle stupně postižení. V Praze a Olomoucku dosahují relativně nejvyššího podílu osoby s méně závažným postižením, a to jak mezi celou populací, tak i mezi nezletilými držiteli průkazů ZP. Mezi dětskou a dospělou populací je však výrazný rozdíl, u dětských držitelů průkazů ZP převažují osoby s nejtěžším znevýhodněním, kteří potřebují asistenční pomoc.

Graf 6: Držitelé průkazu ZP dle stupně postižení na tis. obyvatel v krajích v roce 2009



Zdroj: MSPV

Závěry:

- opatření přijatá v oblasti nemocenského pojištění, zejména v letech 2008 a 2009, výrazně ovlivnila výši pracovní neschopnosti a tím objem vyplácených dávek nemocenského pojištění

- snížil se počet kalendářních dnů pracovní neschopnosti, ale i počet nemocensky pojištěných osob

- více než dvojnásobně poklesl počet nově hlášených případů pracovní neschopnosti, zejména z důvodu krátkodobých nemoci, téměř o polovinu ubylo i nových případů absencí pro pracovní i ostatní úrazy

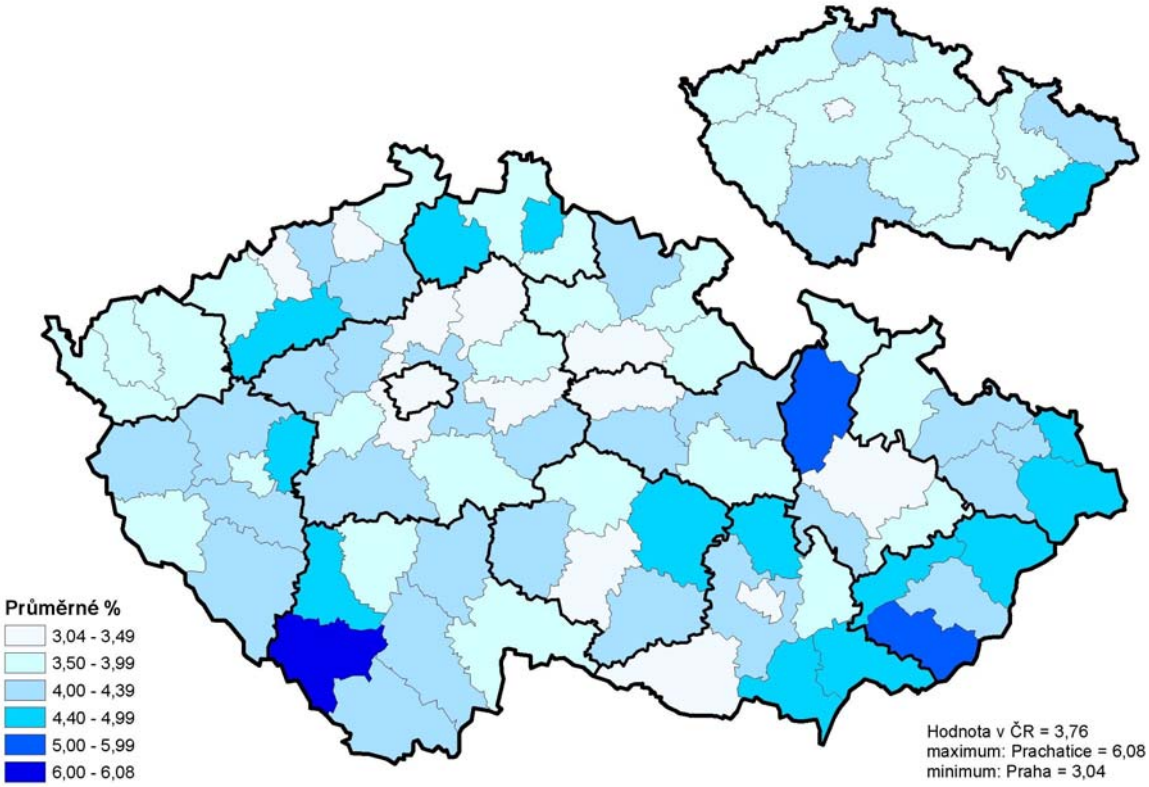
- ve všech krajích se snížil průměrný denní stav práce neschopných, průměrné procento pracovní neschopnosti pro nemoc i úrazy a naopak prodloužila průměrná doba 1 případu PN

- výdaje dávek nemocenského pojištění na 100 pojištěnců, které do roku 2007 rostly, v následujících letech podstatně poklesly a to ve všech krajích

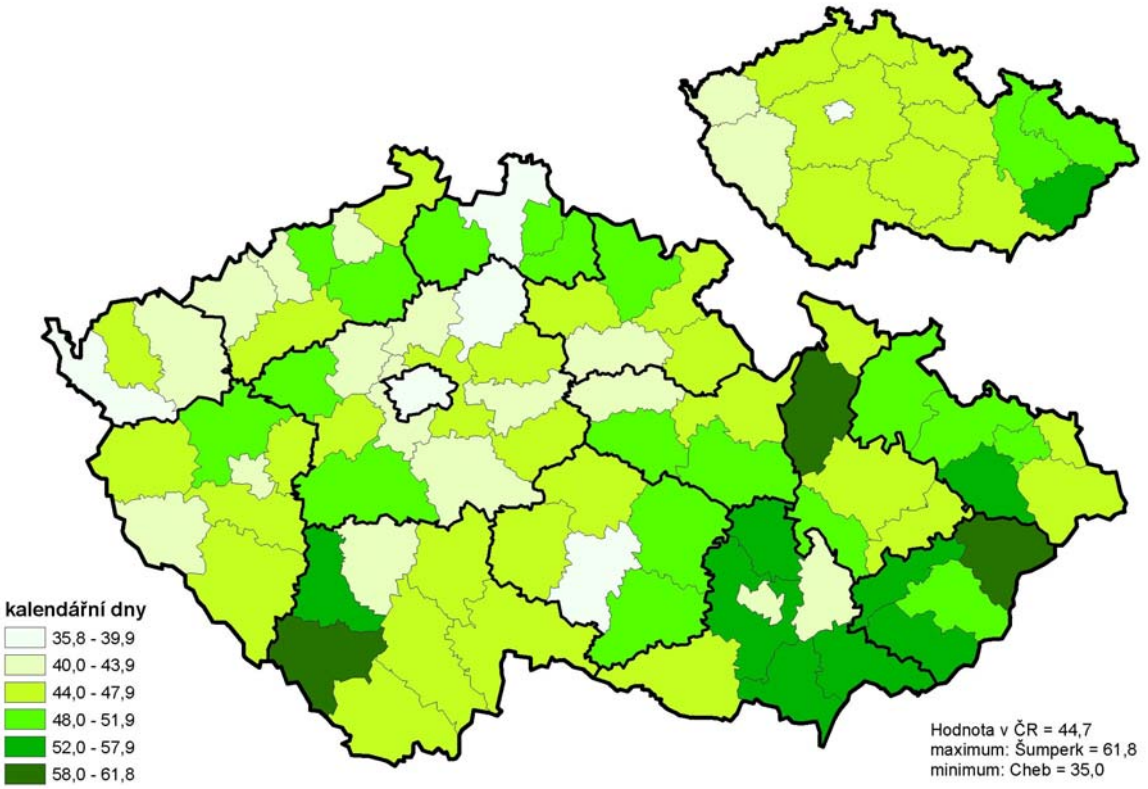
- úroveň mzdové hladiny a situace na trhu práce ve sledovaném období v jednotlivých krajích měly rovněž vliv na regionální diferenciaci hodnot ukazatelů pracovní neschopnosti:

  a) počet nově hlášených případů PN na 100 nemocensky pojištěných byl největší v Plzeňském a Libereckém kraji, nejmenší v Olomouckém kraji
  b) průměrná doba trvání 1 případu pracovní neschopnosti, průměrné procento pracovní neschopnosti byly nejdelší ve Zlínském a Moravskoslezském kraji, naopak nejkratší v Hl. městě Praze
  c) častěji a déle jsou pro nemoc práce neschopné ženy, naopak muži více než ženy schází na pracovištích z důvodu léčení úrazu

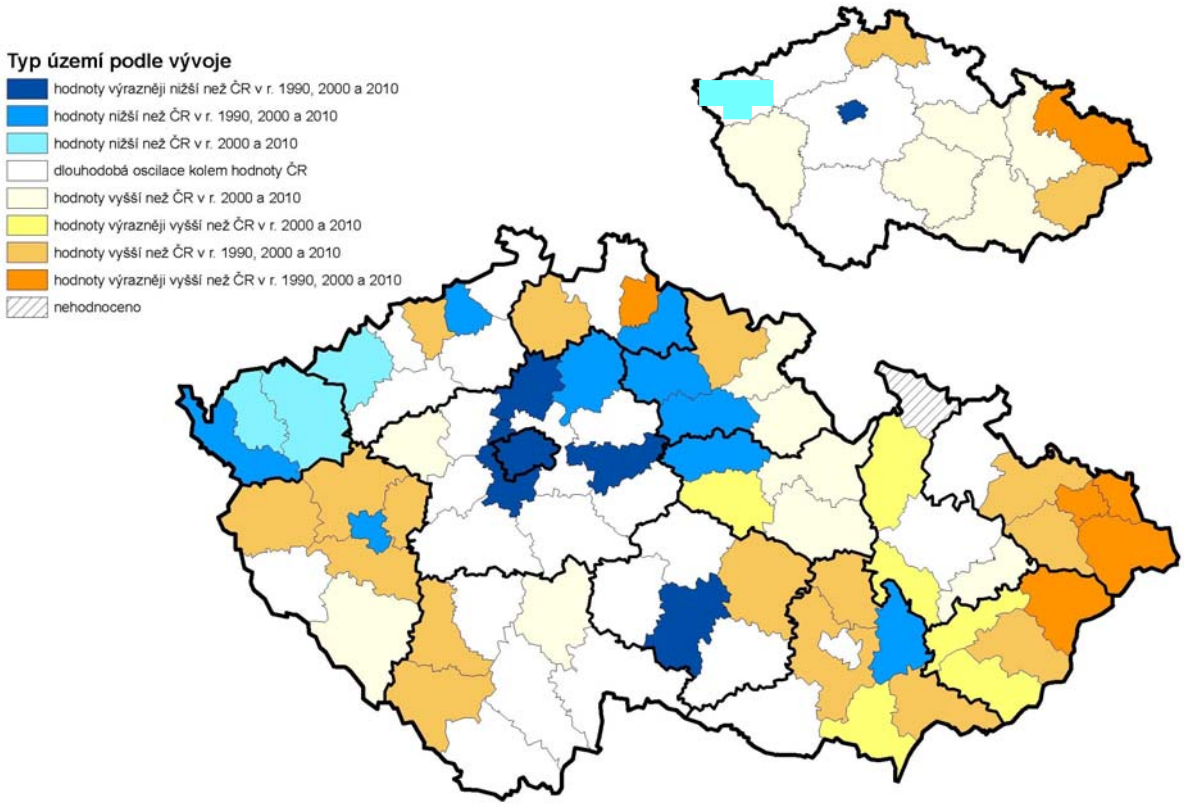
Mapa 1: Průměrné procento pracovní neschopnosti celkem v roce 2010



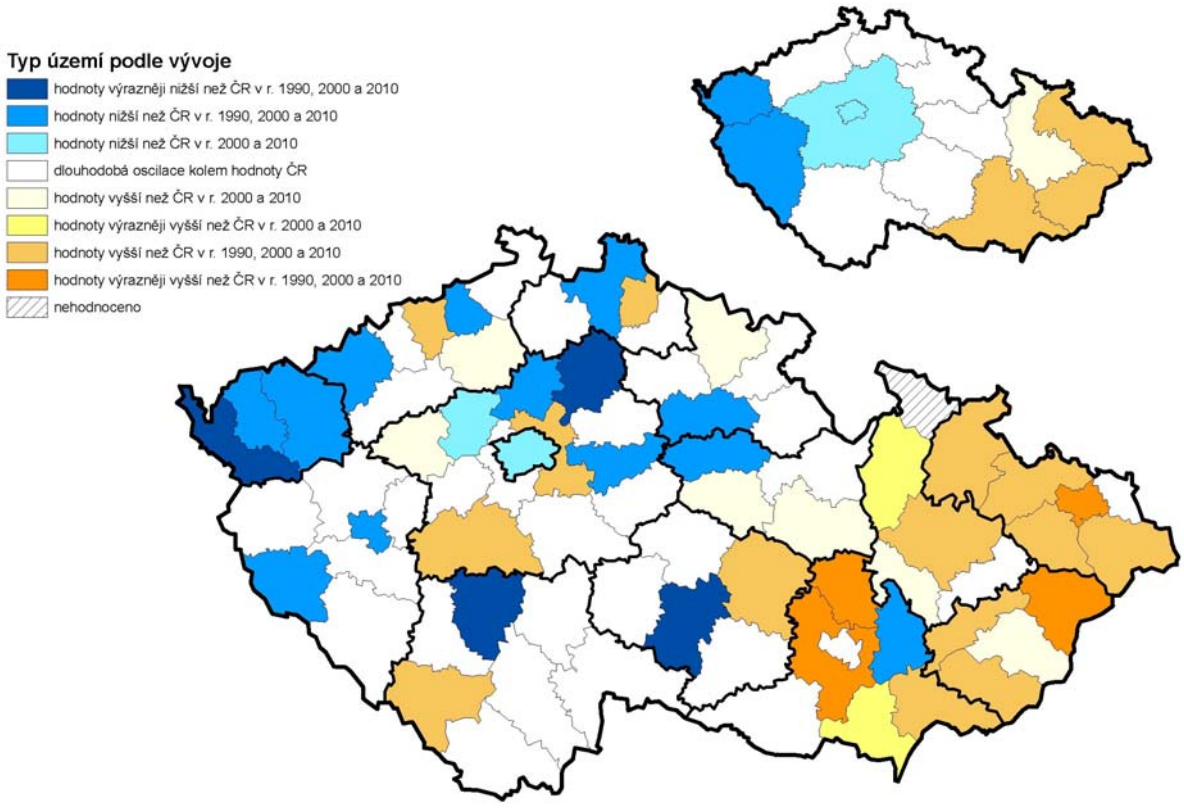
Mapa 2: Průměrná doba trvání 1 případu pracovní neschopnosti celkem v roce 2010 (kalendářní dny)



Mapa 3 Typologie okresů a krajů podle vývoje průměrného procenta pracovní neschopnosti celkem



Mapa 4 Typologie okresů a krajů podle vývoje průměrné doby trvání 1 případu pracovní neschopnosti celkem



3. Pracovníci ve zdravotnictví

Zdravotnictví je ekonomicky sociálním systémem, majícím velký význam pro život celé společnosti. Plní její nejzákladnější potřeby, do značné míry přispívá k tomu, aby mohlo být realizováno základní lidské právo na život v dobrém somatickém a psychickém stavu.

Za výstupy systému zdravotnictví je možné pokládat zdravotní stav obyvatel, příznivé ovlivňování demografických ukazatelů. Základními výstupy systému zdravotnictví jsou mj. zdravotnická zařízení, zdravotnická technika a materiál a zejména pracovníci ve zdravotnictví. Této oblasti se věnuje tato stať.

Při následovných volbách komparačních ukazatelů, úvahách a hodnoceních zjištěných meziregionálních diferencí se ve všech případech vychází z definicí pojmů stanovených v Ústavu zdravotnických informací a statistiky.

Za počet pracovníků se ve všech případech pokládá přepočtený počet, tzn. přepočtený na plnou týdenní pracovní dobu platnou v relevantním pracovišti. Pracovníci ve zdravotnictví mohou být jednak evidovaní, jednak smluvní. V evidenčním počtu jsou zahrnuti pracovníci v pracovním, služebním a členském poměru. Smluvní pracovníci pracují ve zdravotním zařízení, nejsou zahrnuti do evidenčního počtu zaměstnanců. Jejich vztah k zaměstnavateli může být prostřednictvím např. dohody o pracích konaných mimo pracovní poměr, § 38 Zák. práce (stáže), smlouvy o díle apod.

Odborní pracovníci ve zdravotnictví:

a) podle zákona 95/04 Sb.: lékaři, zubní lékaři, farmaceuti
b) podle zákona 96/04 Sb.: zdravotní pracovníci nelékaři s odbornou způsobilostí
   - oprávnění pracovat bez dohledu ZPBD
   - oprávnění pracovat jen s dohledem ZPOD
   - se specializovanou působností ZPSZ
   - jiní odborní pracovníci nelékaři s odbornou způsobilostí JOP

Dříve používaná skupina SZP - střední zdravotničtí pracovníci (střední zdravotnický personál) je nyní převážně převeden do ZPBD, např. všeobecné sestry, porodní asistentky aj.

Ve zdravotnictví v současnosti pracuje téměř 250 tisíc pracovníků s více než s 97 % evidovanými pracovníky a méně než 2,5 % pracovníků smluvních s tendencí dalšího zmenšování podílu smluvních pracovníků.

Pro dobře fungující systém zdravotnictví jsou velmi důležité faktory týkající se zdravotnického personálu, bez něhož by žádná zdravotnická zařízení nemohla plnit svoji funkci. Ve zdravotnictví je zaměstnáno více než 30 kategorií pracovníků. Nejpočetnější z nich a z kriteria zdravotnictví i nejdůležitější jsou odborní pracovníci. Jako charakteristické profese byly vybrány kategorie lékaři, zubní lékaři, farmaceuti a případně i sestry. Tyto kategorie je možné dobře srovnávat místně (regionálně) i časově.

Počet lékařů na 10 000 obyvatel [1)]

Tab. 1: Pořadí krajů dle střední hodnoty v údobí 2000 až 2008

Kraj	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK	ČR
Střední počet lékařů na 10 tis. obyvatel v letech 2000-2008	68,4	30,9	36,5	42,3	36,2	32,9	33,6	40,0	33,3	32,3	43,2	40,9	32,8	35,6	39,7
Pořadí	1.	14.	6.	3.	7.	11.	9.	5.	10.	13.	2.	4.	12.	8.	-

[1)] včetně zubních lékařů do roku 2002, od roku 2003 jen lékaři

Zdroj: ÚZIS, vl. Výpočet

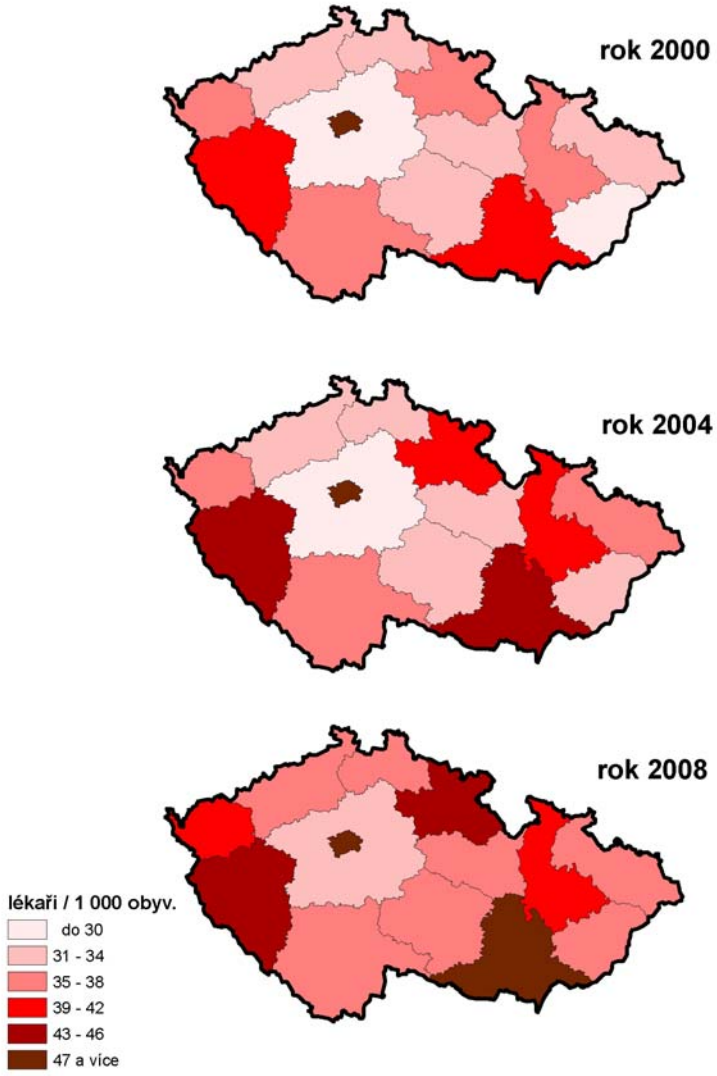
Tab. 2: Počet lékařů na 10 000 obyvatel

Kraj	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
PHA	62,13	64,94	67,00	67,20	68,00	68,30	69,90	72,30	72,60
STC	29,31	29,62	30,60	30,20	29,90	29,50	29,40	31,20	31,10
JHC	34,57	34,74	35,40	35,50	35,60	35,30	35,50	39,00	38,80
PLK	40,17	40,84	41,90	42,10	42,60	42,80	42,70	44,10	43,90
KVK	34,55	34,98	35,00	36,00	36,30	36,40	36,10	37,70	38,80
ULK	31,10	31,30	32,00	32,70	33,10	33,10	33,00	34,90	34,60
LBK	32,02	31,85	33,10	33,40	33,60	33,90	33,70	34,90	35,60
HKK	37,34	37,71	38,50	38,70	39,30	39,90	39,70	44,60	44,20
PAK	30,62	31,36	32,30	32,60	33,40	33,40	33,40	35,70	37,10
VYS	30,26	30,55	31,10	31,50	31,50	33,00	33,00	33,90	34,90
JHM	40,84	41,64	42,00	42,10	42,60	43,20	43,00	45,40	46,40
OLK	37,99	38,59	39,80	39,90	40,00	40,10	40,50	41,60	41,60
ZLK	29,98	31,24	32,00	32,00	32,50	33,00	33,20	35,70	36,00
MSK	33,36	33,88	35,20	35,50	35,80	35,90	36,10	37,20	37,60
ČR	37,31	38,30	39,00	39,20	39,60	39,80	40,00	42,10	42,40

[1] včetně zubních lékařů do roku 2002, od roku 2003 jen lékaři

Zdroj: ÚZIS

Kartogram 1-3: Počet lékařů na 10 000 obyvatel



U tohoto faktoru (počet lékařů na 10 000 obyvatel) se ve všech případech ukazovaly nejlepší výsledky v Hlavním městě Praze. Ve srovnání s krajem Středočeským (posledním v pořadí) je vždy více než dvakrát lepší.

Počet praktických lékařů na 10 000 obyvatel [2)]

Tab. 3: Pořadí krajů podle středního pořadí relativního počtu praktických lékařů

Kraj	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK
Střední pořadí relativního počtu praktických lékařů 2003-2008	1,0	10,3	3,7	4,2	12,3	11,0	8,8	4,0	10,2	13,3	2,6	4,5	7,3	9,3
Pořadí	1.	11.	3.	5.	13.	12.	8.	4.	10.	14.	2.	6.	7.	9.

Zdroj: ÚZIS, vl. Výpočet
Pozn.: [2)] Evidovaní i smluvní pracovníci

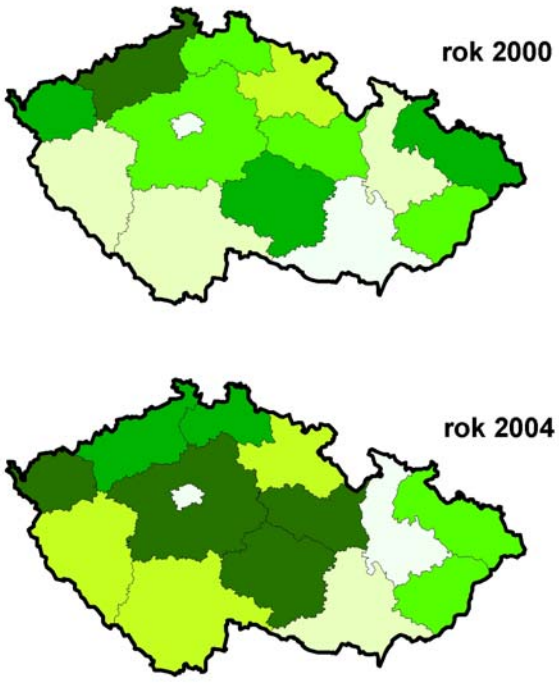
Tab. 4: Počet lékařů na 10 000 obyvatel

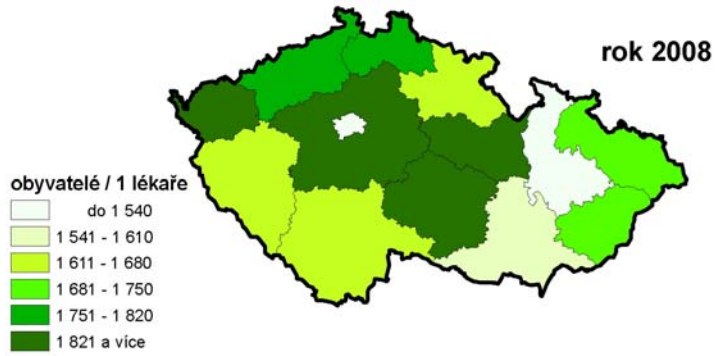
Kraj	2003	2004	2005	2006	2007	2008
PHA	5,37	5,41	5,48	5,38	4,96	5,01
STC	4,35	4,27	4,18	4,09	3,72	3,58
JHC	4,72	4,72	4,73	4,66	4,23	4,42
PLK	4,67	4,70	4,61	4,52	4,35	4,38
KVK	4,10	3,90	3,96	3,88	3,75	3,89
ULK	3,96	3,99	3,98	3,92	4,15	4,12
LBK	4,29	4,22	4,24	4,31	3,99	4,14
HKK	4,33	4,42	4,44	4,40	4,21	4,40
PAK	4,32	4,15	4,15	4,15	3,89	3,66
VYS	3,72	3,79	3,87	3,82	3,79	3,68
JHM	4,78	4,69	4,74	4,66	4,62	4,57
OLK	4,68	4,65	4,68	4,72	4,48	4,68
ZLK	4,38	4,25	4,22	4,34	4,18	4,16
MSK	4,24	4,13	4,11	4,12	4,08	4,17
ČR	4,50	4,45	4,44	4,42	4,23	4,26

Zdroj: ÚZIS

Relativně nejvíce praktických lékařů je ve všech sledovaných letech v Hlavním městě Praze, následované krajem Jihomoravským. Posledními v pořadí krajů jsou kraj Vysočina, o málo lépe si stojí kraje Karlovarský a Ústecký.

Kartogram 4-6: Počet obyvatel na 1 praktického lékaře pro dospělé





Počet lékařů na 10 000 obyvatel v lůžkové části nemocnic

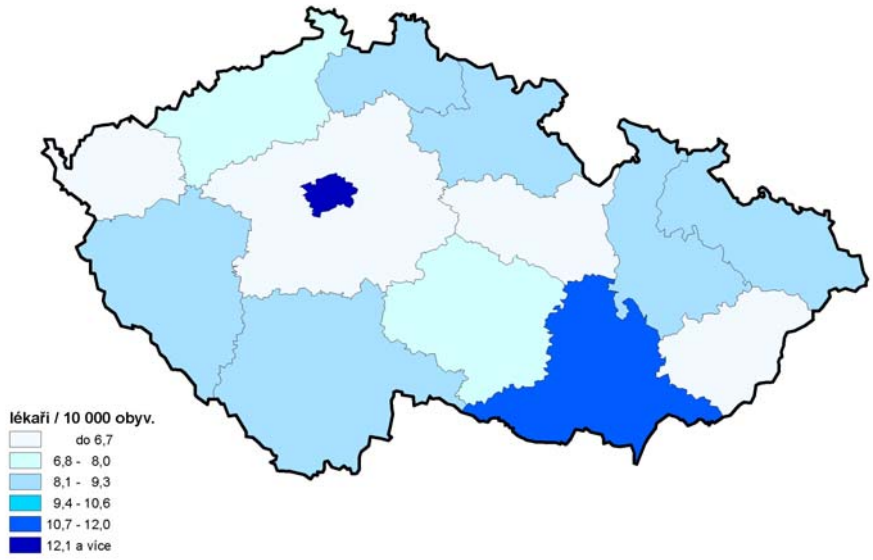
Tab. 5: Pořadí krajů podle středního pořadí relativního počtu praktických lékařů

Kraj	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK	ČR
Relativní počet lékařů	14,19	6,59	8,01	8,60	6,04	7,67	8,51	8,25	6,55	6,93	10,90	9,20	6,37	8,18	8,66
Pořadí	1.	11.	8.	4.	14.	9.	5.	6.	12.	10.	2.	3.	13.	7.	-

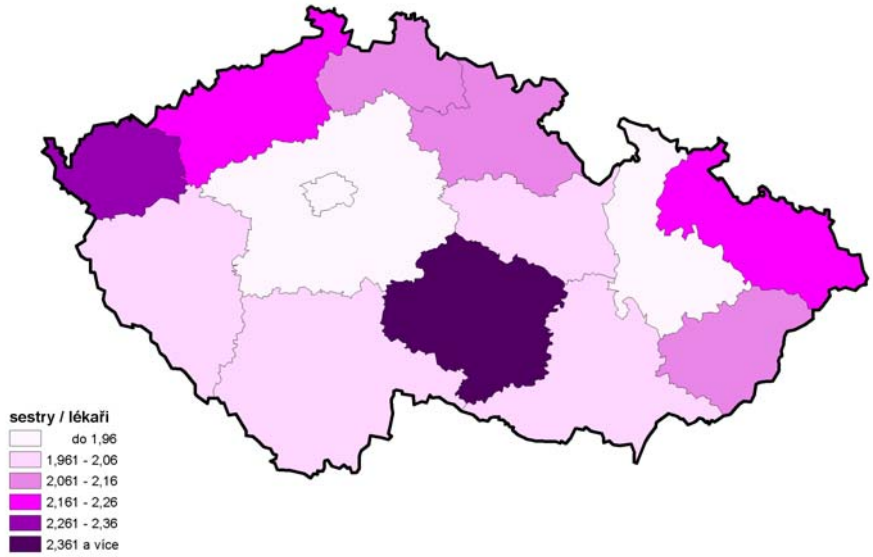
Zdroj: ÚZIS, vl. Výpočet

I zde je relativně nejvyšší počet lékařů u nemocničních lůžek v Hlavním městě Praze, následované kraji Jihomoravským a Olomouckým. Na opačném konci pořadí je kraj Karlovarský za Zlínským a Pardubickým. Pozoruhodné zde je snad to, že v popředí jsou kraje, v nichž sídlí naše přední lékařské fakulty a na konci pak kraje bez jakýchkoliv vysokých škol medicínského zaměření. Mezikrajské rozdíly jsou však příliš velké. Počet lékařů u lůžek ovlivňují nepochybně některé vnější vlivy jako např. počet odborníků, zaměření a jiné. Mnohooborových a málooborových zdravotních zařízení je jen malá část a za to podstatná část zdravotnických zařízení má univerzální charakter z medicínského hlediska a ve všech zdravotních zařízeních by měly být co nejvíce stejné podmínky pro péči o hospitalizované pacienty. To, že je v kraji na 1. místě úroveň o 64 % vyšší než republikový průměr a kraj na konci pořadí nedosahuje ani 70 % tohoto průměru, nedává žádné náznaky toho, že podmínky pro péči o pacienty jsou ve všech krajích na vyrovnané úrovni.

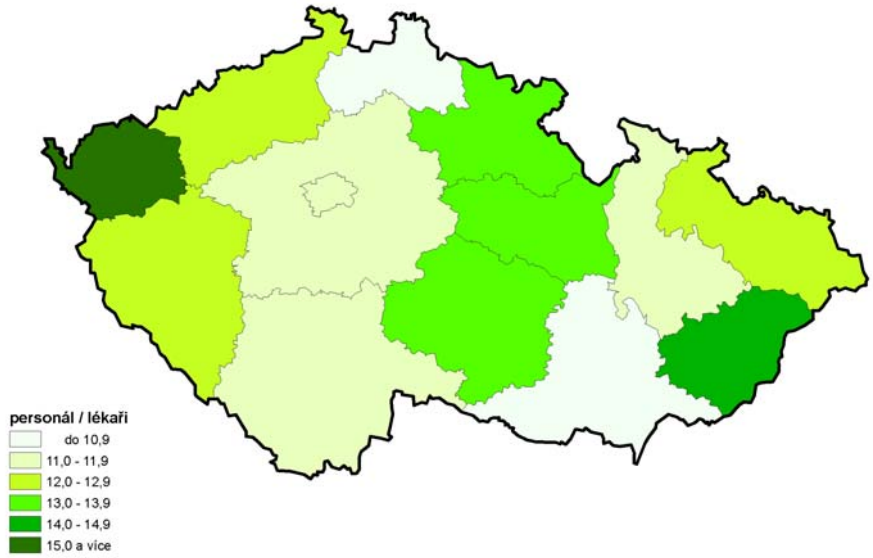
Kartogram 7: Lékaři v lůžkové části nemocnic



Kartogram 8 : Počet sester na 1 lékaře



Kartogram 9: Počet sester na 1 lékaře u lůžka



Tab. 6: Počet sester na 1 lékaře

Kraj	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK	ČR
Počet sester průměr 2003-2008	11,26	11,83	11,87	12,83	17,50	12,72	10,62	13,03	13,48	13,47	10,18	11,15	14,05	12,18	12,05
Pořadí	4.	10.	9.	6.	1.	7.	13.	5.	3.	4.	14.	12.	2.	8.	-

Zdroj: ÚZIS, vl. Výpočet

Tab. 7: Počet sester na 1 lékaře

Kraj	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
PHA	1,81	1,83	1,85	2,11	2,07	2,04	1,97	1,97	1,92
STC	2,13	2,13	2,11	2,32	2,27	2,21	2,19	2,11	2,08
JHC	2,08	2,11	2,11	2,37	2,23	2,18	2,14	2,16	1,91
PLK	2,05	2,06	2,87	2,40	2,33	2,32	2,48	2,51	2,21
KVK	2,35	2,33	2,06	2,65	2,58	2,50	2,44	2,47	2,40
ULK	2,37	2,38	2,37	2,66	2,53	2,45	2,47	2,40	2,37
LBK	2,14	2,20	2,17	2,47	2,47	2,40	2,31	2,28	2,21
HKK	2,15	2,17	2,16	2,48	2,25	2,37	2,36	2,21	2,22
PAK	2,14	2,14	2,14	2,40	2,37	2,37	2,33	2,28	2,12
VYS	2,42	2,44	2,41	2,58	2,76	2,68	2,65	2,63	2,58
JHM	2,06	2,07	2,08	2,39	2,32	2,27	2,27	2,19	2,13
OLK	2,05	2,06	2,06	2,35	2,29	2,28	2,28	2,30	2,27
ZLK	2,31	2,28	2,27	2,61	2,56	2,55	2,38	2,39	2,33
MSK	2,27	2,27	2,26	2,54	2,07	2,51	2,47	2,45	2,40
ČR	2,11	2,12	2,12	2,40	2,34	2,30	2,25	2,24	2,19

Pozn.: V roce 2002 se měnila metodika i způsob výpočtu. **Zdroj:** ÚZIS

Tab. 8: Relativní počet lékařů u lůžkových částí nemocnic

Kraj	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Průměr	Pořadí
PHA	12,7	13,3	13,9	14,3	14,4	14,5	14,5	14,8	14,5	14,0	1.
STC	6,10	6,24	6,40	6,43	6,31	6,25	6,14	6,85	7,09	6,59	11.
JHC	7,18	7,65	7,86	7,16	8,19	7,87	7,68	9,03	8,14	8,01	8.
PLK	8,03	8,30	8,63	7,39	8,90	8,73	8,63	9,30	9,54	8,60	4.
KVK	5,99	6,06	5,92	4,47	6,50	6,55	6,30	6,39	6,11	6,04	14.
ULK	7,36	7,37	7,39	7,72	7,94	7,75	7,80	7,78	7,84	7,67	9.
LBK	7,83	7,50	7,65	9,09	8,74	8,95	8,52	8,47	8,58	8,53	5.
HKK	7,53	7,70	8,16	6,48	8,06	8,10	8,10	10,19	10,17	8,25	6.
PAK	5,52	5,49	5,75	6,08	6,35	6,25	6,41	7,18	8,38	6,55	12.
VYS	6,44	6,26	6,22	6,67	6,93	7,13	7,33	7,37	8,16	6,93	10.
JHM	9,90	10,17	10,58	10,55	10,61	10,71	10,59	11,26	12,59	10,90	2.
OLK	8,38	8,70	9,43	8,92	8,88	9,14	9,16	9,28	8,82	9,23	3.
ZLK	5,54	5,90	6,21	6,05	6,08	6,20	6,37	7,48	7,65	6,37	13.
MSK	7,64	7,80	8,48	8,52	8,09	8,11	7,41	7,86	8,66	8,18	7.
ČR	7,99	8,19	8,56	8,34	8,71	8,72	8,67	9,24	9,49	8,00	9.

Zdroj: ÚZIS, vl. Výpočet

Tab. 9: Pořadí krajů podle počtu lékařů v ambulantní péči na 10 000 obyvatel

Kraj	PHA	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK	ČR
Relat. počet lékařů průměr 2000-2008	50,0	21,1	26,1	30,9	24,0	23,5	23,7	29,6	24,7	22,4	30,7	28,5	24,2	25,4	28,6
Pořadí	1.	14.	6.	2.	10.	12.	11.	4.	8.	13.	3.	5.	9.	7.	-

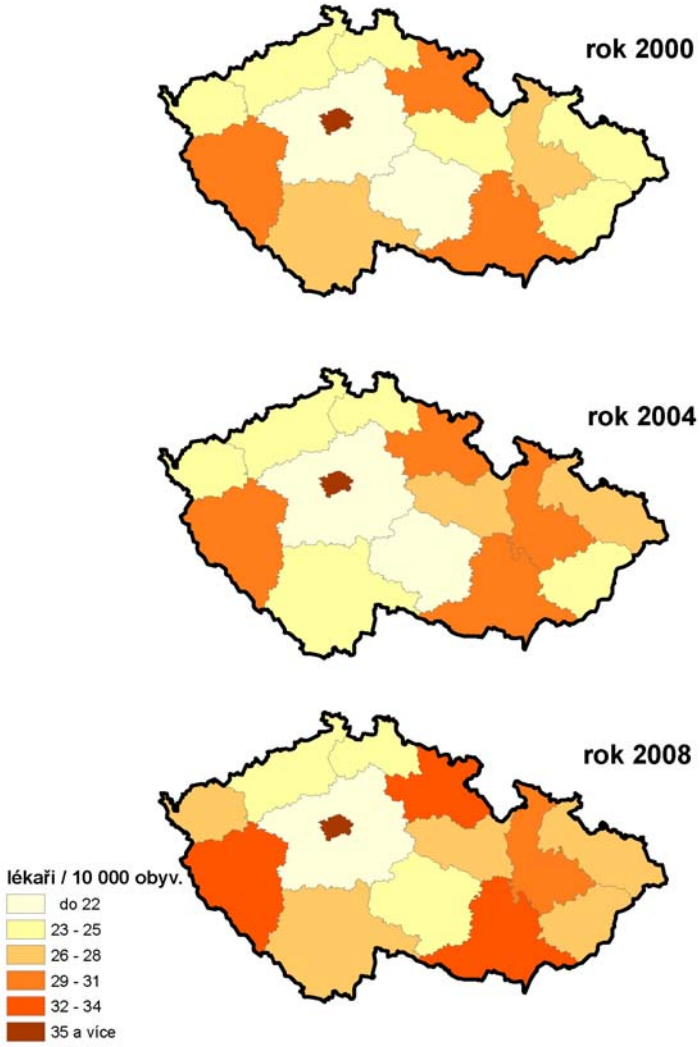
Zdroj: ÚZIS, vl. Výpočet

Tab. 10: Počet lékařů v ambulantní péči na 10 000 obyvatel

Kraj	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Průměr	Pořadí
PHA	45,52	47,22	48,20	49,21	49,68	50,19	51,33	53,44	54,39	49,95	1.
STC	20,92	21,22	21,66	21,48	21,24	20,95	20,72	21,11	20,81	21,12	14.
JHC	25,30	25,31	25,53	25,55	25,89	25,90	26,23	27,46	27,61	26,09	6.
PLK	29,40	30,01	30,45	31,06	31,21	31,35	31,23	31,74	31,48	30,89	2.
KVK	23,07	23,02	23,18	23,56	23,91	24,14	23,94	24,68	26,12	23,96	10.
ULK	22,09	22,43	22,79	23,51	23,71	23,64	23,46	25,06	24,17	23,50	12.
LBK	22,86	22,89	23,08	23,21	23,66	23,76	24,06	24,64	25,26	23,72	11.
HKK	28,16	28,46	28,52	28,72	29,51	30,00	29,83	31,64	31,78	29,63	4.
PAK	23,09	23,88	24,51	24,96	25,21	25,21	24,83	25,45	25,47	24,74	8.
VYS	21,35	21,92	22,41	22,27	22,08	22,84	22,56	23,01	23,16	22,40	13.
JHM	29,49	30,22	29,89	30,30	30,52	30,96	30,77	32,16	31,83	30,69	3.
OLK	27,22	27,61	27,90	26,83	28,62	28,57	28,86	29,45	30,73	28,54	5.
ZLK	22,52	23,44	23,70	24,08	24,33	24,67	24,60	25,09	25,79	24,24	9.
MSK	23,74	24,27	24,61	25,11	25,81	25,81	26,04	26,72	26,48	25,39	7.
ČR	27,01	27,57	27,91	28,31	28,60	28,79	28,88	29,92	30,09	28,57	-

Zdroj: ÚZIS, vl. Výpočet

Kartogramy 10-12: Lékaři v ambulantní péči na 10 000 obyvatel



Zubní lékaři

Tab. 11: Počet zubních lékařů na 10 000 obyvatel

(evidovaní i smluvní pracovníci)

Kraj	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Pořadí
PHA	9,80	10,07	10,24	10,47	10,13	10,31	1.
STC	4,60	4,64	4,56	4,56	4,38	4,30	14.
JHC	6,10	6,15	6,08	6,12	5,80	6,02	8.
PLK	7,40	7,17	7,12	7,23	6,99	7,12	2.
KVK	5,30	5,49	5,61	5,53	5,24	5,50	11.
ULK	5,10	5,03	4,98	4,99	4,98	4,88	13.
LBK	5,50	5,57	5,56	5,71	5,62	5,72	5.
HKK	6,60	6,53	6,61	6,75	6,81	6,81	4.
PAK	5,50	5,62	5,78	5,71	5,69	5,52	10.
VYS	5,50	5,51	5,57	5,46	5,40	5,50	12.
JHM	6,70	6,80	6,86	6,77	6,66	6,89	3.
OLK	6,60	6,60	6,63	6,51	6,59	6,70	6.
ZLK	6,40	6,50	6,65	6,56	6,46	6,58	7.
MSK	5,70	5,87	5,99	5,99	5,89	5,86	9.
ČR	6,30	6,40	6,45	6,46	6,33	6,41	-

Zdroj: ÚZIS, vl. Výpočet

Pro péči o chrup jsou nejlepší personální předpoklady v Hlavním městě Praze. V následujícím Jihomoravském kraji jsou přibližně o třetinu horší a v posledním kraji Středočeském je relativní počet zubních lékařů ani ne poloviční. Časový průběh se téměř u všech krajů blíží stagnaci, pouze u Hlavního města Prahy se ukazuje mírný růst.

Farmaceuti

Tab. 12: Evidenční počet farmaceutů na 10 000 obyvatel

Kraj	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
PHA	5,80	17,80	18,40	7,40	7,56	7,49	7,34	7,15	7,05
STC	3,70	3,00	3,40	3,90	4,12	4,05	4,08	4,12	4,10
JHC	4,40	4,60	4,40	4,90	4,94	4,97	4,95	4,88	5,09
PLK	4,40	4,30	4,30	4,60	4,68	4,62	4,75	4,69	4,63
KVK	3,70	4,70	5,40	4,10	4,69	4,82	4,81	4,34	4,89
ULK	3,70	3,70	3,80	3,90	3,94	4,14	4,11	4,13	4,20
LBK	4,30	4,10	3,70	4,60	4,65	4,78	4,86	4,66	4,58
HKK	6,20	5,20	5,60	6,80	7,20	7,16	7,26	7,21	7,15
PAK	4,60	4,50	5,10	5,10	5,47	5,66	5,86	6,02	5,78
VYS	4,00	4,90	4,90	4,40	4,60	4,71	4,76	4,52	5,08
JHM	5,30	5,20	5,10	6,00	6,16	6,33	6,33	6,26	6,41
OLK	4,50	5,60	5,90	5,20	5,22	5,18	5,33	5,38	5,47
ZLK	4,70	4,30	4,60	5,2	5,45	5,43	5,40	5,30	5,60
MSK	4,30	5,30	5,50	4,90	5,05	5,02	5,17	5,24	5,39
ČR	4,60	6,10	6,30	5,20	5,36	5,39	5,43	5,38	5,46

Zdroj: ÚZIS, vl. Výpočet

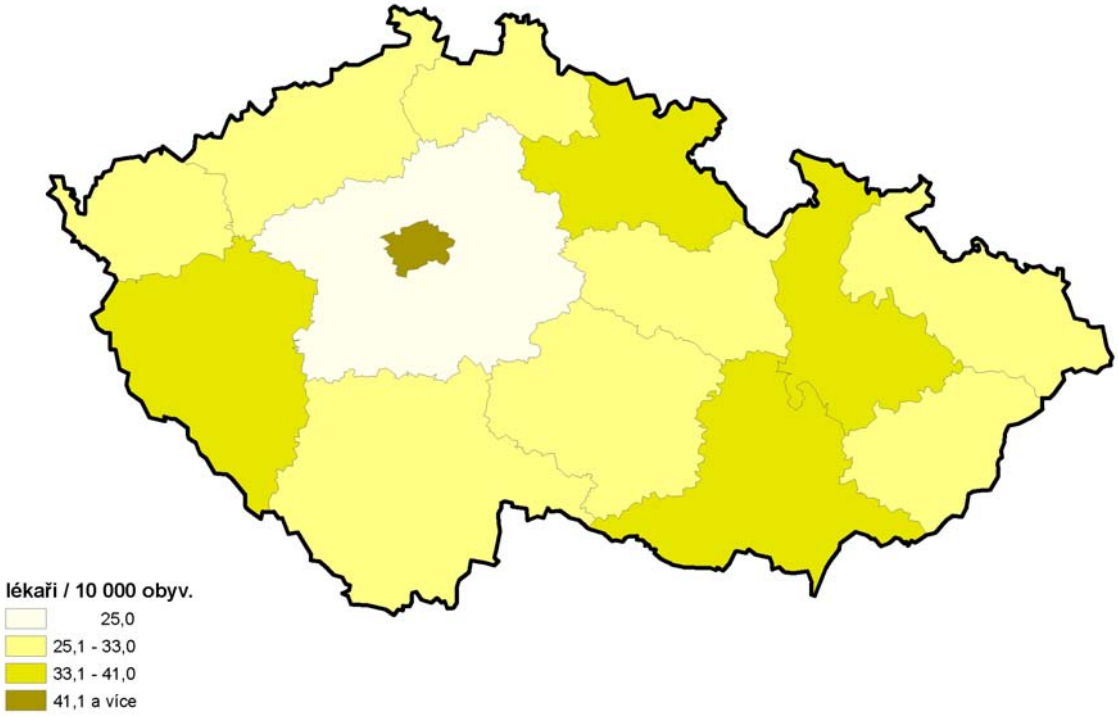
Tab. 13: Počet obyvatel na 1 lékárnu

Kraj	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Pořadí
PHA	5 135	4,794	4 469	4 254	4 036	3 992	3 974	4 054	4 097	6.
STC	5 603	5 352	5 225	4 960	4 953	4 992	5 044	5 029	4 943	1.
JHC	4 852	4 526	4 311	4 170	3 911	3 851	3 684	3 703	3 496	12.
PLK	4 836	4 505	4 395	4 232	4 041	3 997	3 878	3 924	4 011	8.
KVK	4 832	4 402	4 285	4 011	3 760	3 538	3 626	3 796	3 427	14.
ULK	5 550	5 427	5 288	4 664	4 517	4 426	4 402	4 241	4 200	5.
LBK	5 646	5 479	5 211	4 700	4 408	4 293	4 265	4 474	4 535	2.
HKK	4 406	4 226	4 033	3 911	3 601	3 561	3 523	3 473	3 488	13.
PAK	5 243	5 072	4 433	4 143	3979	3 805	3761	3 601	3706	11.
VYS	5 482	5 183	4930	4 705	4 659	4 520	4 568	4 478	4 405	3.
JHM	5 003	4 628	4282	4 236	4 287	4 008	3 826	3 827	3 811	10.
OLK	5 255	4 694	4 581	4 450	4 234	4071	3 974	4 167	4 143	6.
ZLK	5 245	5 077	4 745	4 484	4 312	4 156	4 096	4 143	3 996	9.
MSK	5 783	5 297	5 051	4 904	4 800	4 328	4 543	4 432	4 341	4.
ČR	5 235	4 912	4 663	4 453	4 298	4 182	4 120	4 119	4 095	-

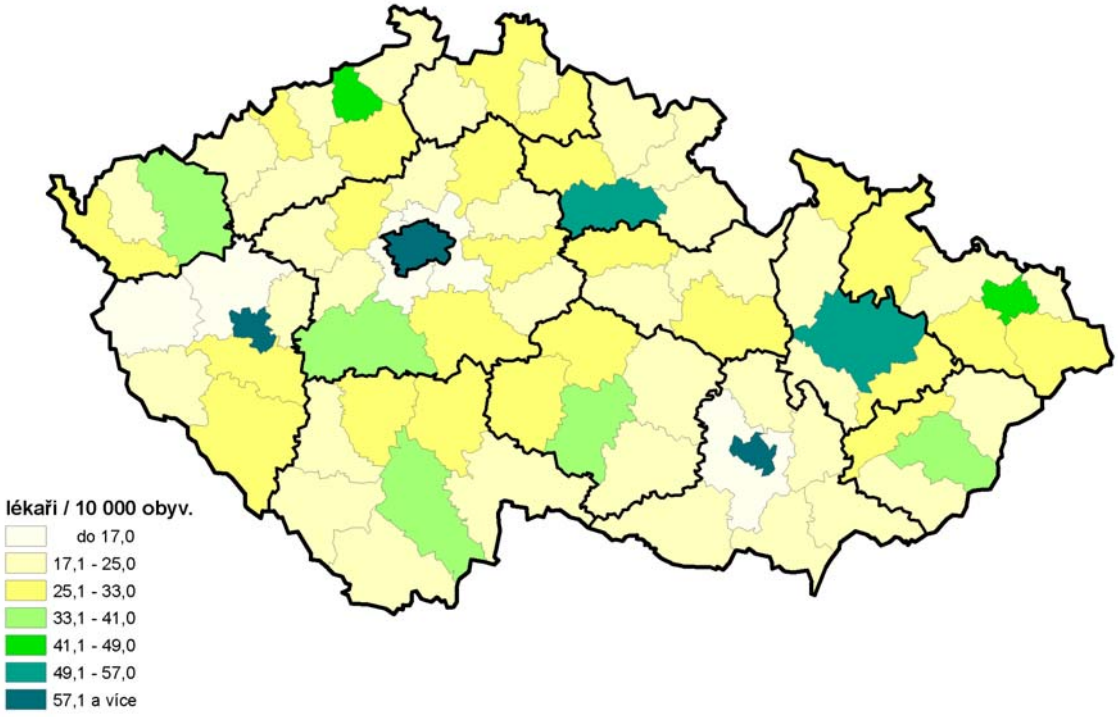
Zdroj: ÚZIS, vl. Výpočet

Ve Středočeském kraji připadá na 1 lékárnu okolo 5 000 obyvatel, což je nevýhodné pro občany. Opačná je situace v krajích Karlovarském a Královéhradeckém, kde na 1 lékárnu připadá osob o 30 % méně. Časový průběh je u téměř všech krajů degresivní, snížení počtu obyvatel na 1 lékaře je někdy i více než 25 %.

Kartogram 13: Evidenční počet lékařů na 10 000 obyvatel podle krajů



Kartogram 14: Evidenční počet lékařů na 10 000 obyvatel podle okresů



4. Síť zdravotnických zařízení

Síť zdravotnických zařízení představuje jednu z nejdůležitějších složek celého zdravotnického sytému. Pro analytické hodnocení je vhodné ji rozčlenit na lůžkovou a ambulantní část. Páteř lůžkové části je tvořena sítí nemocničních zařízení (především akutní péče, ale v poslední letech i rozrůstající se skupinou nemocnic specializovaných pouze na následnou péči) a dále vnitřně diverzifikovanou skupinou zařízení odborných léčebných ústavů (OLÚ), zaměřených zejména na dlouhodobou ošetřovatelkou péči, rehabilitaci a psychiatrii. Vzhledem k vývoji v posledních letech (úplné dovršení privatizace, částečný posun od čistě léčebného využití ke komerčnímu) se ze skupiny OLÚ vyčlenila lázeňská zařízení, proto jim i v této analýze věnujeme speciální pozornost. Pokud jde o ambulantní část sítě, tu tvoří na jedné straně sdružená ambulantní zařízení, polikliniky a zdravotnická střediska, na straně druhé pak kvantitativně významnější soubor samostatných ordinací praktických lékařů a lékařů specialistů.

Do zdravotnické sítě náleží také zvláštní zařízení – především dopravní a záchranná zdravotnická služba doplněná o některé specializované zařízení (kojenecké ústavy a dětské domovy, jesle, stacionáře pro děti a dospělé, záchytné stanice), které plní jak funkci zdravotnickou, tak i sociální. Samostatnou kategorii představují významná dynamicky se rozvíjející zařízení lékárenské péče (lékárny a výdejny zdravotnických potřeb). Poslední skupinu reprezentují orgány ochrany veřejného zdraví (hygienické stanice, zdravotní ústavy), které mají především dozorčí funkci.

V následujícím rozboru projdeme postupně (vyjma orgánů ochrany veřejného zdraví) všechny významné reprezentanty skupin zařízení zdravotnické sítě, budeme si všímat jejich vývoje v posledním deceniu – lůžkové kapacity a jejího využití, dostupnosti zařízení v jednotlivých krajích, popř. okresech. Většina údajů vychází z Registru zdravotnických zařízení (zachycujícího od r. 1996 celý resort zdravotnictví), jehož provozovatelem je Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS), menší část z běžné demografické statistiky ČSÚ. Je-li to možné, klademe počátek analyzovaného období do roku 2000, kdy vznikly krajské samosprávy, které mohou svými kompetencemi rozvoj sítě zdravotnických zařízení významně ovlivňovat. Součástí rozboru je rozsáhlá mapová příloha zachycující územní nerovnoměrnosti nabídky, struktury i využití zdravotnických zařízení na okresní úrovni.

Tab.č. 1: Počet nemocnic, nemocničních oddělení a lůžek v krajích

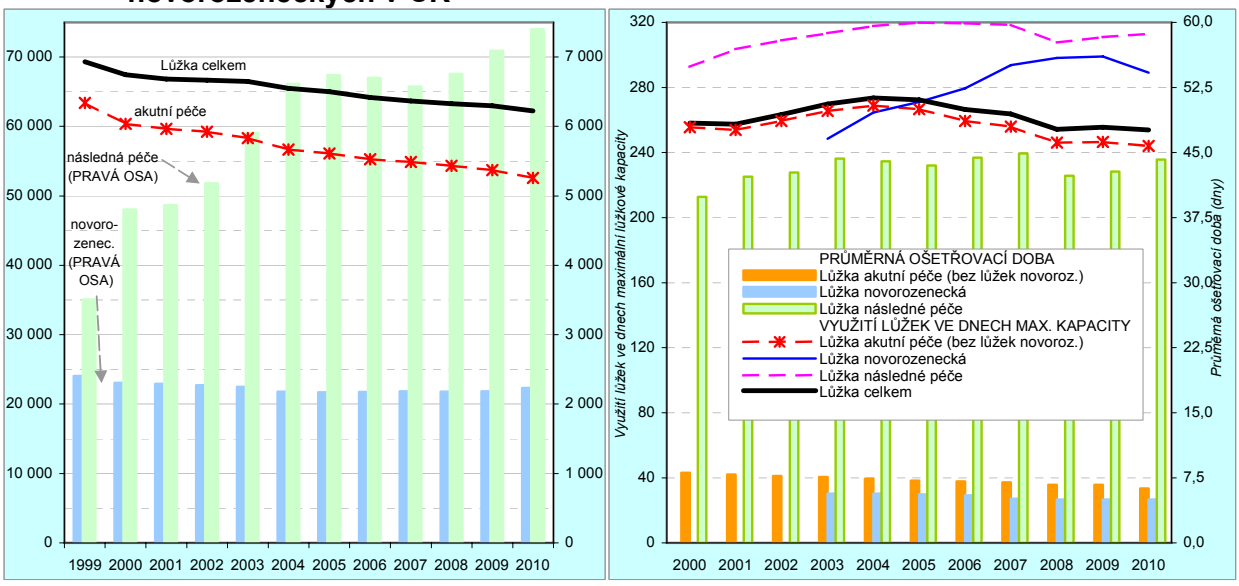
ČR, kraj sídla zařízení	Počet nemocnic celkem				Počet lokalit s lůžkovou nemocniční péčí na odd. interny[1)]				Počet všech nemocničních oddělení				Počet nemocničních lůžek					
																2010		
													2000	2005	2007	celkem	v tom péče (%)	
	2000	2005	2007	2010	2000	2005	2007	2010	2000	2005	2007	2010					akutní	následná
ČR	**211**	**195**	**192**	**189**	**163**	**147**	**144**	**139**	**1496**	**1484**	**1452**	**1465**	**67457**	**65022**	**63662**	**62219**	**88,1**	**11,9**
Hl.m.Praha	26	26	28	27	15	14	14	13	191	203	204	206	10665	10397	10326	10018	91,5	8,5
Středočeský	26	25	25	25	20	19	19	19	134	130	131	147	5970	5642	5589	5908	78,4	21,6
Jihočeský	10	10	9	9	9	8	8	7	89	92	87	84	3793	3737	3652	3538	88,9	11,1
Plzeňský	12	11	10	11	11	10	9	9	82	74	68	74	3748	3581	3431	3508	88,3	11,7
Karlovarský	7	5	5	5	6	5	5	5	47	43	41	42	1776	1717	1678	1613	86,0	14,0
Ústecký	19	20	20	20	14	12	12	11	127	121	120	117	6085	5485	5341	5122	82,0	18,0
Liberecký	10	8	8	8	8	8	8	8	65	77	76	79	2539	2655	2633	2674	82,2	17,8
Královéhrad.	15	12	11	10	11	10	10	10	96	86	84	81	3950	3720	3645	3562	90,8	9,2
Pardubický	10	10	10	9	8	5	5	5	68	68	67	66	2536	2718	2681	2641	77,6	22,4
Vysočina	7	6	6	6	7	6	6	6	78	73	71	71	3030	2866	2812	2790	91,6	8,4
Jihomoravs.	25	23	22	22	16	15	15	15	170	175	170	172	8240	8096	7955	7886	88,6	11,4
Olomoucký	11	9	9	9	10	8	8	8	97	96	93	92	3835	3637	3547	3380	96,3	3,7
Zlínský	11	11	11	10	7	7	7	6	72	73	74	72	3336	3315	3157	3051	88,7	11,3
Moravskosl.	22	19	18	18	21	20	18	17	180	173	166	162	7954	7456	7215	6528	95,1	4,9

[1)] počet míst, kde je péče poskytována, zahrnuta i detašovaná pracoviště (N.Bydžov, Broumov, Bruntál, Orlová)
Ve velkych mestech s vice nemocnicemi jsou zapocitana vsechna mista, kde je pece poskytovana (jsou-li od sebe vzdaleny aspon 1 km)
Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Ke konci května 2011 působilo na území ČR 188 nemocnic, více než čtvrtina z nich se nachází v Praze a Středočeském kraji, které společně s regiony Ústeckým, Jihomoravským a Moravskoslezským soustřeďují 60 % nemocničních zařízení a 57 % nemocničních lůžek. Vysvětlení lze hledat v lokalizaci velkých fakultních nemocnic (v Praze, Brně, Ostravě, Plzni, Hradci Králové a Olomouci) s širokou nabídkou specializovaných lůžek (Fakultní nem. Brno, největší nemocnice v ČR, s více než 2 tis. lůžky). Ve velkých městech ČR mají svá působiště také menší privátní zařízení nemocničního typu (specializovaná na drobnější chirurgické a gynekologické zákroky), jakož i zařízení poskytují nejmodernější léčbu na poli kardiologie či onkologie. Proto nepřekvapí, že v Praze v roce 2011 poskytuje lůžkovou péči na odd. interny[6] méně než polovina nemocnic. Nejvyšší počet lokalit (obvykle obcí), kde je poskytována lůžková péče na interně, nacházíme v plošně nejrozsáhlejším kraji Středočeském i hustě zalidněných krajích-Jihomoravském, Moravskoslezském. V rozlehlých, ale řídčeji zalidněných krajích (Jihočeský, Vysočina) je podobných lokalit málo, navzdory faktu, že tento typ péče zde nabízí drtivá většina nemocnic. Poměrně hustou sítí obcí s lůžkovou péčí na interně disponují obyvatelé na Královéhradecku a Liberecku. Na Liberecku jako v jediném kraji se počet těchto obcí mezi roky 2000 a 2010 nesnížil (viz tab. 1).

Redukce počtu lokalit s lůžkovou péčí na interně souvisí jen zčásti s přesunem od akutní k následné péči (např. na Pardubicku došlo za poslední desetiletí souběžně k nejvyššímu poklesu počtu těchto lokalit i nejvyššímu relativnímu zvýšení počtu lůžek následné a ošetřovatelské péče, které zde v roce 2010 tvořily více než pětinu celkové nemocniční lůžkové kapacity). Významnou váhu mají lůžka následné péče také ve středních Čechách, kde však počet nemocnic i lokalit s lůžkovou péčí na interně stagnoval, opačná situace nastala v krajích na severu Moravy.

Graf č. 1: Vývoj počtu a využití nemocničních lůžek akutní a následné péče a lůžek novorozeneckých v ČR



Zdroj dat: ÚZIS

Počet všech nemocničních lůžek se v ČR a většině krajů od roku 2000 plynule mírně snižuje (v r. 2010 byla lůžková kapacita téměř o desetinu pod úrovní roku 2000), hlubší propad (o téměř pětinu) nastal na Ústecku a Moravskoslezsku (podílela se na něm většina oborů, v Moravskoslezsku dokonce i následná a ošetřovatelská péče). Počet lůžek se především vlivem rozvoje následné péče mírně zvyšoval (za desetiletí o 5 %) pouze na Liberecku a Pardubicku, a to zejména v letech 2000-4, od té doby již stagnují.

[6] Kvantitativně nejvýznamnější nemocniční oddělení, kde se v ČR koncentruje více než šestina lůžek i pacientů hospitalizovaných v nemocnicích.

Lůžková kapacita nemocnic se za poslední decenium nejvíce snížila v okresech Bruntál, Chomutov, Příbram (o třetinu) a Tachov (o 60 %; protože v sousedním okrese Plzeň-sever nepůsobí žádná nemocnice, je právě severní část Plzeňska plošně nejrozsáhlejší oblastí s nejnižší vybaveností nemocničními lůžky v ČR). Rozšíření celkového počtu lůžek se dočkali obyvatelé v necelé třetině okresů, vyjma Svitavska (o 28 %) šlo jen o malé přírůstky.Ve všech okresech kraje se počet lůžek zvýšil jen na Liberecku, „celoplošný" pokles nastal na Karlovarsku, Královéhradecku a Olomoucku.

Zatímco síť lůžek následné nemocniční péče se v prvních letech po roce 2000 významně rozšířila, počty lůžek novorozeneckých se i přes počínající oživení porodnosti nadále mírně redukovaly, což vedlo společně s významnějším nárůstem počtu narozených dětí v následujících letech k citelnému navýšení % využití novorozeneckých lůžek (v letech 2008 a 2009 se jejich využití v ČR blížilo k vysokým hodnotám dlouhodobě typickým pro lůžka následné péče-viz graf 1).

Tab.č. 2: Nemocniční lůžka akutní péče a jejich využití v krajích

ČR, kraj sídla zařízení	Počet provozu-schopných lůžek		Počet hospita-lizovaných (v tis.)		Ošetřovací dny na 1 lékaře		Ošetřov. dny na 1 sestru u lůžka		Průměrná ošetřovací doba (dny)					Využití lůžek v % skutečné lůžkové kapacity[1]				
	2010	2010/ 2006[2]	2010	2010/ 2006[2]	2010	2010/ 2006[2]	2010	2010/ 2006[2]	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
ČR	**51049**	**94,5**	**2110,0**	**98,4**	**1379**	**79,2**	**442**	**90,1**	**7,0**	**6,9**	**6,6**	**6,6**	**6,4**	**76,1**	**75,8**	**73,9**	**74,2**	**72,6**
Hl.m.Praha	8210	94,4	335,7	101,3	1332	88,4	375	89,7	7,6	7,4	7,0	6,9	6,7	79,5	77,3	75,6	77,0	75,0
Středočes.	4344	95,2	196,9	103,5	1285	72,9	463	86,5	6,4	6,2	5,9	5,8	5,5	73,2	73,6	71,5	72,0	68,9
Jihočeský	2996	94,2	123,9	99,5	1381	74,6	450	91,4	6,8	6,6	6,3	6,3	6,1	73,5	73,7	71,1	71,2	69,5
Plzeňský	2918	97,1	109,3	101,3	1346	80,0	441	94,1	7,2	7,2	7,1	6,9	6,8	71,2	71,0	71,2	69,9	69,7
Karlovarský	1277	88,0	53,6	94,3	1669	82,9	467	80,3	6,5	6,3	6,0	6,0	5,9	70,2	69,8	68,4	70,3	68,0
Ústecký	3917	93,8	170,4	96,3	1743	90,2	478	90,2	6,6	6,5	6,3	6,2	6,0	76,9	76,5	73,8	73,6	71,6
Liberecký	2085	100,0	85,2	93,4	1430	83,5	461	91,9	6,4	6,4	6,3	6,4	6,3	77,1	75,2	75,1	73,7	70,4
Královéhrad.	3005	96,9	107,4	95,1	1402	72,6	447	94,6	7,4	7,4	7,2	7,4	7,3	74,1	74,6	72,6	73,5	71,9
Pardubický	1910	97,4	84,6	99,8	1147	61,5	420	84,3	6,5	6,2	6,0	5,9	5,8	76,5	76,7	75,7	72,9	70,9
Vysočina	2356	94,3	100,1	97,1	1574	84,9	449	83,1	6,5	6,4	6,1	6,2	6,0	73,6	74,7	70,0	70,7	70,1
Jihomoravs.	6624	97,4	259,7	98,9	1266	73,4	459	92,7	7,6	7,4	7,2	7,1	7,0	80,3	79,8	76,6	76,2	75,6
Olomoucký	3008	93,8	127,3	100,1	1283	87,7	459	99,0	6,7	6,6	6,6	6,5	6,5	72,6	74,6	75,2	76,0	74,9
Zlínský	2525	92,1	110,8	93,4	1489	73,9	502	93,4	6,2	6,2	6,0	6,2	6,1	73,2	73,0	72,3	74,5	73,7
Moravskosl.	5876	89,9	245,1	95,4	1445	77,6	458	86,4	7,2	7,1	6,9	6,7	6,5	77,7	78,3	75,6	75,9	74,0

[1] podíl ošetřovacích dnů a skutečné lůžkové kapacity

[2] v procentech (stav roku 2006=100)

Zdroj dat: ÚZIS

Ke konci roku 2010 spravovaly nemocnice v ČR 52 590 lůžek akutní péče (bez lůžek novorozeneckých). Na celkovém lůžkovém fondu nemocnic se podílely 84,5 % (před 10 lety 91,5 %), s nejvyšším zastoupením v krajích na severu Moravě (95 % všech lůžek). Pouze akutní péči poskytovaly ke konci r. 2009 nemocnice ve 14 okresech (vč. např. Č.Budějovic či Ostravy). Pouze v jednom okrese (Praha-západ) byla specializace nemocnic omezena na péči následnou. Mezi šestici okresů s nejvyšší vybaveností lůžky akutní péče (v přepočtu na bydlícího obyvatele) se dostali jen okresy s působností fakultních nemocnic (vyjma Ostravy) doplněné o okres Ústí nad Labem. Tyto nemocnice díky své nadregionální působnosti slouží i pro občany z jiných okresů, jenom v pražských nemocnicích vzrostl podíl hospitalizovaných s trvalým bydlištěm mimo metropoli z 35 % v roce 2000 na 43 % v roce 2009. Nejnižší vybavenost lůžky akutní péče byla v roce 2009, vyjma území v těsném zázemí velkých měst, v okresech Tachov, Domažlice, Ústí nad Orlicí a Jeseník.

Počet provozuschopných lůžek akutní péče se mezi roky 2006 a 2010 v ČR snížil o 5,5 %, na Karlovarsku a Moravskoslezsku o více než desetinu, na Liberecku jako jediném kraji stagnoval. Více ustálené byly v posledním pětiletí počty uživatelů akutní lůžkové péče, mírně se zvýšily (o 1-3 %) v Praze, středních Čechách a Plzeňsku. Vyjma Královéhradecka a

Liberecka klesaly ve všech regionech počty provozuschopných akutních lůžek rychleji než počty jejich uživatelů (viz tab. 2). Redukce lůžkové kapacity se promítla také v plynulém poklesu počtu ošetřovacích dnů na akutní péči - mezi roky 2006 a 2010 se v ČR snížily o desetinu (rozpětí krajů se pohybovalo od -15 % na Karlovarsku a Moravskoslezsku po -3% na Olomoucku a –5 % na Plzeňsku a Královéhradecku). Vzhledem k mírnému růstu počtu lékařů a stagnaci stavů středního zdravotnického personálu se v posledním pětiletí u zdravotnických pracovníků akutní nemocniční péče ve všech krajích snížila jejich „vytíženost" (měřená počtem poskytnutých ošetřovacích dnů na pracovníka). Nejvyšší „vytíženost" vykázali v roce 2010 lékaři akutní péče na Karlovarsku a Ústecku, lékaři na Pardubicku měli oproti nim „vytíženost" o třetinu nižší. V případě sester u lůžek byly mezikrajské rozdíly „vytíženosti" méně výrazné - nejméně ošetřovacích dnů připadalo v roce 2010 na sestry v Praze (375), z mimopražských krajů kolísala „vytíženost" od Pardubicka (420) po Zlínsko (502).

Průměrný počet ošetřovacích dní na hospitalizovaného se v nemocničních lůžkách akutní péče plynule snižuje (v ČR ze 7,0 dnů v roce 2006 na 6,4 dne v roce 2010). Průměrná ošetřovací doba se v tomto období mírně snižovala ve všech krajích (nejvíce poklesla v Praze a ve středních Čechách – téměř o 1 den), mezikrajské variační rozpětí průměrné ošetřovací doby se naopak zvýšilo z 1,4 na 1,8 dne (v roce 2010 pobyli pacienti na akutních lůžkách nejdéle na Královéhradecku (7,3 dne), nejkratší dobu ve středních Čechách (5,5)).

Během roku 2010 bylo v nemocnicích v ČR využito 72,6 % skutečné lůžkové kapacity akutní péče. Využitelnost na úrovni 75 % hlásily nemocnice v Praze, Jihomoravském a Olomouckém kraji, nejmenší byla ve středních a JZ Čechách (68-70 %). Využití skutečných lůžek se mírně snížilo ve většině krajů, stagnovalo na Zlínsku a nepatrně (o 2 p.b.) se mezi roky 2006 a 2010 navýšilo na Olomoucku; disparity mezi kraji se v tomto období lehce snížily (variační rozpětí % využití lůžek pokleslo z 10 na 7,5 p.b.)

Tab.č. 3: Nemocniční lůžka ošetřovatelské následné péče[*)] a jejich využití v krajích

ČR, kraj sídla zařízení	Počet provozuschopných lůžek		Počet hospitalizovaných		Ošetřovací dny na 1 lékaře		Ošetřov. dny na 1 sestru u lůžka		Průměrná ošetřovací doba (dny)					Využití lůžek v % skutečné lůžkové kapacity[1)]				
	2010	2010/2006[2)]	2010	2010/2006[2)]	2010	2010/2006[2)]	2010	2010/2006[2)]	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
ČR	**6991**	**107,5**	**51525**	**107,2**	**6456**	**85,3**	**1122**	**92,1**	**44,6**	**44,9**	**42,3**	**42,8**	**44,1**	**90,3**	**89,6**	**86,9**	**88,6**	**89,0**
Hl.m.Praha	781	100,0	6218	89,9	7048	107,7	1143	96,0	34,8	41,3	32,6	33,0	41,1	84,6	85,1	83,1	84,9	89,7
Středočes.	1201	151,5	7040	166,6	8179	68,4	1186	90,2	64,6	65,5	61,3	60,2	57,7	94,3	94,1	93,3	92,9	92,7
Jihočeský	372	100,0	3385	110,3	5319	97,9	1167	93,8	39,7	37,7	36,9	36,8	35,7	89,7	90,9	84,6	90,3	88,9
Plzeňský	402	133,1	2654	114,3	5884	70,8	1228	84,1	43,8	40,4	38,6	43,4	45,8	92,2	87,1	81,2	84,3	82,8
Karlovarský	177	95,2	1014	103,6	4343	49,1	960	60,7	66,0	52,9	53,2	46,2	54,4	95,0	97,1	95,2	88,5	85,4
Ústecký	912	103,9	6397	106,7	5514	69,5	1088	86,9	47,8	46,4	44,9	48,4	47,4	89,4	88,9	87,3	90,8	91,2
Liberecký	451	107,1	3840	115,7	6363	101,6	1248	108,7	44,1	50,2	44,7	43,2	40,0	95,4	94,2	90,9	88,7	93,2
Královéhrad.	308	104,4	1852	113,9	10085	109,0	1053	93,3	58,3	63,6	54,6	44,4	47,9	88,2	87,2	80,8	82,3	78,9
Pardubický	539	95,1	3569	95,0	6239	105,3	1110	87,7	49,3	47,5	48,6	48,0	49,1	89,3	87,4	86,5	87,6	89,1
Vysočina	233	94,0	1831	77,9	6790	96,0	991	78,8	36,4	39,0	33,7	35,6	38,4	94,7	87,7	81,0	88,2	82,7
Jihomoravs.	864	100,3	6418	98,6	6526	92,8	1134	105,8	44,0	44,1	45,6	44,7	44,8	91,1	89,1	91,0	90,1	91,1
Olomoucký	129	70,5	919	72,4	7631	72,4	908	83,4	43,6	40,7	48,9	52,4	44,0	82,6	91,1	98,8	97,4	85,9
Zlínský	322	137,0	4004	142,5	4456	68,7	992	92,5	27,9	26,4	24,5	25,5	25,3	91,5	93,2	85,6	86,8	86,1
Moravskosl.	300	78,9	2389	81,9	8079	69,2	1105	86,1	42,0	35,5	37,8	38,5	38,5	88,4	86,6	73,2	85,0	83,9

[*)] vč. všech lůžek nemocnic s pouze následnou péči

[1)] podíl ošetřovacích dnů a skutečné lůžkové kapacity

[2)] v procentech (stav roku 2006=100)

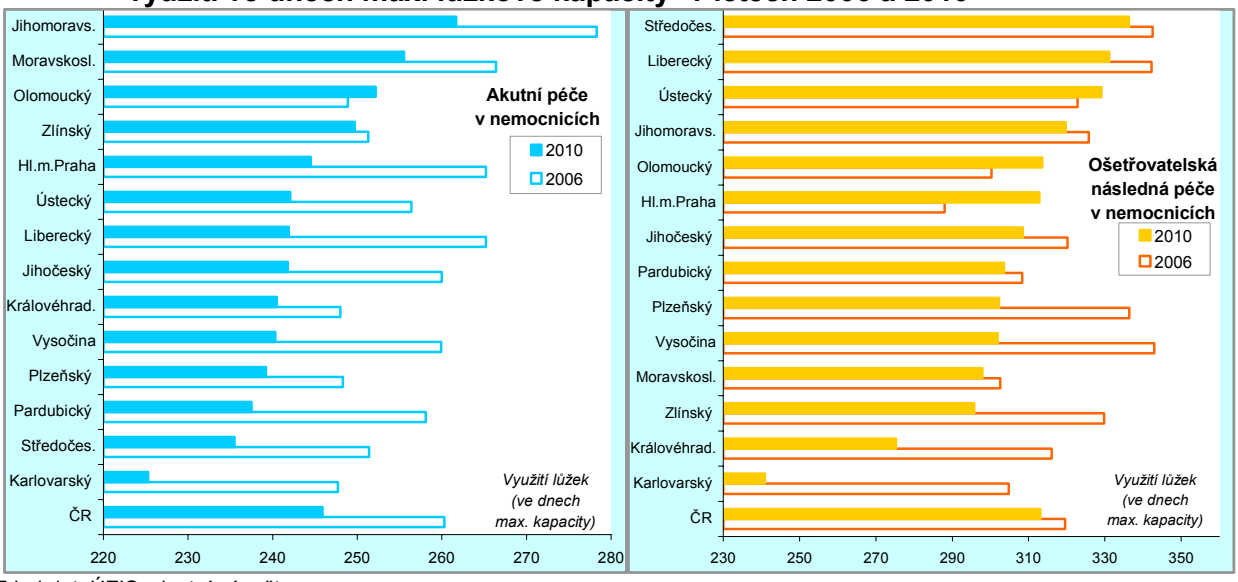
Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Nemocnice v ČR nabízely ke sklonku roku 2010 téměř 7,4 tis. lůžek následné péče (tvořily osminu jejich celkové lůžkové kapacity). Jejich počet se zvyšuje od konce 90. let a vyjma období 2005-7 trvá tento trend až do současnosti. Některé regiony se na následnou péči více specializují – ve středních Čechách (zcela dominuje v okrese Praha-západ) a

Pardubicku tvoří pětinu nemocniční lůžkové kapacity, nadprůměrnou váhu mají též v S a SZ Čechách, moravské nemocnice se dominantně orientují na péči akutní (vyjma nemocnic v zázemí Brna a v okrese Uherské Hradiště).

Lůžka následné péče v ČR jsou z třetiny soustředěny do 31 specializovaných nemocnic následné péče (jde o péči na ošetřovatelských a doléčovacích lůžkách v návaznosti na péči akutní, které se pacientovi dostalo v jiném zařízení), většina je však stále poskytována v klasických nemocnicích. Počet provozuschopných lůžek následné péče mezi roky 2006 až 2010 mírně rostl ve většině krajů, nejdynamičtěji (o polovinu) se navýšil ve středních Čechách (v současnosti region s nejvyšším absolutním počtem těchto lůžek), v 5 regionech poklesl (z toho výrazněji pouze v krajích na severu Moravy). S rozšiřováním lůžkové kapacity se zvyšoval i počet hospitalizovaných na lůžkách následné péče, rostl především v českých krajích (zejména v okolí Prahy). Počet ošetřovacích dnů na těchto lůžkách v ČR mezi roky 2006-8 mírně klesal, v následujících dvou letech však došlo k oživení a v roce 2010 byl o 6 % nad úrovní roku 2006. V tomto pětiletí zaznamenala růst počtu ošetřovacích dnů polovina krajů (Středočeský o +49 %, Zlínsko o +29 %), o čtvrtinu se snížily na severní Moravě. Stavy zdravotnického personálu svým růstem převýšily počty poskytnutých ošetřovacích dnů, „vytíženost“ pracovníků mezi roky 2006 a 2010 tak mírně poklesla – u sester o 8 %, u lékařů o 15 %. Nebylo tomu tak ale ve všech krajích, např. na Liberecku se v obou kategoriích mírně zvýšila (podrobněji viz tab. 3). Mezikrajské rozdíly je potřeba interpretovat opatrně, neboť rozsah poskytované následné péče je oproti péči akutní stále relativně omezený a v blízké budoucnosti může v některých krajích doznat významných změn (jak vidíme na příkladu rozmachu v kraji Středočeském). Nesporný je ovšem fakt, že v porovnání s péčí akutní generují lůžka následné péče o řád vyšší počet ošetřovacích dnů na pracovníka (v relaci na lékaře to bylo v ČR v roce 2010 4,7 krát, u sester 2,5 krát více).

Graf č. 2. Nemocniční lůžka akutní péče a ošetřovatelské následné péče v krajích – využití ve dnech max. lůžkové kapacity[7] v letech 2006 a 2010



Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Tato skutečnost se promítá i do průměrné délky pobytu, která u lůžek následné péče činí v ČR 44 dní. Jednotlivé kraje se v délce ošetřovací doby významně liší – trvale nejvyšší vidíme ve středních Čechách (téměř 60 dní), opačnou pozici zaujímá dlouhodobě Zlínsko (25) a také další kraje, kde je dosud tento druh péče méně rozšířený. Tyto rozdíly souvisí s odlišnou strukturou zařízení poskytujících následnou péči. Zajišťují-li tuto péči klasické

[7] Poměr počtu ošetřov. dnů k průměr. počtu lůžek. Průměrný počet lůžek =stanovená lůžka k poslednímu dni minulého roku + (přírůstek stanovených lůžek za sledované období x počet dnů, po které byla tato lůžka v provozu / celkový počet dnů sledovaného období)
- (úbytek stanovených lůžek za sled. období x počet dnů, po které nebyla tato lůžka v provozu / celkový počet dnů sled. období)

nemocnice prostřednictvím oddělení ošetřovatelské či dlouhodobé intenzivní péče, je průměrná ošetřovací doba významně nižší (40 dní) než v případě specializovaných nemocnic následné péče (55), která jiná než dlouhodobá intenzivní ošetřovatelská lužka neposkytují. Průměrná ošetřovací doba u následné péče se v posledních letech příliš nemění, vývoj v některých regionech je více rozkolísaný, většinou však s tendencí také ke stagnaci.

Využití lůžek následné péče se v posledním pětiletí konstantně pohybuje těsně pod 90 % skutečné kapacity a o 15 p.b. převyšuje republikovou hodnotu u akutní péče. Z regionů zaznamenaly největší převis střední Čechy a Karlovarsko (v průměru za období 2006-10 o více než 20 p.b.),využití lůžek se u obou druhů péče nejvíce přiblížilo (7-8 p.b.) v Praze a Moravskoslezsku (kde se v roce 2008 využití lůžek akutní a následné péče téměř vyrovnalo).

Až doposud byly regionální rozdíly u nemocnic akutní a následné péče hodnoceny převážně na krajské úrovni. Sledováním vývoje lokalizace jednotlivých nemocnic (vč. jejich detašovaných pracovišť) do úrovně obcí získáme přehled o vnitrokrajských rozdílech v působnosti zdravotnických zařízení i o vztahu jejich sídel s územně-správním členění státu.

Tab.č. 4: Vazba sídel nemocnic a jejich detašovaných pracovišť na administrativní strukturu v krajích

ČR, kraj sídla zařízení	Počet nemocnic se sídlem																Počet detašovaných pracovišť nemocnic se sídlem											
	v krajském městě				v okresním městě[1]				v sídle SO ORP[2]				jinde				v krajském městě			v okresním městě[1]			v sídle SO ORP[2]			jinde		
	2000	2005	2010	*2010**	2000	2005	2010	*2010**	2000	2005	2010	*2010**	2000	2005	2010	*2010**	2000	2005	2010	2000	2005	2010	2000	2005	2010	2000	2005	2010
součet krajů	**65**	**60**	**58**	***7***	**65**	**60**	**59**	***2***	**62**	**61**	**58**	***13***	**19**	**14**	**14**	***8***	**60**	**61**	**59**	**38**	**44**	**43**	**38**	**56**	**67**	**47**	**61**	**67**
Hl.m.Praha	26	26	27	*6*													34	30	27									
Středočes.					12	11	11		9	10	10	*1*	5	4	4	*3*				18	16	11	2	3	3	3	11	10
Jihočeský	1	1	1		7	7	6		2	2	2	*2*					1	1		2	2	3	1	5	6	1	5	3
Plzeňský	5	5	4		3	3	3		2	2	2		2	1	2	*1*	7	8	9	1	1	2	6	4	6	8	9	9
Karlovarský	2	1	1		2	2	2		3	2	2								3	1		2	3	2	2			1
Ústecký	2	1	1	*1*	7	7	7	*2*	7	8	8	*4*	3	4	4	*2*	4	5	5	2	6	8	9	10	8	24	16	15
Liberecký	1	1	1		5	3	3		4	4	4						2	2	2	4	4	3	3	5	5	2	4	5
Královéhrad.	3	2	2		5	4	4		4	3	2		3	3	2		2	1	1	1		1	5	6	10	2	1	16
Pardubický	3	3	2		3	3	3		4	4	4	*3*						1		2	1	2	3	3	6	1	2	2
Vysočina	1	1	1		3	3	3		2	2	2		1				1			3	1	1	1	2	2	4	1	1
Jihomoravs.	12	12	11		5	5	5		5	5	5		3	1	1	*1*	9	7	6	4	2	2	5	2	2	2	2	2
Olomoucký	3	2	2		4	4	4		4	3	3	*1*						1	1		1	2		1	2			
Zlínský	2	2	2		3	3	3		5	5	4	*2*	1	1	1	*1*		1	1		5	2		4	2			
Moravskosl.	4	3	3		6	5	5		11	11	10		1					4	4		5	4		9	13		10	3

[1] bez nemocnic se sídlem v krajském městě

[2] bez nemocnic se sídlem v okresním či krajském městě

* pouze nemocnice následné péče (stav k 31.7.2010)

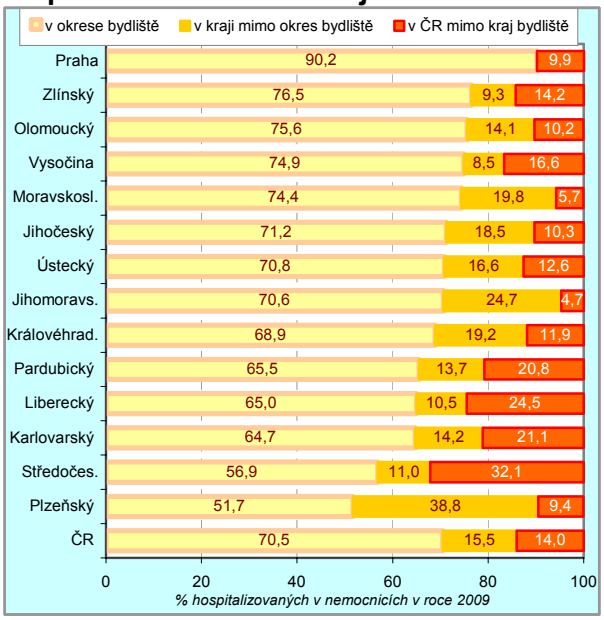
Zdroj dat: ÚZIS, ČSÚ

V polovině roku 2010 působilo v ČR 189 nemocnic, necelá třetina jich shodně sídlila jak v krajských městech, tak v městech pouze okresních (kde do roku 2002 působily okresní úřady) a třetina pak v obcích plnících v současnosti roli správních obvodů obcí s rozšířenou působností (SO ORP). Navzdory redukci nemocniční sítě je toto rozložení mezi správní území v ČR téměř shodné s rokem 2000. Současný stav v krajích však vykazuje významné rozdíly: Polovina nemocnic z Jihomoravského kraje sídlí v Brně, lokalizace v krajské metropoli převládá též na Plzeňsku. V okresních městech sídlí 2/3 nemocnic z Jihočeského kraje a polovina z kraje Vysočina. Převážně o okresní města se opírá nemocniční síť také ve středních Čechách, na Královéhradecku a Olomoucku. V sídlech SO ORP sídlí většina nemocnic na Liberecku a Moravskoslezsku, početně převládají také na Pardubicku, Zlínsku a Ústecku. V jiných převážně menších obcích, které neplní významnější administrativní funkce, působí každá pátá nemocnice ve středních Čechách, Plzeňsku, Ústecku a kraji Královéhradeckém (v tomto kraji jsou sídla nemocnic nevíce rozptýlena mezi obce s různou administrativní funkcí – největší soustředění do 1 typu obcí vidíme v kraji Jihočeském).

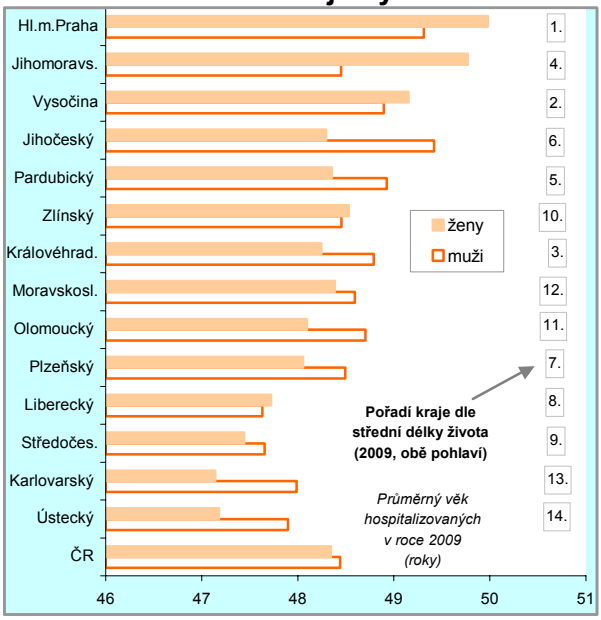
Nemocnice specializované pouze na následnou péči, které v současnosti sídlí již ve většině krajů, nacházíme na rozdíl od „klasických“ nemocnic především v menších městech (polovina ve městech do 15 tis. obyvatel).

Počet detašovaných pracovišť (DP) nemocnic se v ČR za poslední desetiletí zvýšil o více než čtvrtinu (na 236 k půli roku 2010). Mnohdy jde o pozůstatky dříve samostatných nemocnic, které byly posléze sloučeny s větším zařízením; často také zahrnují pracoviště specializovaná na jediný obor. Téměř 70 % všech DP z celé ČR bylo v roce 2010 soustředěno v šesti krajích, nejvíce na Ústecku, Královéhradecku a Praze. DP nemocnic nacházíme zejména v menších obcích (kde také v posledním desetiletí nejčastěji vznikala), pouze ve středních Čechách sídlí nejčastěji v okresních městech a v kraji Jihomoravském v Brně.

Graf č. 3: Vztah trvalého bydliště a místa hospitalizace osob dle krajů v r. 2009



Graf č. 4: Průměrný věk hospitalizovaných v nemocnicích dle kraje bydliště v r. 2009



Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Regionální rozdíly i vývojové tendence hustoty nemocniční sítě se odrazily v dojížďce do těchto zařízení. Redukce počtu nemocnic spolu s narůstající specializací některých stávajících zařízení vedly k plynulému nárůstu podílu osob, které byly hospitalizovány mimo okres svého trvalého bydliště – v roce 2010 dosáhl 29,5 %, před deseti lety o 5 p.b. méně. Rychleji se zvyšoval podíl hospitalizovaných mimo okres v rámci kraji bydliště (z 12,4 % na 15,5 %), významně rostl také počet i podíl hospitalizovaných v jiném kraji (např. do pražských nemocnic dojíždělo za lůžkovou péčí v r. 2009 téměř 150 tis. osob s bydlištěm v jiném kraji ČR, o téměř 30 % více než před deseti lety).

Více než třetina obyvatel musela za nemocniční lůžkovou péčí dojíždět mimo okres svého bydliště na Plzeňsku (velká fakultní nemocnice v Plzni v kombinaci s téměř neexistující nemocniční sítí v severní části kraje),. středních Čechách (silný vliv pražských nemocnic v kombinaci se stěhováním obyvatel do lůžkově hůře vybaveného zázemí Prahy) a dále v menších krajích se silnou rolí krajského centra (Karlovarsko, Liberecko, Pardubicko). Za zmínku stojí také vysoké procento hospitalizovaných v okrese bydliště na Zlínsku a Vysočině (75 %) při současně nadprůměrném podílu vyjíždějících do nemocnic v jiném kraji (viz graf 3). Podíl hospitalizovaných mimo okres svého bydliště vzrostl v posledním deceniu rychleji v českých krajích, nejvíce na Liberecku (kde přitom nedošlo k významné redukci nemocniční sítě a počet lůžek se dokonce mírně zvýšil), v okresním pohledu na Tachovsku, Nymbursku a Semilsku.

Trochu jiný pohled na dostupnost získáme, budeme-li sledovat časovou dostupnost (individuální silniční dopravou) z obcí k nejbližší nemocnici v ČR poskytující lůžkovou péči na oddělení interny[8]. Podle údajů k 30.6.2010 mělo nejvíce obcí dostupnost v kategorii 10-14 minut. Z poloviny všech obcí ČR bylo možné dojet do nejbližší nemocnice do 15 min., v těchto obcích žilo ¾ obyvatel Česka. Za území se zhoršenou dostupností lze považovat případy, kdy dostupnost nemocnice z obce přesáhla 20 min. Taková situace nastala u více než čtvrtiny obcí, zabírajících 32 % území a v těchto obcích mělo trvalé bydliště 11,5 % obyvatel ČR. Z regionálního hlediska disponovali dobrou dostupností obyvatelé Prahy a severní části středních Čech, dále v Královéhradeckém, Libereckém a Ústeckém kraji (vyjma okresu Louny) a také na většině území kraje Moravskoslezského. K územím se zhoršenou dostupností patřilo severní Plzeňsko (¾ obyvatel Tachovska cestovalo k nejbližší nemocnici déle než 20 min.) a široký pás okresů na česko-moravském pomezí táhnoucí se od Čes. Krumlova po Jeseník. Velmi špatnou dostupnost mají obyvatelé 306 obcí, v nichž žije 160 tis. obyvatel – k nejbližší nemocnici s lůžkovou péčí na interně to mají přes 30 min[9].

Tab.č. 5: Počet nemocnic a hospitalizovaných v nich v krajích dle lůžkové kapacity

ČR, kraj sídla zařízení	Počet nemocnic dle kapacity lůžek (k 31.12.sledovaného roku)										Počet hospitalizovaných (v tis. osob) v nemocnicích dle kapacity lůžek (ve sledovaném roce)									
	<100		100-199		200-499		500-999		1000+		<100		100-199		200-499		500-999		1000+	
	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009
ČR	**61**	**45**	**47**	**50**	**62**	**61**	**27**	**23**	**14**	**12**	**72,2**	**45,6**	**192,5**	**200,0**	**640,1**	**762,9**	**521,7**	**553,6**	**590,0**	**601,5**
Hl.m.Praha	11	13	4	4	5	5	1	1	5	5	8,0	12,0	10,5	12,1	43,7	54,1	18,5	19,6	214,0	244,8
Středočes.	7	5	8	10	8	6	3	4			11,8	6,3	26,2	39,7	82,1	63,3	60,0	94,7		
Jihočeský	2	2	2	1	4	4	1	1	1	1	2,0	1,3	11,9	6,3	48,2	50,9	15,5	18,5	42,6	49,6
Plzeňský	1	2	6	5	4	3			1	1	0,7	1,2	27,8	23,0	35,9	27,1			40,2	60,1
Karlovarský	2		1	1	3	4	1				1,6		3,3	4,2	33,4	50,8	16,3			
Ústecký	6	5	4	8	4	5	3	1	2	1	4,2	2,1	15,9	31,1	32,0	75,7	52,5	26,7	64,3	42,6
Liberecký	3	1	3	2	3	3	1	2			3,8	2,2	16,2	8,3	36,2	28,7	25,7	49,7		
Královéhrad.	5	2	4	3	4	3	1	1	1	1	6,9	3,9	15,8	10,6	37,2	36,1	13,0	17,6	41,0	40,9
Pardubický	4	3	1	2	4	4	1	1			5,4	1,0	5,5	1,3	45,6	54,4	27,5	32,2		
Vysočina	1		1	1	1	2	4	3			2,0		3,1	3,4	11,0	30,9	81,9	68,9		
Jihomoravs.	8	5	4	4	8	9	4	3	1	1	12,8	9,8	10,5	12,3	75,1	97,3	81,3	70,4	71,0	73,3
Olomoucký	3	1	2	2	4	4	1	1	1	1	4,4	0,2	14,0	12,3	45,6	49,4	16,4	20,5	40,0	46,3
Zlínský	5	4	1	1	3	3	1	2	1		4,3	3,5	4,3	5,3	35,5	43,6	23,1	63,9	34,2	
Moravskosl.	3	2	6	6	7	6	5	3	1	1	4,4	2,3	27,5	30,1	78,9	100,7	90,0	70,9	42,7	44,0

zahrnuje též nemocnice následné péče

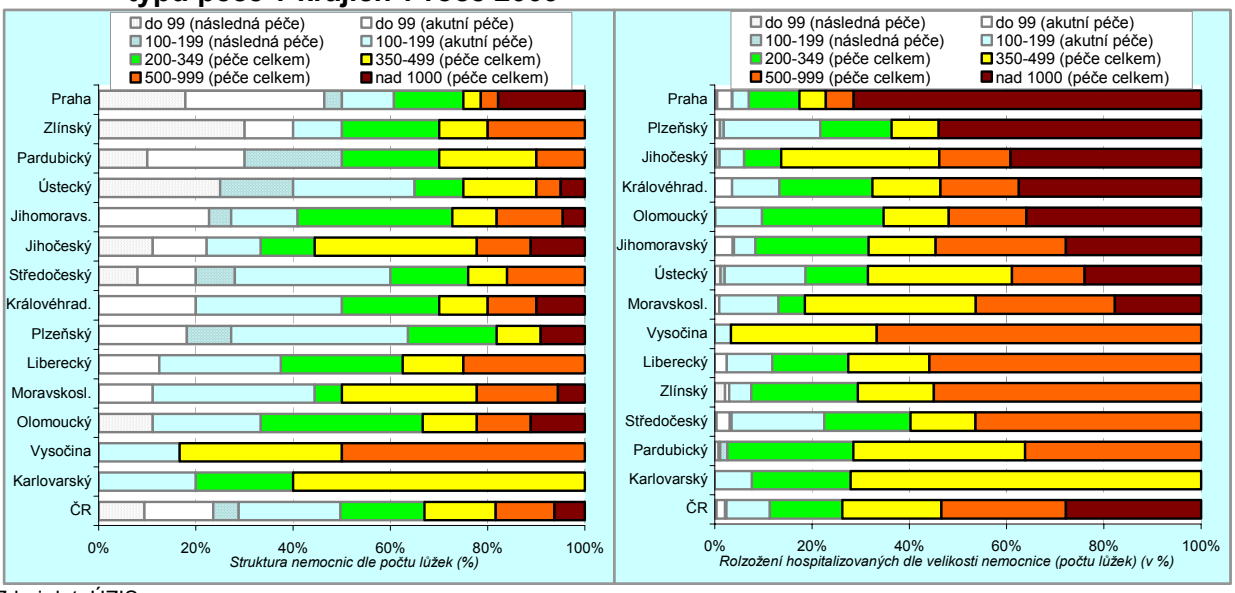
Zdroj dat: ÚZIS

Změny v nemocniční síti se promítají také do struktury těchto zařízení podle lůžkové kapacity. Za poslední desetiletí se nejvíce snížil počet nejmenších nemocnic – s kapacitou do 100 lůžek, mírně se ale redukoval i počet velkých nemocnic s více než 500 lůžky. Zatímco v prvním případě to bylo důsledkem úplného zániku popř. transformace nemocnice na jiný typ zařízení, v druhém případě přešly nemocnice do nižší velikostní kategorie vlivem významnějšího poklesu počtu lůžek. Počet nejmenších nemocnic se snižoval ve všech regionech vyjma Prahy a Plzeňska. Počet menších nemocnic (s kapacitou 100-200 lůžek) zůstal ve většině krajů stabilizovaný, v některých (Středočeský, Ústecký, Pardubický) se zvýšil díky rozvoji lůžek následné ošetřovatelské péče. Nemocnice s 200-500 lůžky tvoří ve většině krajů nejdůležitější článek sítě, v mimopražských krajích soustřeďují 40 % všech hospitalizací (s výraznou dominancí na Karlovarsku i Pardubicku). Největší nemocnice (s více než tis. lůžek) jsou tvořeny především fakultními – do 12 největších nemocnic se kromě nich (dle stavu k 31.12.2009) vklínily jen krajské nemocnice v Ústí nad Labem a Českých Budějovicích.

[8] Zahrnuje drtivou většinu nemocnic akutní péče. Nejsou obsažena pouze některé vesměs malá zařízení, která poskytují lůžkovou péči ve specializovaných oborech (např. gynekologie, neurologie, následná ošetřovatelská péče), popř. dočasně poskytují jen péči ambulantní. Lůžková péče na interně byla v polovině roku 2010 poskytována na 139 místech ČR.

[9] Z významnějších obcí dosáhlo nejhorší dostupnosti (46 min.) město České Velenice v okrese Jindřichův Hradec.

Graf č. 5: Struktura lůžek a hospitalizovaných osob dle počtu lůžek nemocnicích a typu péče v krajích v roce 2009



Zdroj dat: ÚZIS

Nemocnice do 200 lůžek tvoří v ČR polovinu všech nemocnic, jejich podíl na všech případech hospitalizace dlouhodobě klesá a v roce 2009 jen mírně přesáhl 11 % (ve středních Čechách a na Plzeňsku dosáhl 22 %, ale na Pardubicku a Vysočině jen 3 %). Čtvrtina všech hospitalizací připadá v ČR na 11 fakultních nemocnic, 71 % hospitalizací v pražských nemocnicích připadalo v roce 2009 na pět FN.

Tab.č. 6: Počet hospitalizovaných a nemocnic v krajích dle zřizovatele

ČR, kraj sídla zařízení	% hospitalizovaných v privátních nemocnicích[1] (ze všech hospitalizovaných v nemocnicích sídlících v kraji)										Počet zařízení dle zřizovatele (31.12.2010)								
											nemocnice aktuní péče celkem (vč. fakultních)					nemocnice následné péče, LDN, hospice			
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Minist. Zdra-votn.	Ost. centr. org.	Kraj	Město obec, církev	fyz.os jiná práv. os.	MZ a ost. centr. org.	Kraj	Město obec, církev	fyz.os jiná práv. os.
ČR	**9**	**9**	**10**	**10**	**20**	**27**	**30**	**49**	**49**	**49**	**19**	**5**	**19**	**16**	**100**	**6**	**19**	**19**	**72**
Hl.m.Praha	5	4	5	5	5	6	6	6	6	7	11	2	-	2	6	4	1	4	7
Středočeský	6	4	5	8	14	89	89	91	91	91	-	-	-	2	19	-	-	-	13
Jihočeský	2	2	2	2	37	40	40	100	100	100	-	-	-	-	7	-	-	-	7
Plzeňský	10	10	11	12	42	42	43	43	42	43	1	-	-	1	8	-	-	-	4
Karlovarský	15	15	12	12	93	92	93	92	100	100	-	-	-	-	5	-	1	-	4
Ústecký	8	8	12	12	19	19	18	86	87	86	-	-	-	2	9	-	2	2	13
Liberecký	9	9	9	9	9	8	8	62	70	70	-	-	-	3	5	-	-	1	-
Královéhrad.	17	17	17	17	63	63	63	62	61	62	1	-	-	-	9	-	2	2	2
Pardubický	4	2	2	2	1	1	1	98	98	98	-	-	-	-	6	-	3	-	3
Vysočina	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	-	-	5	-	1	-	3	-	3
Jihomoravs.	6	7	6	6	6	6	6	6	7	7	4	2	7	4	4	-	1	2	2
Olomoucký	29	29	29	28	25	27	27	60	59	59	1	1	-	-	6	1	1	1	5
Zlínský	7	7	7	7	16	18	86	99	99	99	-	-	-	-	7	-	-	4	5
Moravskosl.	16	16	18	17	18	19	18	18	19	18	1	-	7	2	8	1	5	3	4

[1] ve vlastnictví fyzické či právnické osoby (např. s.r.o.), zahrnuje i a.s., kde je 100% vlastníkem kraj či obec (město)

Zdroj dat: ÚZIS

Další významné strukturální změny v nemocniční síti probíhaly po roce 2000 v souvislosti se změnou zřizovatele. Tyto změny se nedotkly fakultních nemocnic (řízené Ministerstvem zdravotnictví) a nemocnic vojenských a vězeňských (Min. obrany). Motorem změn, které ve většině krajů proběhly v letech 2004 či 2007, byly aktivity nově zřízených

krajských samospráv, které započaly s privatizačním procesem a nemocnice převáděly na právnické osoby (a.s., s.r.o.). Ze 189 nemocnic působící v ČR na sklonku roku 2010 jich bylo 121 „privátních“ soustřeďujících necelou polovinu lůžek i hospitalizovaných osob. V těchto „privátních“ zařízeních je však zahrnuto také 53 nemocnic – obchodních společností se 100% podílem veřejného (krajského nebo obecního) majetku.Tato zařízení se podílela na privátním lůžkovém fondu nemocnic 70 %. Z toho vyplývá, že privátních nemocnic, které nejsou zcela ovládány veřejným sektorem, bylo na konci r. 2010 v ČR méně než 70 a na lůžkovém fondu všech nemocnic se podílely necelými 15 %.Údaje o jejich rozložení do krajů jsou poměrně obtížně dostupné, zřejmé však je, že ve 4 krajích dosud z pohledu hospitalizačních výkonů dominují nemocnice řízené buď státem (Praha, částečně Jihomoravský) či přímo krajem (Vysočina a Moravskoslezský).

U lůžkových zařízení určených převážně pro seniory (nemocnice násl. péče, léčebny pro dlouhodobě nemocné a hospice) převažují ty, jejichž zřizovatelem je právnická osoba. V SV Čechách a na Moravě si udržela významnější vliv zařízení ve správě kraje, obcí či církve.

Tab.č. 7: Míry hospitalizace obyvatel a průměrná délka ošetřovací doby dle kraje bydliště hospitalizovaných

ČR, kraj bydliště	Počet případů hospitalizace na tis. obyvatel (příslušné skupiny)[1]												Průměrná ošetřovací doba (ve dnech)[1]					
	celkem						muži		ženy		děti (0-14 let)							
	2000	2002	2004	2006	2008	2009	2000	2009	2000	2009	2009 muži	2009 ženy	2000	2002	2004	2006	2008	2009
ČR	**212**	**219**	**229**	**221**	**218**	**215**	**190**	**192**	**233**	**238**	**223**	**196**	**7,9**	**7,7**	**7,5**	**7,2**	**6,9**	**6,9**
Hl.m.Praha	189	213	205	183	175	171	171	150	205	191	199	168	8,4	8,0	8,3	7,9	7,6	7,4
Středočes.	212	213	229	212	218	218	188	190	235	244	224	195	7,8	7,2	7,4	7,0	6,4	6,4
Jihočeský	205	214	220	216	219	214	183	195	226	232	206	183	7,9	7,7	7,3	7,1	6,6	6,6
Plzeňský	210	213	214	210	204	203	187	183	233	223	228	201	8,0	8,0	7,9	7,6	7,3	7,3
Karlovarský	221	227	235	227	222	220	195	197	246	242	222	191	7,6	7,3	7,5	7,0	6,7	6,8
Ústecký	249	243	266	251	244	243	212	213	285	272	232	204	8,1	7,7	7,3	7,2	6,9	6,9
Liberecký	216	220	240	249	246	244	189	217	237	269	240	213	7,4	7,5	7,6	7,1	7,0	7,1
Královéhrad.	205	201	213	207	205	199	183	178	227	219	210	191	8,3	8,1	7,8	7,6	7,4	7,7
Pardubický	202	203	217	214	211	210	183	188	220	231	206	183	7,6	7,4	7,7	7,7	7,3	7,2
Vysočina	221	231	244	238	237	231	197	206	245	256	232	199	7,5	7,5	7,1	6,9	6,4	6,5
Jihomoravs.	221	226	234	229	224	221	200	196	241	246	231	207	8,0	8,2	7,9	7,6	7,3	7,3
Olomoucký	201	203	221	214	216	215	182	193	219	237	218	197	7,4	7,1	6,9	6,6	6,3	6,3
Zlínský	212	222	229	234	229	226	188	202	234	249	239	212	7,4	7,3	7,0	6,6	6,4	6,5
Moravskosl.	207	220	233	227	219	215	187	194	227	235	221	196	8,0	7,6	7,5	7,0	6,9	6,5

[1] osob s trvalým bydlištěm v daném kraji hospitalizovaných v nemocnicích ČR (v libovolném kraji)

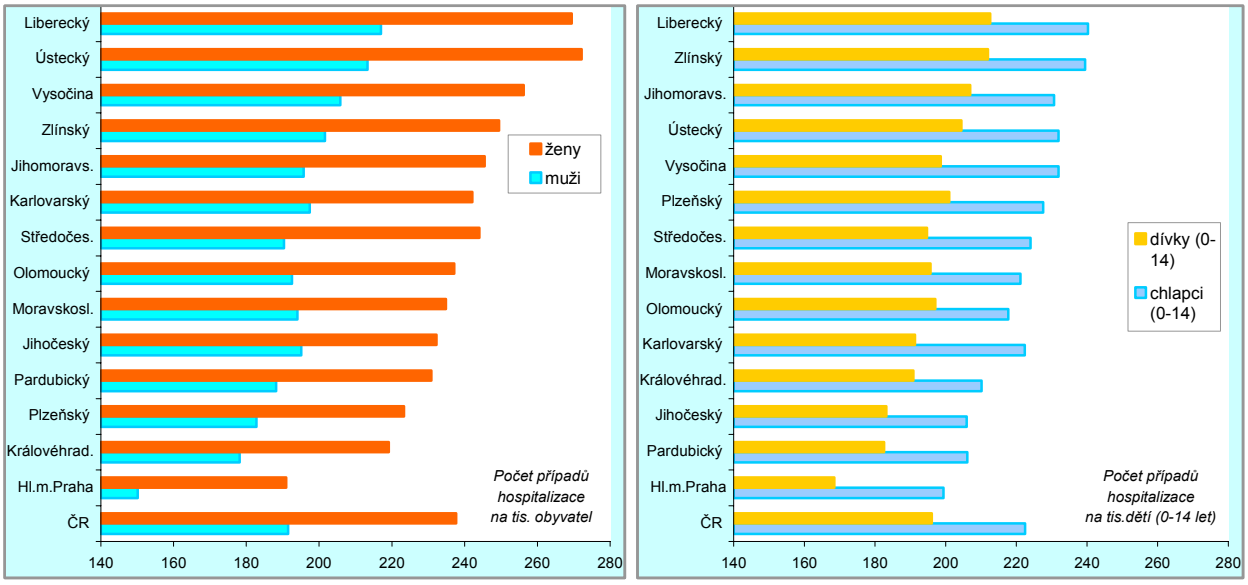
Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Statistika hospitalizací[10] umožňuje vedle sledování využití jednotlivých lůžkových zařízení a jejich oddělení také hodnocení zdravotního stavu obyvatel. V roce 2009 bylo v nemocnicích v ČR ukončeno 2,256 tis. případů hospitalizací (vč. překladů pacientů mezi jednotlivými odděleními), na tis. obyvatel připadalo 215 případů. Změny počtu hospitalizací neodráží pouze zdravotní stav populace, ale také legislativní zásahy v systému zdravotní péče, změny věkové struktury populace a též metodické změny v systému zpracování dat. V roce 2006 došlo k revizi dat z Národního registru hospitalizovaných. Data byla při zpracování očištěna od duplicitních záznamů hospitalizací vzniklých vlivem překladů v rámci

[10] Statistika hospitalizací vychází z jednotlivých hlášení o ukončených případech hospitalizace. Zpravodajskou jednotkou je každé lůžkové oddělení zdravotnického zařízení (poskytuje data za hospitalizované pacienty v ČR na všech odděleních nemocnic včetně fakultních a nemocnic následné péče). Data jsou uložena v národním registru hospitalizovaných, který obsahuje případy všech hospitalizovaných osob na území ČR, včetně všech cizinců (cizinci s dlouhodobým pobytem jsou přiřazeni k trvale bydlícímu obyvatelstvu) i bezdomovců. Za jeden případ hospitalizace se považuje každé ukončení hospitalizace na jednom oddělení, ať již hospitalizace skončila propuštěním nebo úmrtím pacienta či jeho přeložením na jiné oddělení nebo do jiného zařízení. Zařazeny jsou všechny případy hospitalizace ukončené ve sledovaném roce, bez ohledu na to, ve kterém roce začaly. V počtu ošetřovacích dnů je započítána celková doba hospitalizace, i když započala v předcházejícím roce.

jednoho oddělení. Údaje byly takto zpětně ošetřeny pouze za úroveň ČR, v letech 2000-5 byl v průměru počet hospitalizací snížen o 1,5 %. Pokud jde o vliv demografického stárnutí, vzrostl mezi roky 2000 a 2010 počet obyvatel starších 65 let o (tvořících třetinu případů hospitalizací) 15 %. Počet hospitalizací se zvyšuje i vlivem zvyšující se porodnosti (počet živě narozených dětí se za stejné období zvýšil o 30 %). Vývojové tendence počtu hospitalizací je třeba s ohledem na tyto protichůdné vlivy interpretovat opatrněji. Je však zřejmé, že mezi roky 2000 a 2005 se míra hospitalizace populace ve všech krajích zvyšovala, od té doby dochází k mírnému poklesu (nejméně je tento trend patrný na Liberecku). Míra hospitalizace byla v roce 2009 nejvyšší v krajích Ústeckém a Libereckém (o 13 % zde převyšovala národní úroveň; postavení obou krajů může být ve skutečnosti ještě o něco horší, uvážíme-li jejich zvýhodnění mladší věkovou strukturou). Mírně nadprůměrné míry hospitalizace mají také obyvatelé Vysočiny a Zlínska. Pozitivní situace převládá naopak na Plzeňsku, Královéhradecku a hlavně v Praze (s hodnotou o pětinu pod úrovní ČR). Míra hospitalizace se ve vztahu k ČR za poslední desetiletí nejvíce snížila v Praze, nejméně příznivý vývoj panoval na Liberecku.

Graf č. 6. Míry hospitalizace dle pohlaví u dospělých a dětí dle kraje bydliště hospitalizovaných v roce 2009



Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Výše pospané trendy platí pro obě pohlaví, míra hospitalizace žen dlouhodobě převyšuje úroveň můžu o čtvrtinu, regionální rozložení hospitalizací však zůstává pro obě pohlaví podobné. Málo se odlišuje postavení krajů mezi pohlavími také u dětských pacientů, pozice některých krajů zde však byla v roce 2009 v porovnání s celou populací mírně příznivější na Karlovarsku a Pardubicku a v kraji Jihočeském, horší naopak na Zlínsku. Postavení krajů v míře hospitalizace dětí a dospělých vykazuje velmi podobné rysy s tím, že u dětí jsou mezikrajské disparity menší a míra hospitalizace chlapců zde ve všech krajích na rozdíl od dospělé populace hospitalizace dívek převyšuje.

Potřeba nemocniční péče se neliší jen v závislosti na věku a pohlaví, nýbrž také podle jednotlivých specializačních oborů. Ke konci roku 2010 disponovaly nemocnice v ČR 62,2 tis. lůžky. Více než šestina lůžek připadla na oddělení interny, kromě 3 krajů (Prahy, Libereckého a Pardubického) lůžka v tomto oboru v krajích dominovala. Druhá nejčastěji zastoupená lůžka se nacházela na chirurgických odděleních, ve všech krajích patřila do první trojice oborů s nejvyšším počtem lůžek (na Karlovarsku tvořila tato lůžka 17 % nemocničního lůžkového fondu, v Praze 9 %). Třetí nejčastěji zastoupená lůžka v ČR náležela oboru následné a ošetřovatelské péče, v rámci krajů však jejich zastoupení významně kolísá – od 20-22 % (Středočeský, Pardubický) po méně než 5 % (severní

Morava). Téměř desetinu nemocničních lůžek nacházíme s omezenými mezikrajskými disparitami v oboru gynekologie. Páté místo v četnosti zaujímají lůžka pediatrická, s nejvyšším zastoupením v regionech s mladším obyvatelstvem (Ústecko a Karlovarsko, kde tvoří více než desetinu všech lůžek). Tato lůžka však sama o sobě nezahrnují vždy rozhodující část nabídky lůžek pro dětské pacienty, neboť některé kraje (speciálně Praha) vyčleňují nezanedbatelné množství lůžek na dílčích specializovaných odděleních (např. dětská onkologie). Podobně tomu je i u lůžek novorozeneckých, kde na novorozeneckých odděleních bylo soustředěno jen 40 % všech nemocničních novorozeneckých lůžek, významný podíl novorozeneckých lůžek nacházíme v Praze. Do Prahy jsou také častěji soustředěna lůžka ortopedická, kardiologická a kardiochirurgická a lůžka v dalších vysoce specializovaných oborech (neurochirurgie aj.). Za zmínku stojí ještě vyšší zastoupení lůžek na odd. TBC a respirač. nemocí na SV Moravy, které především v kraji Moravskoslezském částečně souvisí s vyšší nemocností populace na nemoci dýchacích cesty.

Tab.č. 8: Struktura nemocničních lůžek v krajích dle specializace k 31.12.2010

ČR, kraj sídla zařízení	Nemoční lůžka celkem	v tom na oddělení (v %)																	
		Interna	Chirurgie	Gynekologie	Novorozenecké	Pediatrie	Infekční	TBC, respirační nemoci	Ortopedie	Neurologie	Psychiatrie	Kardiologie a Kardiochirurg.	Klinic. a radiční onkologie	Urologie	ORL	ARO	Rehabilitační, fyz. med.	Ošetřovatelská péče a DIOP*	ostatní
ČR	**62 219**	**17,4**	**13,5**	**9,0**	**1,5**	**7,7**	**2,3**	**2,4**	**4,9**	**4,8**	**1,9**	**2,5**	**1,9**	**2,6**	**2,3**	**1,5**	**2,7**	**11,1**	**10,1**
Hl.m.Praha	10 018	11,7	9,4	8,2	3,1	3,6	2,4	2,8	6,8	4,4	2,4	7,2	2,0	2,7	2,7	1,7	2,5	7,4	19,1
Středočes.	5 908	21,4	15,1	10,9	0,4	7,9	1,2	1,4	5,4	3,7	-	-	0,4	1,7	2,0	1,8	2,1	20,4	4,3
Jihočeský	3 538	16,1	14,4	10,4	2,4	9,6	3,8	2,3	4,0	4,3	1,8	3,0	1,9	3,3	1,9	1,1	2,3	10,3	7,0
Plzeňský	3 508	21,3	14,8	9,4	2,7	6,5	2,1	2,2	4,5	4,3	2,9	1,0	1,9	1,6	2,0	1,0	2,1	9,9	10,0
Karlovarský	1 613	17,9	17,0	10,4	-	11,8	2,5	1,9	3,5	4,1	2,5	0,9	2,5	2,8	2,5	1,2	1,7	14,0	2,8
Ústecký	5 122	15,9	13,6	10,2	1,2	10,1	1,5	2,4	3,6	4,9	2,4	1,2	1,9	2,2	1,6	0,8	3,1	15,8	7,5
Liberecký	2 674	16,1	15,3	9,7	1,0	6,7	1,0	1,1	5,0	3,8	1,9	2,0	1,8	2,7	1,2	1,0	2,5	17,3	9,8
Královéhrad.	3 562	20,2	12,9	8,5	-	9,2	1,4	1,4	4,6	3,5	3,1	4,0	3,3	3,0	2,9	1,1	5,4	8,6	6,8
Pardubický	2 641	13,8	10,8	9,1	-	9,5	1,9	1,4	2,8	6,9	2,1	2,6	1,7	2,8	2,6	1,3	1,0	22,0	7,7
Vysočina	2 790	18,8	16,9	9,0	-	10,5	4,1	2,8	5,5	5,6	-	1,8	2,6	3,8	2,0	1,0	2,4	8,4	4,8
Jihomoravs.	7 886	16,9	13,6	7,1	1,8	5,7	3,4	2,4	4,3	4,3	2,4	1,2	3,0	2,2	2,3	1,7	3,3	11,4	13,0
Olomoucký	3 380	20,0	12,9	8,7	1,5	10,2	1,2	2,8	5,9	6,3	3,8	1,2	1,9	2,1	3,1	2,2	1,7	2,0	12,3
Zlínský	3 051	18,8	14,7	10,0	1,9	9,5	3,0	3,7	4,7	5,2	-	-	1,3	3,4	2,2	1,5	2,1	11,0	7,0
Moravskosl.	6 528	20,8	14,8	8,0	1,1	8,8	2,3	3,7	4,1	6,7	1,4	2,1	1,6	3,2	2,5	1,7	3,4	4,7	9,0

* DIOP = dlouhodobá intenzivní ošetřovatelská péče

Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Počet nemocničních lůžek se v ČR mezi roky 2000 a 2010 snížil o téměř 8 %. Za polovinou úbytku stojí lůžka na interních odděleních, další třetina redukce jde na vrub chirurgických lůžek. Lůžka v těchto klíčových oborech se snižovala ve všech krajích, relativně nejméně v krajích Vysočině a Jihomoravském, naopak čtvrtinu až třetinu lůžek přestaly provozovat nemocnice v Praze a v kraji Moravskoslezském. Relativně nejcitelnější propady postihly za poslední desetiletí lůžka na očních a kožních odděleních (v ČR o více než třetinu, na severní Moravě klesly na polovinu úrovně roku 2000). Nemocniční lůžka v některých oborech od roku 2000 úplně zanikla (např. v psychiatrii na Vysočině, kde všechny lůžkové výkony přešly pouze na psychiatrické léčebny). Praze kompenzoval třetinový pokles pediatrických lůžek obdobný nárůst (v absolutním i relativním vyjádření) na novorozeneckých odděleních. Absolutně i relativně se v posledním desetiletí v nemocnicích jako celku navýšila kapacita lůžek následné a ošetřovatelské péče (v některých regionech i velmi výrazně; počet lůžek stagnoval jen v Moravskoslezsku). O tři pětiny se v ČR navýšila lůžková kapacita na odděleních rehabilitační a fyzikální medicíny.´, o třetinu na odděleních anesteziologicko-resuscitačních a o desetinu na ortopedii. Nárůst v těchto oborech byl patrný ve většině krajů, rozvoj lůžek na kardiologii a kardiochirurgii se naopak omezil jen na Prahu a Královéhradecký kraj.

Tab.č. 9: Nemocniční lůžka v krajích dle specializace srovnání stavu k 31.12.2000 a k 31.12.2010

ČR, kraj sídla zařízení	Nemocniční lůžka 2010/2000 (přírůstek, úbytek v %)																			
	lůžka celkem	z toho na oddělení																		
		Interna	Chirurgie	Gynekologie	Novorozenecké	Pediatrie	Infekční	TBC, respirační nemoci	Ortopedie	Neurologie	Psychiatrie	Kardiologie a Kardiochirurg.	Klinic. a radiční onkologie	Urologie	ORL	ARO	Rehabilitační, fyz. med.	Ošetřovatelská péče a DIOP*	oftalmologie	dermato-venerologie
ČR	**-8**	**-19**	**-19**	**-19**	**31**	**-19**	**-23**	**-22**	**10**	**-13**	**-22**	**101**	**-20**	**-7**	**-27**	**33**	**59**	**60**	**-38**	**-36**
Hl.m.Praha	-6	-38	-21	-16	28	-33	-21	-31	22	-23	-34	115	-24	-10	-30	45	350	47	-24	-30
Středočes.	-1	-6	-21	-8	-13	-32	-47	-22	40	-7	x	x	0	-6	-33	76	x	62	-9	-30
Jihočeský	-7	-16	-16	-16	0	-1	-8	-47	6	-18	0	52	-33	13	14	-7	34	83	-28	-50
Plzeňský	-6	-12	-10	-17	20	-18	4	1	12	1	-27	x	-36	-26	-26	40	26	64	-41	-49
Karlovarský	-9	-15	-22	-13	-100	6	-33	-21	-7	-27	-11	x	0	0	-36	0	x	44	-39	-42
Ústecký	-16	-32	-18	-14	x	-22	-48	-39	-3	-11	-40	x	-41	-7	-47	-2	15	23	-39	-40
Liberecký	5	-21	-10	-11	-7	-14	-28	0	0	16	-41	x	0	7	-46	-13	43	86	0	-2
Královéhrad.	-10	-11	-27	-26	x	-12	-51	11	-3	-3	-5	125	-4	-7	-9	23	27	27	-51	-36
Pardubický	4	-27	-26	-24	-100	-8	0	0	-4	-3	0	0	53	-22	0	35	-7	429	-43	0
Vysočina	-8	-7	-5	-20	x	-2	6	4	11	-10	-100	x	0	-13	-35	17	13	40	-32	-22
Jihomoravs.	-4	-7	-18	-24	31	-17	-5	-31	5	-17	-22	0	5	4	-25	41	11	66	-31	-37
Olomoucký	-12	-16	-19	-23	0	-10	-26	-3	32	-9	13	x	0	-25	-31	90	12	x	-69	-43
Zlínský	-9	-11	-11	-13	0	-13	-15	-10	-15	-18	x	x	43	-6	-31	39	x	62	-48	-39
Moravskosl.	-18	-23	-26	-33	x	-30	-38	-8	-3	-13	102	8	-58	-6	-13	15	34	-5	-47	-50

* DIOP = dlouhodobá intenzivní ošetřovatelská péče

Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Využití nemocničních lůžek není mezi jednotlivými specializovanými odděleními zdaleka shodné. Odhlédneme-li od tradičně vysokého využití lůžek následné ošetřovatelské péče, pak v rámci akutní péče vykazují z významnějších oborů vyšší využití lůžka rehabilitační a fyzikální medicíny, lůžka na odd. interny. Mezi roky 2000 a 2010 navzdory rozšiřující se kapacitě vzrostlo využití lůžek na novorozeneckých odděleních (ve všech krajích, nejvíce v Praze, středních Čechách a Liberecku), a mírnějším tempem na odd. ARO (vyjma J a JZ Čech ve všech krajích, nejvíce na Liberecku). I přes silně redukované stavy dále pokračoval pokles již tak nízkého využití lůžek na očních odděleních, v roce 2009 byly ročně v průměru využity jen 129 dní (z maximální kapacity). Podprůměrné využití mají ve většině krajů také lůžka gynekologická, oproti roku 2000 se však již významně nesnižuje.

Tab.č. 10: Využití lůžek na vybraných odděleních nemocnic v krajích

ČR, kraj sídla zaří-zení	Využití lůžek ve dnech maximální kapacity																					
	Interna		Chirurgie		Gyneko-logie		Novorozenecké		Pediatrie		TBC, respirační nemoci		Ortopedie		Neurologie		ARO		Oftalmo-logie		Rehabili-tační, fyz. med.	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
ČR	**282**	**272**	**263**	**244**	**227**	**222**	**264**	**316**	**223**	**231**	**266**	**233**	**260**	**251**	**269**	**257**	**250**	**277**	**203**	**129**	**288**	**286**
PHA	283	262	259	234	220	256	270	332	212	252	243	220	248	249	250	233	256	276	205	126	259	294
STČ	284	273	258	242	220	202	147	275	196	201	230	233	239	224	277	263	247	297	182	88	-	286
JHČ	285	274	273	250	236	212	272	291	238	210	262	233	276	266	248	276	241	235	202	118	286	283
PLK	290	276	267	239	226	222	252	277	188	193	249	243	219	228	255	233	274	254	200	131	259	246
KVK	272	238	217	203	244	220	248	-	245	213	200	213	311	287	267	248	225	217	207	180	-	295
ULK	281	269	247	243	215	193	-	262	248	249	246	187	252	254	258	270	242	263	183	151	290	276
LBK	273	261	266	220	228	192	256	331	209	259	261	277	243	233	252	228	224	318	230	134	313	302
HKK	271	253	253	233	223	201	-	-	223	240	298	193	258	247	256	256	233	255	212	117	299	289
PAK	291	263	283	252	209	212	182	-	225	241	270	217	263	258	281	221	265	274	213	118	261	270
VYS	281	247	292	247	242	214	-	-	260	253	294	256	281	257	284	247	245	264	202	158	266	250
JHM	298	283	285	264	238	252	263	334	245	227	314	285	274	282	290	274	270	277	232	155	293	292
OLK	273	285	253	261	241	236	284	330	232	231	272	269	271	252	277	267	251	291	192	138	342	271
ZLK	270	293	258	257	231	228	301	332	193	208	265	225	236	228	283	265	242	253	220	136	-	308
MSK	282	285	257	246	222	228	-	345	213	246	282	221	297	259	279	277	249	294	184	91	283	294

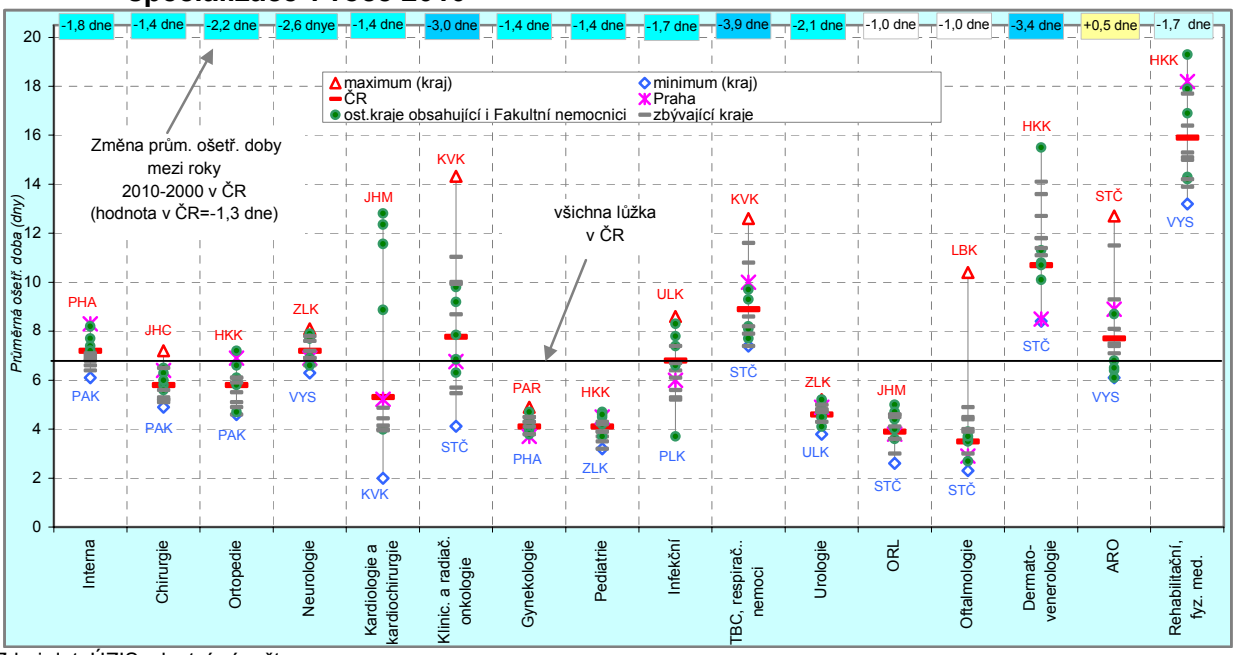
využití lůžek o 10 % vyšší oproti využití všech nemocničních lůžek v kraji

využití lůžek o 10 % nižší oproti využití všech nemocničních lůžek v kraji

Zdroj dat: ÚZIS

Ve významných oborech interny a chirurgie dosáhly současně v letech 2000 i 2010 podprůměrného využití lůžek (ve dnech maximální kapacity) nemocnice na Karlovarsku, Liberecku i Královéhradecku. Vysoké využíti těchto lůžek mají dlouhodobě zařízení na JZ Čech, v kraji Jihomoravském a vlivem zvýšení procenta využití mezi roky 2000 a 2010 též na Zlínsku a Olomoucku. Mezi ostatními obory v krajích dlouhodobě vyčnívá Karlovarsko s vysokým využitím ortopedických lůžek. Nemocnice v Jihomoravském kraji zaznamenávají dlouhodobě nadprůměrnou vytíženost lůžek napříč téměř všemi významnými obory akutní péče. Mezikrajské rozdíly měřené pomocí variačního koeficientu využití lůžek byly u nejvýznamnějších oborů akutní péče nejvyšší na oddělení ortopedie a pediatrie, nejmenší na odděleních interny.

Graf č. 7. Mezikrajské rozdíly průměrné ošetřovací doby na nemocničních lůžkách dle specializace v roce 2010



Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Průměrná délka ošetřovací doby v nemocnicích poklesla v ČR od r. 2000 o 1,3 dne na 7,5 dne v roce 2010. Pomineme-li lůžka s velmi dlouhou ošetřovací dobou (následná ošetřovatelská péče, geriatrie a psychiatrie), pak nejdéle pobývají v průměru pacienti na rehabilitačních lůžkách (16 dní), a na odd. dermatovenerologie (10,7). Tyto obory společné s lůžky na odd. ARO, kardiologie, kardiochirurgie, klinické a radiační onkologie zaznamenaly v roce 2010 nejvýraznější mezikrajské rozdíly délky pobytu pacientů. Z oborů, které jsou zastoupeny ve všech regionech, dosáhly v roce 2010 nejnižší doby pobytu pacientů (téměř o polovinu kratší oproti všem oborům) gynekologie, pediatrie, ORL a oční. Délka hospitalizace se mezi kraji prakticky neodlišovala u neurologie a dále na odděleních gynekologie a urologie.

Lůžka na některých nemocničních odděleních mají specifickou skupinu uživatelů z hlediska věku. Jde především o lůžka dětská (soustředěná zdaleka ne pouze jen na pediatrických odděleních), dále lůžka pro ženy v reprodukčním věku (gynekologická a novorozenecká) a konečně také lůžka pro seniory (geriatrická, ošetřovatelské a následné péče). Lůžka pro tyto 3 specifické skupiny uživatelů tvoří v ČR třetinu celkového lůžkového fondu, jejich podíl za poslední desetiletí mírně vzrostl (o 2 p.b.). Vysokého podílu dosahují hlavně v regionech s rozvinutou nemocniční ošetřovatelskou péčí – na Pardubicku (43 % lůžek v kraji), Středočeském (42 %) a Ústeckém kraji (39 %), na severní Moravě do této kategorie v roce 2010 spadala čtvrtina lůžek.

Tab.č. 11: Nemocniční lůžka v krajích pro děti, seniory a ženy v reprodukčním věku

ČR, kraj sídla zařízení	Nemočniční lůžka (k 31.12.) vyčleněná pro děti (a dorost)[1]				Obyv. ve věku 0-17 let	Nemočniční lůžka (k 31.12.) užívaná především seniory[2]				Obyv. ve věku 65+ let	Nemočniční lůžka (k 31.12.) užívaná ženami v reprodukčním věku[3]				Ženy ve věku 15-49 let
	2000	2005	2010	2010/ 2000[4]	2010/ 2000[4]	2000	2005	2010	2010/ 2000[4]	2010/ 2000[4]	2000	2005	2010	2010/ 2000[4]	2010/ 2000[4]
ČR	**9124**	**8126**	**7698**	**84**	**89**	**4871**	**6808**	**7328**	**150**	**115**	**7600**	**6814**	**6512**	**86**	**98**
Hl.m.Praha	1655	1566	1533	93	96	537	708	802	149	107	1224	1140	1135	93	105
Středočes.	852	673	624	73	107	779	815	1251	161	116	722	708	664	92	110
Jihočeský	489	462	459	94	88	200	359	365	183	116	526	494	454	86	96
Plzeňský	519	473	472	91	91	262	326	411	157	116	475	432	424	89	98
Karlovarský	238	207	195	82	87	157	212	226	144	122	208	186	168	81	95
Ústecký	824	728	669	81	90	655	743	808	123	116	612	504	586	96	95
Liberecký	268	257	233	87	90	249	428	475	191	117	323	291	288	89	97
Královéhrad.	497	455	437	88	88	242	366	338	140	114	410	334	303	74	95
Pardubický	347	318	298	86	88	114	546	596	523	114	327	287	240	73	96
Vysočina	338	302	280	83	83	255	274	233	91	114	316	269	252	80	94
Jihomoravs.	1085	990	967	89	87	702	1008	959	137	115	838	776	699	83	97
Olomoucký	492	422	377	77	86	125	229	157	126	116	435	355	345	79	94
Zlínský	417	430	385	92	83	273	279	366	134	117	407	410	363	89	93
Moravskosl.	1103	843	769	70	81	321	515	341	106	120	777	628	591	76	92

[1] kromě pediatrických lůžek i lůžka vyčleněná pro děti na ostatních odd.

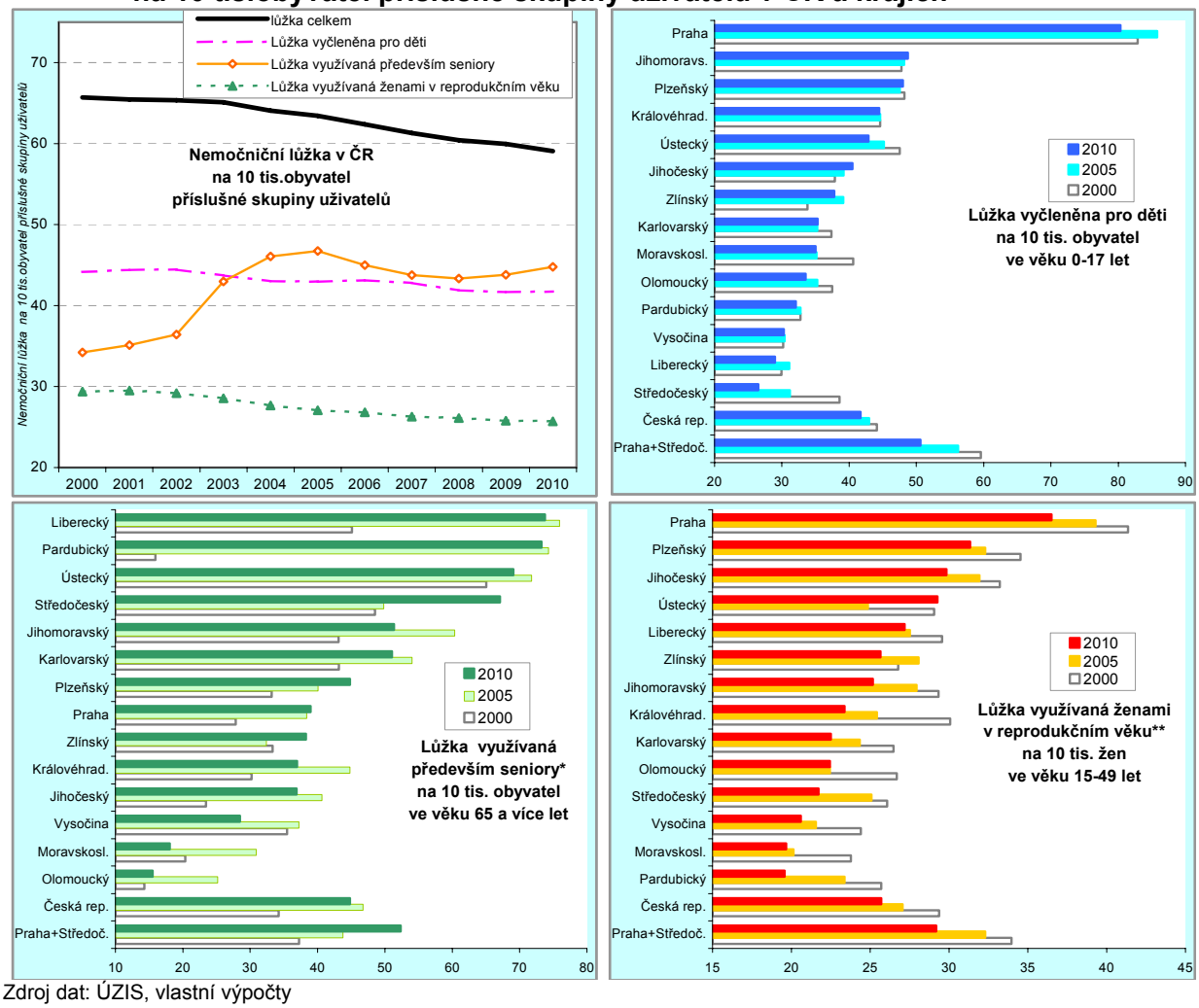
[2] lůžka na odd. geriatrie, následní péče; ošetřovatelská péče; dlouhodobá intenzivní péče

[3] lůžka na odd.ženském (gynekologickém); novorozencekém

[4] v procentech (stav roku 2000=100)

Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Graf č. 8. Nemocniční lůžka pro děti, seniory a ženy v reprodukčním věku na 10 tis.obyvatel příslušné skupiny uživatelů v ČR a krajích



Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Ze specifických skupin uživatelů se počet nemocničních lůžek v ČR zvýšil pouze u „seniorských lůžek“ (v r. 2010 o polovinu převyšoval úroveň roku 2000), stavy lůžek pro ženy v reprodukčním věku stagnovaly a lůžka pro děti a dorost se v tomto období snížila o šestinu. Stáhneme-li tyto stavy k počtu předpokládaných převažujících uživatelů, zjistíme, že vybavenost nemocničními lůžky se u seniorů v tomto období v ČR zvýšila „jen“o třetinu, u dětí klesla pouze o 6 % a nejvíce (o 12 %) se snížila u žen ve věku 15-49 let (kde byla také v roce 2010 o třetinu nižší než u zbývajících dvou skupin - viz graf 8). U seniorů nebyl tento vývoj na rozdíl od zbylých dvou skupin plynulý, vybavenost se zvyšovala především mezi roky 2002 a 2004, mezi roky 2005 –2008 se mírně snižovala (dočasné zastavení růstu ošetřovatelských lůžek při současném pokračujícím stárnutí populace).

Nejmenší mezikrajské rozdíly vybavenosti měly z hodnocených skupin ženy v reprodukčním věku (viz graf 8), vybavenost obyvatel Prahy byla o polovinu vyšší než občanů Pardubicka, rozdíl je patrný i při zahrnutí Prahy a Středočeského kraje do společného regionu (předpokládáme, že část obyvatel Středočeského kraje do pražských nemocnic dojíždí). Vybavenost žen ve věku 15-49 se mezi roky 2000 a 2010 snižovala ve všech regionech (o čtvrtinu ve východních Čechách, min. úbytky měly Ústecko a Zlínsko).

Vybavenost nemocničními lůžky pro děti a dorost se mezi kraji lišila především díky excentrickému postavení Prahy (v roce 2010 soustřeďovala pětinu všech lůžek vyčleněných v nemocnicích ČR pro děti při současně podprůměrném zastoupení dětí a dorostu na pražské populaci). Pokud opět sloučíme Prahu se Středními Čechami, dosahuje tento region úrovně Jihomoravského a Plzeňského kraje, avšak stále má o 2/3 vyšší vybavenost než nejhůře postavené Liberecko. Vybavenost dětskými lůžky klesala za poslední dekádu v polovině regionů (nejvíce – o třetinu – ve středních Čechách, tento pokles nebyl vykompenzován růstem v Praze), mírného zlepšení (o desetinu) se dočkali obyvatelé ve věku 0-17 let pouze v jižních Čechách a Zlínsku.

Tab. č. 12: Počet zařízení, hospitalizovaných a průměrná délka ošetřovací doby v odborných léčebných ústavech v krajích

ČR, kraj sídla zařízení	Počet zařízení (vč. lázeňských)			Počet hospitalizovaných (bez lázní) [1]			Průměrná ošetřovací doba (ve dnech)[2]								
							LDN a hospice			psychiatrické léčebny (pro děti i dosp.)			ostatní odborné léčebné ústavy		
	2000	2005	2009	2000	2005	2009	2000	2005	2009	2000	2005	2009	2000	2005	2009
ČR	**223**	**247**	**240**	**129234**	**140793**	**133732**	**65,6**	**64,6**	**56,6**	**79,3**	**79,4**	**80,7**	**27,9**	**25,7**	**25,9**
Hl.m.Praha	13	17	15	11867	14776	12625	180,0	116,2	101,9	68,5	67,7	68,4	8,9	9,3	14,9
Středočeský	25	26	21	18515	20677	18457	56,9	69,3	59,1	105,0	92,9	92,1	26,5	22,7	20,8
Jihočeský	15	15	15	7036	6589	6344	41,2	46,5	38,5	61,7	63,7	58,3	23,1	22,5	22,5
Plzeňský	6	7	7	5901	6162	6185	115,4	107,7	81,4	134,1	127,2	126,3	32,6	42,1	41,6
Karlovarský	32	51	54	648	895	1392	159,2	155,0	109,0	-	-	-	158,8	-	-
Ústecký	12	16	16	5351	7165	6272	101,2	67,6	64,4	90,6	72,2	68,3	19,3	26,6	57,5
Liberecký	12	8	6	5951	5503	5086	93,6	51,7	50,8	-	-	-	21,4	16,2	13,8
Královéhradecký	16	17	17	7073	7248	6096	64,3	59,9	59,9	50,5	51,9	53,1	20,0	24,1	27,0
Pardubický	13	8	8	12858	12701	12987	53,8	62,1	50,7	-	-	-	30,8	30,0	29,2
Vysočina	11	12	13	8979	9621	8662	50,0	54,9	63,1	103,1	98,8	103,2	35,7	38,3	43,0
Jihomoravský	10	11	11	8701	9575	9461	49,5	48,3	41,5	76,3	76,7	76,1	22,3	16,2	17,0
Olomoucký	19	20	20	8770	10278	10698	50,1	46,3	40,0	80,1	75,5	77,2	33,8	38,4	35,5
Zlínský	15	14	14	8960	8541	8479	42,6	46,8	36,0	68,9	70,6	76,4	26,8	-	-
Moravskoslezský	24	25	23	19184	22531	22502	67,3	58,7	49,4	48,7	52,4	53,8	38,0	32,9	31,0

[1] součet hospitalizací za kraje nemusí vždy odpovídat hodnotě za ČR kvůli překladu pacientů mezi jednotl. odd. v rámci zařízení či mezi nimi

[2] počet ošetřovacích dnů / počet hospitalizovaných

Počet hospitalizovaných = (přijatí + propuštění + zemřelí) / 2

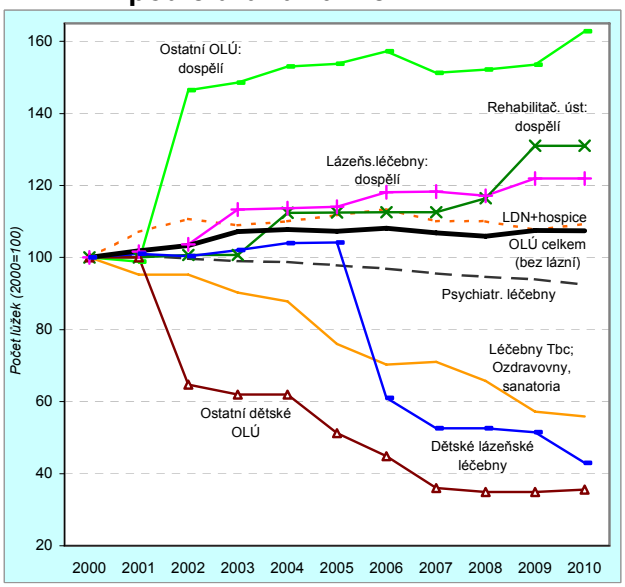
Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Zatímco regionální obraz vybavenosti lůžky u dětí a žen v plodném věku vykazuje určitě podobnosti, u vybavenosti starších obyvatel ošetřovatelskými a geriatrickými lůžky vidíme v popředí zcela jiné regiony – Ústecko, Liberecko, Pardubicko, všechny s 5-krát vyšší

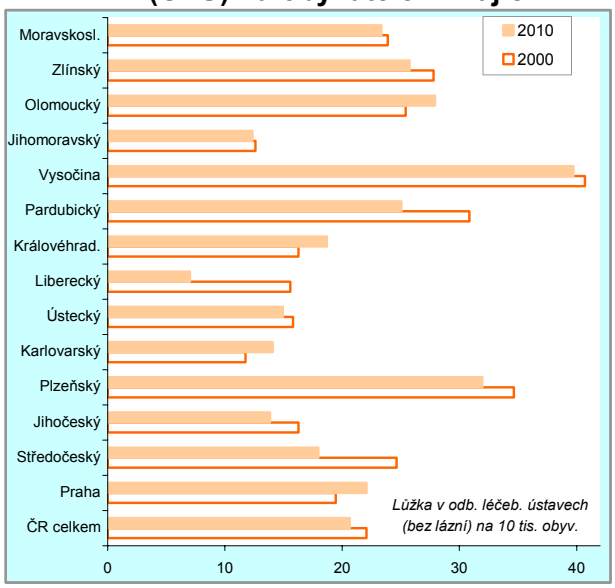
vybaveností než kraje severní Moravy. Vysoké disparity mezi kraji jsou způsobeny jednak tím, že v některých regionech se oblast ošetřovatelské následné péče teprve začíná rozvíjet a také tím, že v některých krajích tuto činnost suplují jiná něž nemocniční zařízení (především léčebny pro dlouhodobě nemocné a hospice).

Ke konci roku 2010 poskytovaly LDN společně s hospici v ČR 7,5 tis. lůžek, tedy obdobné množství jako nemocnice následné péče. V Ústeckém, Libereckém, Pardubickém a Jihomoravském kraji převládají lůžka v nemocnicích následné péče; lůžka v LDN a hospicích naopak především na severu Moravy a Vysočině. V každé pátém okresu tvoří veškerá lůžka pro seniory pouze LDN a hospice, v každém třetím okrese pak pouze nemocnice následné péče. Nejvyšší počet všech lůžek pro seniory v relaci na odpovídající populaci dosahují SZ Čechy, téměř o pětinu pod úrovní ČR se naopak nachází ve všech moravských krajích. Vybavenost lůžky pro seniory se od roku 2000 nejvíce zvýšila na Zlínsku a Moravsko-slezsku, prakticky stagnovala v Praze a ve středních Čechách. V roce 2009 byla všechna lůžka pro seniory využita po 313 dní max. lůžkové kapacity. Nejnižší celoroční vytížení (290 dní) vykázala lůžka v krajích Jihočeském a Pardubickém, na opačné části spektra se nacházely kraje Středočeský a Olomoucký (325).

Graf č. 9: Vývoj lůžkové kapacity v OLÚ podle druhu zařízení v ČR



Graf č.10: Lůžka v odborn. léčeb. ústavech (OLÚ) na obyvatele v krajích



Zdroj dat: ÚZIS

Koncem roku 2010 existovalo v České republice 157 odborných léčebných ústavů (OLÚ). Počet zařízení OLÚ (bez lázní) se v ČR v poslední dekádě mírně zvýšil (o 4 %), z dílčích zařízeních se rozrůstala pouze síť hospiců. Mírně se naopak v ČR snížila celková lůžková kapacita OLÚ – na 21,7 tis. lůžek (v r. 2000 byla o tisíc lůžek vyšší). Za poslední dekádu se téměř o polovinu zredukoval počet lůžek v léčebnách respiračních nemocí (vč. TBC), ozdravovnách a sanatoriích, snižovala se také kapacita psychiatrických léčeben (pro dospělé o 7 %, pro děti o 27 %). O polovinu se naopak navýšil počet rehabilitačních lůžek, mírně se rozvíjí také péče o seniory, lůžek v LDN a hospicích přibylo od roku 2000 v ČR 640.

Nejvyšší počet lůžek OLÚ na obyvatel byl na konci r. 2009 na Vysočině (2/3 lůžek připadal na psychiatrii), vyšší vybavenost měly také Pardubicko (rehabilitační péče) Olomoucko (léčebny respiračních chorob; rehabilitace) a Zlínsko (psychiatrie). Lůžkový fond OLÚ se od roku 2000 v krajích příliš nezměnil, za zmínku stojí pouze citelnější pokles na Liberecku i Pardubicku. V obou krajích se tak stalo v důsledku redukce dětských lůžek (léčba dýchacích onemocnění) a lůžek v LDN (na Pardubicku byl tento propad mezi lety 2000 a 2010 plně saturován vznikem téměř 500 lůžek následné ošetřovatelské péče v nemocnicích).

Lůžka OLÚ (bez lázní) lze rozdělit do čtyř skupin. Nejvýznamnější skupinu představují lůžka psychiatrická. Ta v roce 2010 tvořila v ČR 43 % kapacity všech OLÚ, vyjma Karlovarska, Liberecka a Pardubicka (kde chybějící péči zajišťovaly nemocnice) působí ve všech krajích. Druhá skupina představuje lůžka pro seniory (ošetřovatelská a hospicové péče, geriatrie), která ukrajují z celkové kapacity OLÚ 35 %. Rehabilitační lůžka zahrnují 11 % fondu OLÚ, nejvíce jich nacházíme ve středních a východních Čechách a Moravsko-slezském kraji. Necelou desetinu fondu pak reprezentují lůžka pro léčby dýchacích onemocnění, soustředěná hlavně na severní Moravu, Liberecko a Královéhradecko.

Psychiatrické ústavy mají mezi OLÚ tradičně nejvyšší využití lůžek, v roce 2009 byly v ČR využity po 333 dní maximální lůžkové kapacity, resp. z 93 % (skutečné kapacity), což bylo o 5 p.b. výše než před deseti lety. V regionech dosahují dlouhodobě nejvyššího využití léčebny v Jihomoravském a Plzeňském kraji (v r. 2009 téměř 350 dní max. lůžkové kapacity), nejmenší zájem o lůžka je typický pro Jihočeský kraj (320) a Královéhradecko (297, zde se však jedná jen o několik desítek lůžek v léčebně návykových nemocí). Vyjma Ústecka se využití psychiatrických lůžek za poslední dekádu zvýšilo ve všech krajích. Průměrná délka hospitalizace v psychiatrických léčebnách v ČR dlouhodobě stagnuje na 80 dnech (mírný pokles registrujeme jen ve středních Čechách a Ústecku) a mezi OLÚ je opět nejvyšší (téměř o 25 převyšuje dobu ošetření v LDN a hospicích). Její regionální rozdíly odráží odlišnou specializaci v některých regionech, nejkratší dobu (53 dní) pobývali pacienti v léčebnách v Královéhradecku a Moravskoslezsku (v obou krajích převažují lůžka k léčbě alkoholismu a jiných návykových nemocí). Nejdelší průměrnou dobu ošetření vykazují stabilně léčebny na Plzeňsku a Vysočině (přes 100 dní).

Tab.č. 13: Lůžková kapacita odborných léčebných ústavů v krajích a její využití

ČR, kraj sídla zařízení	Lůžková kapacita (vč. lázní)							Roční využití lůžek (ve dnech max. kapacity)[1]								
				2009 (struktura v %)				LDN a hospice			psychiatrické léčebny (pro děti i dosp.)			ostatní odborné léčebné ústavy		
	2000	2005	2009	LDN, hospice	psychiatric. léčeb.	lázeňské léčeb.	ost. zařízení	2000	2005	2009	2000	2005	2009	2000	2005	2009
ČR	**44846**	**48109**	**48209**	**15**	**20**	**55**	**10**	**326**	**325**	**316**	**319**	**333**	**333**	**270**	**287**	**286**
Hl.m.Praha	2299	2629	2665	42	51	-	7	334	304	298	330	328	329	266	237	201
Středočeský	3583	3641	3217	23	21	29	27	316	335	330	308	332	339	268	289	284
Jihočeský	2033	2405	2373	19	16	63	2	310	308	278	262	289	321	236	277	204
Plzeňský	2330	2319	2212	18	55	18	8	361	367	332	322	341	348	230	275	256
Karlovarský	9802	11847	13543	3	-	97	-	350	353	335	-	-	-	161	-	-
Ústecký	2609	2807	2421	21	33	45	1	330	313	314	329	327	310	185	263	280
Liberecký	1291	1100	997	6	-	69	25	337	355	358	-	-	-	272	216	259
Královéhrad.	2494	2450	2536	19	2	58	20	338	339	313	280	327	297	206	207	202
Pardubický	2144	1836	1872	11	-	31	58	311	329	283	-	-	-	299	337	320
Vysočina	2120	2262	2076	24	65	-	11	294	285	311	317	331	332	279	335	348
Jihomoravs.	1598	1611	1727	25	48	18	9	318	337	323	343	346	349	303	288	269
Olomoucký	4066	4343	4127	14	16	59	10	329	326	319	317	330	346	230	248	238
Zlínský	3613	3858	3671	11	30	59	-	310	281	337	321	348	326	282	-	-
Moravskoslez.	4864	5001	4772	22	21	39	18	329	333	321	309	335	325	309	330	344

[1] počet ošetřovacích dnů / průměrný počet lůžek

Maximální lůžková kapacita (v počtu ošetřovacích dnů) = průměrný počet lůžek x počet dnů ve sled. období (tj. počet dnů v roce)

Průměrný počet lůžek = stanovená lůžka k poslednímu dni minulého roku + (přírůstek stanovených lůžek za sled. období x počet dnů, po které byla tato lůžka v provozu / celkový počet dnů sled. období) - (úbytek stanovených lůžek za sledované období x počet dnů, po které nebyla tato lůžka v provozu / celkový počet dnů sledovaného období)

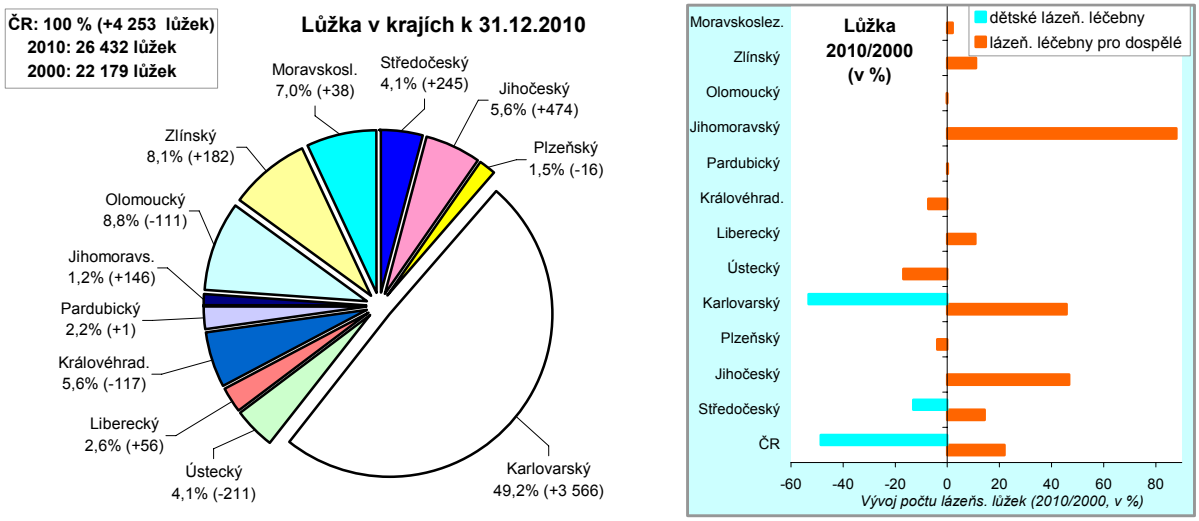
Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Bezmála 40 % lůžkové kapacity v LDN a hospicích bylo na konci roku 2009 soustředěno ve 3 krajích – Praze, Středočeském a Moravskoslezském. Po psychiatrických léčebnách se tato zařízení vyznačují nejvyšším využitím lůžek a i nejdelší průměrnou dobou hospitalizace, obě se však mezi roky 2005 a 2009 mírně snížily. Intenzivní využití lůžek vidíme dlouhodobě na Plzeňsku a Karlovarsku (vůbec nejvyšší je s velmi malým počtem lůžek na Liberecku), podprůměrné pak stabilně v kraji Jihočeském a Vysočina (v tom kraji jako v jednom z mála krajů přesáhlo využití lůžek v roce 2009 úroveň z roku 2000). Nejdéle

pobývali pacienti v zařízeních pro seniory v Praze a Karlovarsku (přes 100 dní, tedy více než dvojnásobek úrovně ČR), jako stabilní se také jeví relativně krátká doba pobytu v zařízeních v Jihočeském kraji a v krajích na Moravě (v roce 2009 kolem 40 dnů).

Ostatní zařízení OLÚ tvoří nestejnorodou skupinu, v některých krajích léčebny TBC a respiračních nemocí, jinde rehabilitační ústavy. Počet krajů, kde je alespoň jedna z těchto skupin zařízení významně přítomna není dostatečně veliký, proto zde detailnější regionální srovnání není možné. V celé ČR vykazují nejvyšší využití rehabilitační ústavy (blíží se úrovni psychiatrických léčeben), zřetelně nižší využití mají zřejmě i kvůli sezónnímu provozu léčebny dýchacích nemocí pro dospělé (v roce 2009 275 dní max. lůžkové kapacity) a především ozdravovny (125 dní). Průměrná doba pobytu pacientů se mezi léčebnami dýchacích nemocí a rehabilitačními ústavy příliš nelišila (40 dní).

Graf č. 11: Lůžka v lázeňských léčebnách podle krajů v letech 2000 a 2010



Zdroj dat: ÚZIS

Specifickou skupinou OLÚ představují lázeňská zařízení. V roce 2010 bylo v ČR v provozu 86 lázeňských zdravotnických zařízení, která disponují celkem 26 432 lůžky (88 % kapacity spravují soukromé osoby, 11 % patří zařízením zřizovaným Min. zdravotnictví a Min. obrany, jedno lázeňské zařízení provozuje město). O desetiletí dříve působilo pouze 63 zařízení, z nichž 17 bylo dosud státních a soustředilo 25 % lůžkového fondu všech lázní. Bezmála polovina lázeňských lůžek leží v Karlovarském kraji, který má na svědomí více než 80 % republikového přírůstku lůžkové kapacity od roku 2000 (viz graf 11). Síť lázeňských zařízení se dosud nerozšířila pouze do Prahy a kraje Vysočina. Díky nízké základně v roce 2000 se relativně za 10 let nejvíce zvýšila lázeňská kapacita v kraji Jihomoravském (v asb. vyjádření pouze o 150 lůžek). Stavy lůžek v lázních specializovaných pouze na děti se snížily v obou krajích, kde tato zařízení působí (Středočeském i Karlovarském), souhrnně na polovinu úrovně z roku 2000. Avšak počet dětských a dorostových pacientů se mezi roky 2003 a 2010 snížil jen o čtvrtinu[11]. Jak je patrné z tab. 14, lázeňskou péči pro tyto pacienty poskytuje polovina krajů. Tento druh péče je specifický také tím, že je hrazen plně ze zdravotního pojištění (vyjma dětí-cizinců). Zřejmě i to je jedním z důvodů plynulého poklesu počtu i délky trvání (z 36 v roce 2000 na 32 dní v roce 2010) dětských lázeňských pobytů. Počet dospělých lázeňských pacientů se od roku 2003 téměř o třetinu navýšil, relativně nejvíce v kraji Jihomoravském, téměř polovina absolutního přírůstku však jde na vrub zařízení sídlících na územích Karlovarského kraje.

[11] Před rokem 2003 nebyly do statistického sledování zahrnuty lázeňské hotely, které poskytují lázeňskou léčbu. Údaje z předchozích let proto nejsou plně srovnatelné.

Růst počtu lázeňských léčebných pobytů probíhal mezi roky 2000 a 2008 plynule. V posledních dvou letech však dochází k mírnému poklesu (o 1 % ročně), především vlivem méně častých pobytů cizinců (v roce 2010 se jich léčilo o desetinu méně než před 2 roky). Jak je patrné z grafu 12, průměrná ošetřovací doba cizinců mírně klesala již od roku 2003. Všichni cizinci si na rozdíl od občanů ČR musí léčebné výlohy plně hradit sami, nabízí se tedy hypotéza, že pokles může souviset s ekonomickou recesí. Faktem zůstává, že nejvíce (o polovinu) opadl zájem cizinců v zařízeních na území S a SV Čech, na Karlovarsku se v období 2008-10 snížil jméně - o 7 %.

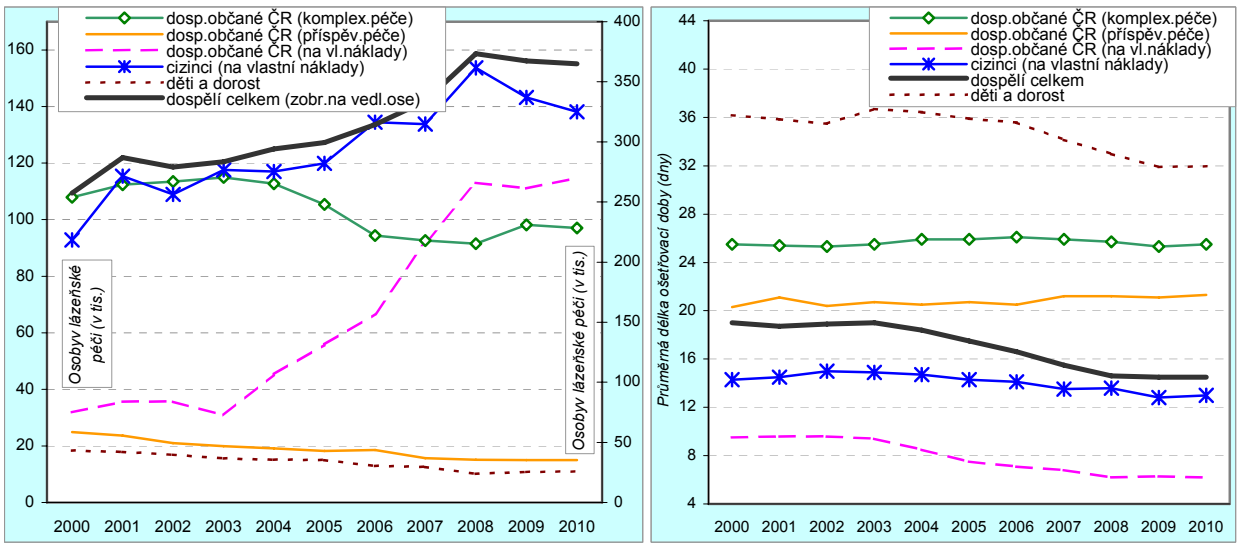
Tab.č. 14: Přijatí pacienti dle kraje sídla lázeňského zařízení

ČR, kraj sídla zařízení	Osoby čerpající lázeňsou péči (vč. doprovodu hrazeného ze ZP)															
	dospělí								děti a dosrost							
	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010/ 2003	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010/ 2003
ČR	**284005**	**299880**	**314608**	**334371**	**373732**	**367858**	**365367**	**1,29**	**19341**	**19014**	**16703**	**16478**	**13684**	**14555**	**14666**	**0,76**
Hl.m.Praha	-	-	-	-	-	-		x	-	-	-	-	-	-		x
Středočes.	12561	12432	11705	12729	11394	10221	10418	0,83	722	736	650	622	500	749	692	0,96
Jihočeský	20060	24500	26107	12514	36423	38317	37632	1,88	-	-	-	-	-	-		x
Plzeňský	4172	3220	2638	3218	3119	3793	3413	0,82	-	-	-	-	-	-		x
Karlovars.	128191	128314	145512	153211	171290	162282	163120	1,27	5391	5433	4566	3566	2718	3192	2782	0,52
Ústecký	15648	17445	19383	21961	22335	19460	20128	1,29	1126	909	984	612	733	500	581	0,52
Liberecký	7685	7224	7834	12860	6181	6339	6370	0,83	-	-	-	-	-	-		x
Královéhr.	15784	15282	16245	17048	17150	16062	15865	1,01	3213	2990	2900	3042	3092	3268	3386	1,05
Pardubický	8218	8900	9042	7627	11160	11121	11536	1,40	-	-	-	-	-	-		x
Vysočina	-	-	-	-	-	-		x	-	-	-	-	-	-		x
Jihomorav.	3089	3112	3116	5900	6863	7331	8050	2,61	-	-	-	-	-	-		x
Olomoucký	22389	29985	22183	31092	38100	35347	31202	1,39	4677	4779	4171	4669	3455	3775	3655	0,78
Zlínský	26595	29134	30307	33112	31546	33323	33189	1,25	2452	2423	2082	2266	1793	1855	2138	0,87
Moravskosl.	19613	20332	20536	23099	18171	24262	24444	1,25	1760	1744	1350	1701	1393	1216	1432	0,81

Zdroj dat: ÚZIS

Vedle cizinců stojí za dlouhodobým oživením zájmu o lázeňské léčebné pobyty především občané ČR, kteří si je plně hradí ze svého. Zatímco v roce 2003 se temto typ domácí klientely na všech dospělých pacientech lázní podílel desetinou, v roce 2010 již téměř třetinou. Více než polovinu léčených pacientů tvoří domácí samoplátci především v krajích s menšími lázeňskými zařízeními (Jihočeský kraj a všechny kraje Moravy vyjma Moravskoslezského).

Graf č. 12: Léčené osoby a průměrná ošetřovací doba podle druhu pacientů a poskytnuté lázeňské péče v ČR



Zdroj dat: ÚZIS

Na národní úrovni však v lázních stále domácí samoplátce početně předčí cizinci, jejichž podíl na všech hostech dlouhodobě kolísá kolem 40 %. Je to způsobeno silnou atraktivitou lázní karlovarského kraje, kam za léčebnými pobyty v roce 2010 směřovalo 92 % cizinců (v roce 2003 jen 79 %), tvořících zde téměř 80 % pacientů. Podíl cizinců na lázeňské klientele se dlouhodobě snižuje hlavně v S a SV Čechách.

Tab.č. 15: Druhy poskytnuté lázeňské péče v kraji sídla lázeňského zařízení

ČR, kraj sídla zařízení	Poskytnutá lázeňská péče dospělým (struktura léčených osob v %)															
	na náklad zdravotního pojištění								plně na vlastní náklady							
	komplexní lázeňská péče				příspěvková lázeňská péče				obyvatelé ČR (rezidenti)				cizinci			
	2003	2005	2007	2010	2003	2005	2007	2010	2003	2005	2007	2010	2003	2005	2007	2010
ČR	**40,6**	**35,2**	**27,7**	**26,6**	**7,0**	**6,1**	**4,7**	**4,1**	**10,9**	**18,7**	**27,5**	**31,5**	**41,5**	**40,1**	**40,1**	**37,9**
Středočeský	55,8	56,6	48,7	50,9	5,2	4,4	4,4	3,4	27,2	28,9	38,3	38,3	11,9	10,2	8,5	7,4
Jihočeský	65,2	53,8	54,3	39,1	8,6	7,8	6,9	4,7	16,3	30,8	38,1	54,5	9,9	7,6	0,8	1,7
Plzeňský	54,8	51,9	41,1	45,0	4,8	6,8	4,3	2,7	6,0	10,8	21,9	33,4	34,4	30,4	32,7	18,9
Karlovarský	19,1	16,3	12,3	10,8	3,0	2,6	2,0	1,6	5,3	5,6	9,9	9,5	72,5	75,5	75,9	78,1
Ústecký	38,0	37,7	28,5	31,2	5,9	5,0	4,4	7,5	5,4	12,1	40,2	47,5	50,7	45,2	26,9	13,7
Liberecký	44,8	32,8	18,9	35,8	13,1	11,7	7,2	11,9	4,0	10,5	49,9	35,3	38,1	45,0	23,9	17,0
Královéhrad.	69,2	64,9	60,8	63,5	10,8	11,7	9,3	8,0	9,1	14,5	23,4	26,3	10,9	8,9	6,5	2,3
Pardubický	74,9	69,0	58,4	51,4	15,1	7,5	14,8	9,2	8,3	22,5	26,4	39,0	1,7	1,0	0,4	0,4
Jihomoravský	72,0	75,6	45,8	33,8	21,5	24,4	15,9	11,3	6,5	0,0	38,3	54,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Olomoucký	65,1	43,8	38,2	31,5	16,0	11,0	7,1	5,0	5,7	38,4	51,6	62,2	13,1	6,8	3,1	1,3
Zlínský	32,4	27,1	22,6	21,8	10,4	7,9	7,1	7,0	43,0	51,9	60,2	61,3	14,2	13,0	10,2	9,8
Moravskoslez.	84,3	71,4	61,2	55,8	8,3	8,4	4,6	3,3	5,2	17,2	30,2	37,2	2,1	3,0	3,9	3,6

Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Pojištěnci zdravotních pojišťoven mohou využívat buď komplexní lázeňskou péči nebo příspěvkovou lázeňskou péči. 85 % osob pobývajících v lázních na náklady zdravotních pojišťoven čerpá péči komplexní, tento podíl se mezi roky 2003 a 2010 nezměnil. Snížil se ale podíl léčených pacientů na náklady zdravotn. pojištění, na celkovém počtu tuzemských léčených osob se v roce 2003 podílel 81 %, v roce 2010 již pouze 49 %. Podíl tuzemců léčených na náklady pojišťoven byl v r. 2010 nejvyšší na Královéhradecku (73 %), kolem 60 % se pohyboval v Moravskoslezsku, Pardubicku, ve střed. a JZ Čechách, naopak v krajích Olomouckém a Zlínském byla takto léčena jen třetina domácích pacientů.

Tab.č. 16: Ambulantně odléčené osoby dle kraje sídla lázeňského zařízení

ČR, kraj sídla zařízení	Absolutně (děti, dorost i dospělí)												Struktura (%)	
	2000	2001	2002	2003[1)]	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010/ 2003	2003	2010
ČR	**21 777**	**24 321**	**29 389**	**46 121**	**52 943**	**50 528**	**38 149**	**39 352**	**40 421**	**38 885**	**42 217**	**92**	**100,0**	**100,0**
Středočeský	814	829	821	960	1 082	1 092	1 242	1 378	1 576	1 591	1 365	142	2,1	3,2
Jihočeský	1 155	0	1 133	1 744	1 589	1 498	1 557	882	897	1 081	1 399	80	3,8	3,3
Karlovarský	2 899	6 029	4 469	18 149	19 359	21 783	5 858	6 667	4 496	3 806	5 071	28	39,4	12,0
Ústecký	1 890	1 506	1 322	1 202	952	864	1 043	776	929	1 041	2 011	167	2,6	4,8
Liberecký	284	728	734	82	413	242	107	143	324	494	377	460	0,2	0,9
Královéhrad.	1 112	1 260	1 397	1 582	1 421	1 382	1 348	1 532	814	1 513	1 682	106	3,4	4,0
Pardubický	191	763	729	0	662	500	598	570	600	631	703	x	0,0	1,7
Jihomoravs.	0	67	800	399	332	412	393	525	461	579	565	142	0,9	1,3
Olomoucký	2 714	3 206	2 992	10 146	11 144	3 889	2 602	5 880	7 799	7 669	8 724	86	22,0	20,7
Zlínský	10 475	8 414	13 587	11 088	15 989	18 391	22 634	19 853	21 216	18 953	19 116	172	24,0	45,3
Moravskosl.	243	571	1 405	769	0	475	767	1 146	1 309	1 527	1 204	157	1,7	2,9

[1)] Nárůst jak ambulantně odléčených osob, tak počtů lůžek a cizinců je způsoben zahrnutím Karlovarských lázeňských hotelových zaříz. do statistického sledování poprvé v roce 2003. Začleněním Karlovarských hotelových zařízení přibylo 1 236 lůžek a 14 929 cizinců.
Zdroj dat: ÚZIS

Další variantou příspěvkové lázeňské léčby je možnost objednat si pouze léčení ambulantní. Tuto službu využívá v ČR od roku 2003 v průměru 40 tis. osob ročně, tedy téměř 3-krát více než příspěvkovou lůžkovou léčbu. Tato služba je téměř z 80 % vyhledávána ve třech regionech (Karlovarsko, Olomoucko, Zlínsko), mezi roky 2003 a 2010 se významná část pacientů přesunula z Karlovarského do Zlínského kraje.

Tab.č. 17: Kapacita a využití lůžkových a ambulantních zařízení pro léčbu duševních poruch v krajích

	Počet lůžek				Počet lůžek v psychiatr. léčeb.+na odd. nemocnic			Počet hospitalizovaných[1] (dle kraje sídla zařízení) podle typu zařízení						Počet samostat. zařízení[2]	
	psychia-trické léčebny		psychatric. oddělení nemocnic		dětské, a doro-stové psych.	geron-topsy-chiatrie	k léčbě alkohol. a ostat. závisl.	psychiatrické léčebny			psychiatrická odd. nemocnic			lékaře special. psychi-atra	ne-lékaře psycho-logické
	2000	2009	2000	2009	2009	2009	2009	2000	2005	2009	2000	2005	2009	2010	2010
ČR	**10075**	**9467**	**1534**	**1383**	**622**	**1780**	**1431**	**40514**	**41563**	**39098**	**18113**	**19700**	**18501**	**716**	**435**
Hl.m.Praha	1397	1358	366	397	138	336	292	6 736	6 905	6 530	3 148	4 005	4241	152	99
Středočeský	750	680	-	-	-	235	63	2 202	2 432	2 502	-	-	-	50	28
Jihočeský	373	390	65	65	160	11	103	1 632	1 692	1 975	1 115	1 166	1088	42	20
Plzeňský	1320	1225	139	110	55	247	138	3 169	3 530	3 442	1 582	1 687	1491	60	12
Karlovarský	-	-	45	40	-	-	-	-	-	-	561	631	537	15	14
Ústecký	843	787	200	121	50	149	106	3 063	3 874	3 577	2 881	3 217	2500	40	18
Liberecký	-	-	87	76	25	-	-	-	-	-	1 064	853	1013	17	14
Královéhrad.	50	56	117	111	-	-	56	277	352	313	1 252	1 361	1376	42	12
Pardubický	-	-	55	55	-	-	-	-	-	-	698	816	885	31	14
Vysočina	1507	1354	60	-	84	243	212	4 638	5 025	4 404	551	-	-	38	18
Jihomoravský	797	827	241	189	-	-	80	3 479	3 729	3 791	2 907	2 846	2377	75	45
Olomoucký	773	675	115	130	30	156	110	3 061	3 230	3 025	1 381	1 148	1386	64	43
Zlínský	1250	1100	-	-	30	250	109	5 820	5 448	4 700	-	-	-	31	28
Moravskoslez.	1015	1015	44	89	50	153	162	6 440	6 482	6 130	975	1 973	1609	59	70

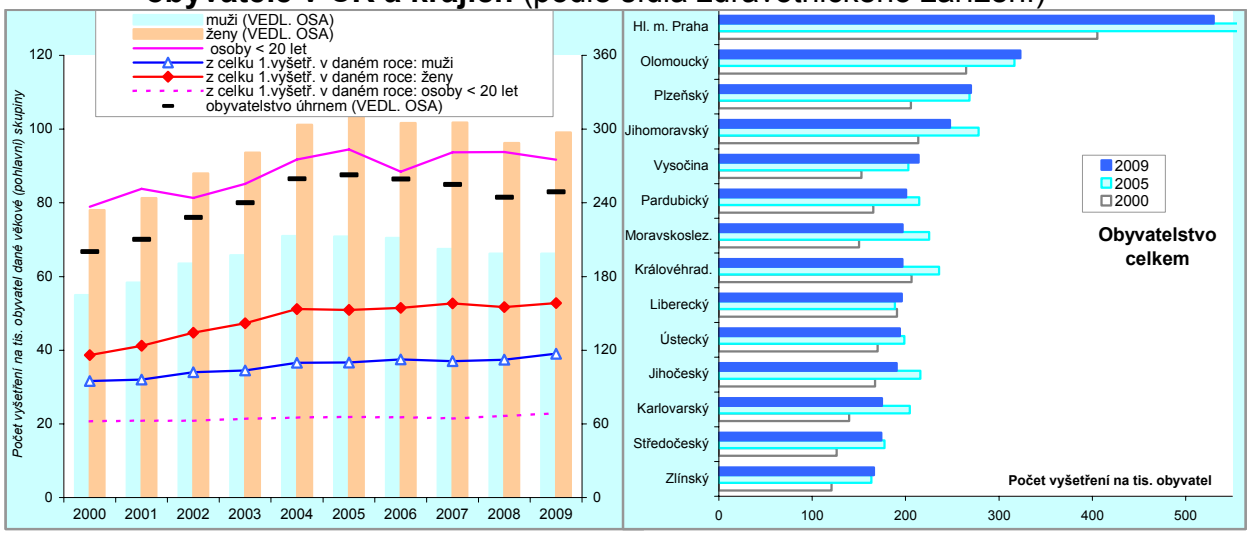
[1] součet hospitalizací za kraje nemusí vždy odpovídat hodnotě za ČR kvůli překladu pacientů mezi jednotl. odd. v rámci zařízení či mezi nim

[2] vč. deatšovaných pracovišť

Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Psychiatrickou péči zajišťují samostatné léčebny (součást OLÚ) a psychiatrická oddělení nemocnic. Lůžková kapacita se v ČR mezi roky 2000 a 2009 mírně snížila – v léčebnách o 6 %, v nemocnicích o 10 %. Redukce celkového lůžkového fondu proběhla v šesti krajích (Středočeském, Plzeňském, Ústeckém, Vysočině, Olomouckém a Zlínském). Lůžka v psychiatrických léčebnách je možno rozčlenit do tří skupin – na dětská a dorostová (více soustředěná v Praze a Jihočeském kraji), gerontopsychiatrická (Praha, Plzeňsko, Zlínsko a Vysočina) a lůžka pro léčbu závislostí (Praha, Vysočina).

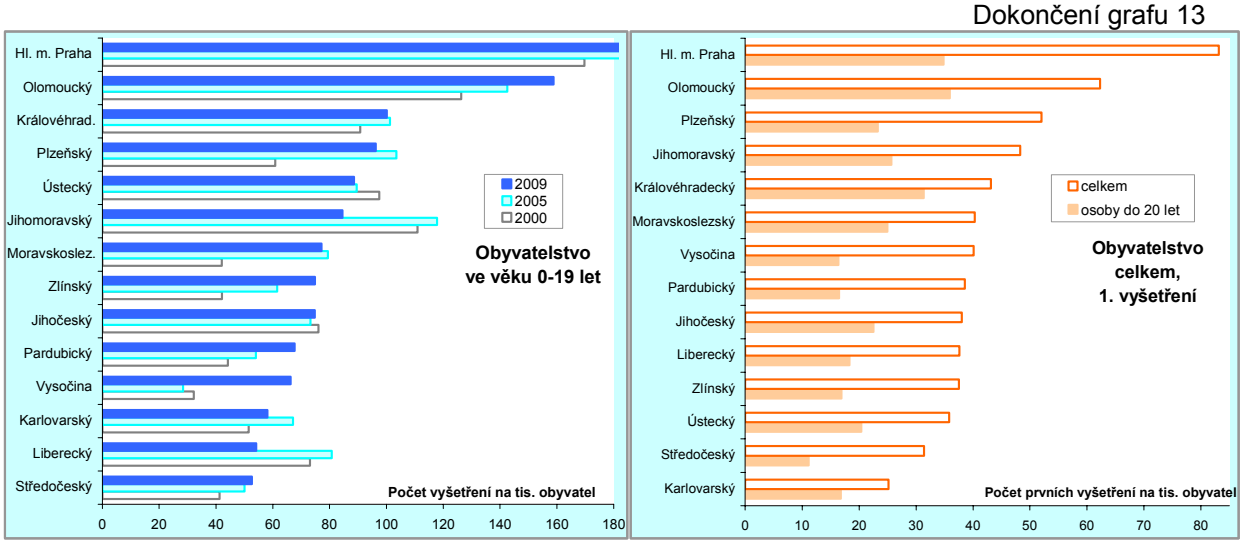
Graf č. 13: Počet vyšetření v ambulantních psychiatrických zařízeních na obyvatele v ČR a krajích (podle sídla zdravotnického zařízení)



Počet hospitalizovaných osob je v posledním desetiletí ustálený na necelých 60 tis. ročně, dvě třetiny hospitalizací pokrývají psychiatrické léčebny, zbytek psychiatrická oddělení nemocnic. Čtvrtina všech pacientů s duševními poruchami se však v roce 2010 léčila také na

jiných nemocničních odděleních (z poloviny šlo o oddělení interní, z 15 % pediatrická a z desetiny o neurologická), vážnější případy bývají postupně přeloženy na psychiatrická oddělení a posléze přímo do léčeben. Při dlouhodobě klesajícím počtu psychiatrických lůžek roste s konstantním počtem pacientů i průměrné doby pobytu jejich celková vytíženost.

Dokončení grafu 13



Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Zatímco výkony lůžkových psychiatrických zařízení stagnují, v případě ambulantních zařízení zaznamenáváme dlouhodobě rostoucí poptávku. Celkový počet vyšetření na obyvatele v ambulantních psychiatrických zařízeních se mezi roky 2000 a 2009 v ČR zvýšil o 24 %, u prvních vyšetření dokonce o 30 %. Rostoucí počet ošetření souvisí jednak se změnou životního stylu obyvatel, větší informovanosti veřejnosti a trendu k destigmatizaci duševních chorob. Významnou roli hraje také rozšiřující se síť ambulantních specialistů – psychiatrů či psychologů. Podle registru zdravotnických zařízení byla na konci roku 2010 více než pětina samostatných ordinací psychologů a psychiatrů soustředěna do Prahy, desetina sídlila v Jihomoravském kraji.

Počet vyšetření v psychiatrických ambulancích rostl zejména mezi roky 2000 a 2005, od té doby se zdá situace stabilizovaná. Vysoká nabídka ambulantních specialistů v kombinaci s dobrým přístupem k informacím o této problematice se promítá do vysokých intenzit ambulantních vyšetření v Praze. Excentrické postavení Prahy lze z části také vysvětlit dojížďkou obyvatel Středočeského kraje do těchto zařízení (vyšetření ve Středočeském kraji v přepočtu na bydlícího obyvatele je dlouhodobě nejnižší mezi kraji). Vedle Prahy zaznamenáváme vyšší relativní počty vyšetření také na Olomoucku, Plzeňsku a v kraji Jihomoravském (platí též pro první vyšetření). Pořadí „nejpostiženějších“ krajů bylo podobné i u všech ambulantních vyšetření populace ve věku 0-19 let (v relaci na odpovídající populace bydlící v kraji), mezi kraje s vysokými intenzitami se vklínilo ještě Ústecko a Královéhradecko. Nejvyšší intenzity prvních vyšetření u populace mladší 20 let registrujeme v roce 2009 na Olomoucku, v těsném závěsu se pohybují Praha a Královéhradecko. Nejnižší intenzity prvních psychiatrických vyšetření mladé populace byly vedle středních Čech také na Pardubicku a Vysočině.

Pro rámcové regionální porovnání zdravotního stavu populace lépe než statistiky vyšetření v ambulancích poslouží počty hospitalizovaných v psychiatrických lůžkových zařízeních (léčebny a nemocnice), které jsou členěné dle hlavních skupin diagnóz duševních poruch a trvalého bydliště hospitalizované osoby (viz tab. 18).

Tab.č. 18: Míra hospitalizace dle pohlaví, věku a vybraných diagnóz duševních poruch

	Ukončené hospitalizace*) (dle kraje bydliště) na 10 tis.obyvatel (roční průměr)													
	podle pohlaví						podle skupin diagnóz						děti ve věku 0-14 let	
	muži			ženy			dg. F10		dg. F11–F19		dg. F30–F59			
	2000-1	2004-5	2008-9	2000-1	2004-5	2008-9	2000-4	2005-9	2000-4	2005-9	2000-4	2005-9	2000-4	2005-9
ČR	**58,9**	**61,9**	**55,4**	**49,7**	**52,1**	**48,8**	**10,4**	**10,0**	**4,3**	**4,7**	**14,0**	**13,1**	**18,0**	**15,2**
Hl.m.Praha	71,7	68,8	59,1	65,1	63,2	59,0	11,4	10,4	10,1	8,6	15,2	14,4	21,3	13,2
Středočeský	44,9	48,6	43,1	36,8	38,5	37,5	7,1	7,3	4,0	4,9	10,1	9,8	13,4	12,2
Jihočeský	45,9	47,5	45,0	42,5	45,8	41,2	6,5	6,5	2,6	2,9	12,3	12,4	7,5	8,1
Plzeňský	49,5	57,3	54,7	47,0	55,4	48,7	8,2	9,8	3,1	4,9	14,3	13,4	20,6	22,1
Karlovarský	50,1	61,9	47,1	41,2	48,4	40,7	7,6	7,6	5,3	5,5	13,2	11,3	15,8	18,1
Ústecký	71,9	77,6	60,6	51,7	54,9	46,8	8,4	8,5	11,2	9,7	16,3	13,6	34,7	23,2
Liberecký	48,1	58,0	51,1	47,3	44,7	43,7	10,3	10,4	3,6	5,1	13,2	11,3	28,3	17,6
Královéhrad.	47,3	44,2	44,4	43,9	43,7	46,4	8,6	8,7	1,9	2,6	14,9	13,6	6,2	6,8
Pardubický	40,6	45,6	43,7	32,3	37,8	37,6	9,4	9,1	1,4	2,2	10,2	10,3	6,7	7,8
Vysočina	48,9	53,9	45,2	38,5	44,5	39,0	9,9	7,7	1,8	1,9	12,1	10,1	14,4	15,9
Jihomoravský	65,2	68,8	57,3	55,3	57,5	52,7	11,0	10,2	3,2	3,6	16,0	14,4	17,7	15,8
Olomoucký	72,3	75,2	72,9	64,9	66,1	63,9	14,2	14,8	2,0	3,5	14,4	17,8	22,0	21,0
Zlínský	69,8	70,4	59,8	52,1	50,8	48,0	14,9	14,2	2,2	2,2	14,7	12,3	21,7	14,6
Moravskoslez.	66,8	68,5	70,9	52,7	58,3	56,9	13,9	13,0	2,7	4,3	16,0	15,1	17,0	16,5

*) součet propuštěných a zemřelých v kalendářním roce;

F10: Poruchy duševní a poruchy chování, způsobené užíváním alkoholu

F11–F19: Poruchy duševní a poruchy chování, způsobené užíváním ostatních psychoaktivních látek

F30–F39: Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F40–F59: Neurotické, stresové a somatoformní poruchy a syndromy poruch chování, spoj. s fyziologic. poruchami a somatickými faktory

Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Nejvyšší míry hospitalizace na psychiatrických lůžkových zařízeních dlouhodobě zaznamenáváme u obyvatel Olomoucka (jak u mužů tak i žen o třetinu vyšší nad úrovni ČR), zhruba o 15 % nad republikovou úrovní se nacházel také Moravskoslezský kraj (s mírně horším postavením u mužů), o desetinu pak Praha (horší pozice u žen). Mírně vyšší intenzity hospitalizace měli obyvatelé Jihomoravského kraje a muži na Ústecku. O pětinu pod úrovní ČR se nacházely u mužů i žen kraje Jihočeský, Pardubický a Vysočina.

Poněkud odlišný regionální obraz charakterizuje hospitalizace dětí do 15 let. Nejhorší postavení zde má suverénně Ústecko (s intenzitou o polovinu nad úrovní ČR), o třetinu až čtvrtinu nad republikovou úrovní se nacházely Plzeňsko, Karlovarsko a Liberecko (spolu s Ústeckem tvoří souvislý pás příhraničních krajů), na Moravě pak Olomoucko. Nízké míry hospitalizace dětí charakterizují Jihočeský kraj a východní Čechy. Toto regionální rozložení spíše než o zdravotním stavu dětské populace hovoří o struktuře domácností (vyšší míry dětské hospitalizace nacházíme v územích se zvýšeným podílem neúplných rodin).

Zajímavý výsledky přináší také porovnání podle významných skupin diagnóz. Největší mezikrajské disparity nacházíme u poruch způsobených psychoaktivními látkami (mimo alkohol) s vysokými intenzitami hospitalizace v Praze a Ústecku. U alkoholismu dominují moravské kraje – především Olomoucko a Zlínsko, relativně nejméně hospitalizací zde měli obyvatelé Jihočeského kraje. V případě široké skupiny afektových a neurotických poruch nejsou rozdíly mezi kraji tolik výrazné, nepříznivé postavení si i zde udržely kraje severní Moravy.

Vedle nemocniční péče a odborných léčebných ústavů tvoří důležitý pilíř sítě zdravotnických zařízení ambulantní lékaři. Menší ale mírně rozrůstající část je jich soustředěna v poliklinikách, zdravotních střediscích a ostatních sdružených zařízeních. Rozhodující podíl však stále tvoří samostatné ambulantní ordinace. Je vhodné analyzovat pět základních typů ordinací samostatně – ordinace pro děti a dorost; pro dospělé, ordinace stomatologů; gynekologů a rovněž ordinace specialistů. Není-li uvedeno jinak, nezahrnujeme do ordinací jejich detašovaná pracoviště.

Tab.č. 19: Samostatné ordinace praktického lékaře dle specializace v krajích

	Samostatné ordinace praktického lékaře (SOPL) na 100 tis. obyvatel[1]															počet obcí se SOPL[2]				
	podle základních druhů															alespoň 1 druhu			všech 5 druhů	
	pro děti a dorost			pro dospělé			stomatologa			gynekologa			specialisty							
	2000	2005	2010	2000	2005	2010	2000	2005	2010	2000	2005	2010	2000	2005	2010	2000	2005	2009	2000	2009
ČR	**20,8**	**20,4**	**19,3**	**43,0**	**43,7**	**41,7**	**52,8**	**52,8**	**51,8**	**10,5**	**11,5**	**11,4**	**51,3**	**61,9**	**64,6**	**2207**	**2184**	**2145**	**364**	**374**
Hl.m.Praha	21,0	20,3	18,9	42,4	44,6	41,4	70,6	71,9	72,9	12,2	13,6	13,7	82,5	101,0	101,2	1	1	1	1	1
Středočeský	21,6	20,5	18,6	41,3	40,5	36,3	44,0	42,2	38,4	9,6	10,3	9,3	38,4	45,3	45,4	362	355	351	52	54
Jihočeský	22,7	21,7	19,6	45,1	46,8	44,8	53,7	52,2	51,2	12,5	13,5	13,2	48,9	57,5	57,6	208	203	186	35	30
Plzeňský	19,2	18,9	18,0	43,4	43,5	40,2	58,3	56,8	55,6	10,5	12,1	11,7	57,6	67,3	66,1	155	151	145	25	26
Karlovarský	21,4	21,0	20,2	39,7	38,8	40,0	44,0	46,3	47,8	13,1	13,5	12,7	54,9	73,9	85,5	63	64	67	15	14
Ústecký	19,3	19,2	18,8	38,5	38,9	37,4	45,7	45,2	42,9	11,6	13,5	12,4	43,8	53,0	52,3	150	153	152	28	28
Liberecký	23,1	21,9	19,5	43,9	43,4	41,8	51,4	50,3	48,9	10,0	9,3	9,8	50,4	54,8	53,0	86	83	80	18	18
Královéhrad.	22,3	22,1	20,7	42,8	44,5	42,9	55,5	54,2	54,1	9,6	11,5	10,8	56,8	69,3	70,5	136	139	138	25	31
Pardubický	20,1	19,8	17,8	42,7	43,5	41,0	46,8	48,6	48,7	9,1	9,7	10,2	49,6	58,3	63,6	107	109	110	24	25
Vysočina	19,6	20,2	20,2	41,2	42,7	42,0	47,0	47,6	44,9	10,2	10,8	10,7	42,4	52,3	58,1	151	154	157	20	25
Jihomoravs.	20,3	20,3	19,7	46,5	47,2	44,4	54,1	54,1	51,8	10,0	10,6	11,4	49,2	59,7	65,9	252	240	236	32	36
Olomoucký	21,9	22,7	21,5	45,7	46,6	45,5	55,3	55,1	53,5	10,3	10,8	11,2	47,2	57,6	64,7	173	174	172	26	22
Zlínský	20,3	20,0	19,3	47,4	48,5	48,1	55,0	57,3	57,4	9,6	11,0	11,3	45,7	54,4	58,3	184	175	166	25	24
Moravskosl.	19,6	19,6	18,7	42,0	42,4	42,3	48,7	49,5	50,0	9,9	10,9	10,9	45,3	55,6	59,7	179	183	184	38	40

[1] bez odloučených pracovišť [2] vč. odloučených pracovišť

Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Počet samostatných ordinací PL pro děti a dorost se ČR mezi roky 2000 a 2010 snížil o téměř 5 % (ke konci roku 2010 působilo 2028 ordinací). Tento trend co značné míry sledoval snižování počtu dětské populace (počet dětí do 15 let se ve stejném období dokonce snížil o 9 %). V relaci na celkový počet obyvatel dosáhl nejvyšší vybavenosti dětskými ordinacemi PL Olomoucký kraj, vybavenost zde byla o pětinu vyšší než na Pardubicku. Mezikrajské rozdíly však obecně nejsou příliš významné, rozložení dětských PL do jednotlivých krajů je relativně rovnoměrné. Jiný pohled se nám naskytne, budeme-li sledovat přítomnost těchto ordinací ve venkovských obcích (viz kartogramy v příloze). 40 % obcí v ČR v kategorii 500–3000 obyvatel mělo v roce 2009 na svém území ordinaci PL pro děti a dorost. Nejvyšší byl tento podíl na Vysočině (na Pelhřimovsku 78 %) a JZ Čechách.

Počet ordinací PL pro dospělé v poslední desetiletí v ČR stagnoval, ke konci roku 2010 působilo 4396 ordinací. Rozdíly ve vybavenosti krajů zde již nacházíme větší než u dětských ordinací, přesto nejsou výrazné. Nejlépe si stálo Zlínsko, Olomoucko, Jihomoravský a Jihočeský kraj, nejméně příznivá situace panovala se středních Čechách a Ústecku. Vybavenost Prahy je podobně jako u dětských ordinací průměrná, což nenasvědčuje na kvantitativně významnou dojížďku obyvatel z jiných krajů do Prahy. Stagnující počet ordinací PL pro dospělé ve středních Čechách v kombinaci s relativně silným přírůstkem obyvatel v důsledku suburbanizace způsobil nejsilnější pokles vybavenosti těmito ordinacemi mezi kraji za poslední desetiletí. Zhoršení vybavenosti středních Čech v poslední dekádě mírně prohloubilo meziregionální disparity, ty se však mírně zvyšovaly i mezi mimopražskými kraji. Plných 53 % obcí mezi 500–3000 obyvateli bylo v roce 2009 vybaveno ordinací PL pro dospělé, mezi kraji zde má nejvyšší vybavení opět Vysočina a JZ Čechy, nejhorší kraje Pardubický a Jihomoravský.

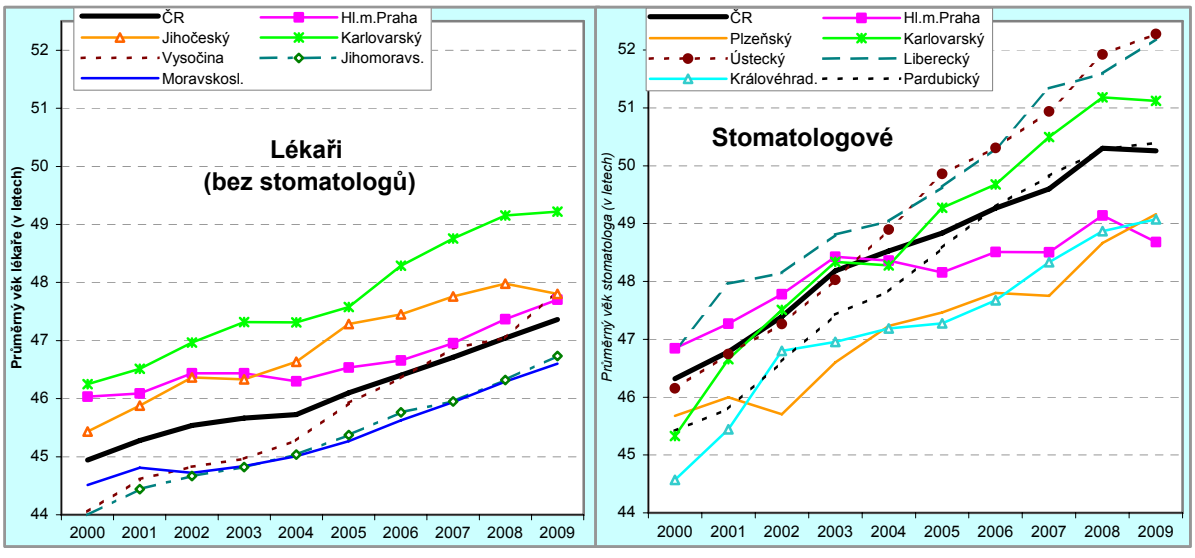
Za poslední dekádu velmi mírně vzrostl počet ordinací stomatologů, v roce 2010 jich v ČR fungovalo 5453. V Praze a Karlovarsku rostl počet ordinací nejrychleji (zvýšení o desetinu), z ostatních krajů se vybavenost mírně zlepšila na Zlínsku a Pardubicku. Podobě jako u PL pro dospělé, i zde počet stomatologických ordinací nijak nereagoval na rostoucí populaci ve středních Čechách, kde zůstává počet těchto ordinací dlouhodobě nejnižší. Vzhledem na zcela rozdílnou vybavenost obou krajů i růst počtu stomatologů v metropoli lze předpokládat poměrně významnou dojížďku za zubními lékaři (a to nejen mezi středními Čechami a Prahou). Avšak i po vyloučení těchto dvou regionů, zůstávají významné rozdíly

ve vybavení v jednotlivých krajích. Počet zubních ordinací na bydlícího obyvatele na Zlínsku o třetinu převyšoval úroveň Ústecka. Mezi obcemi s 500-3000 obyvateli jich v roce 2009 měla zubní ordinaci pouhá třetina (na Vysočině polovina, na Liberecku čtvrtina, v okrese Česká Lípa jen každá osmá obec).

Počet gynekologických ordinací PL se mezi roky 2000 a 2010 v ČR zvýšil o více než desetinu. Nejvíce se sít ordinací rozrostla v Praze (o 20 %), Plzeňsku, Pardubicku a na jižní Moravě (15-17 %), stagnovala pouze na Liberecku a Karlovarsku. Rozdíly ve vybavenosti krajů gynekologickými ordinacemi nedosahují úrovně disparit u stomatologie, v souboru mimopražských krajů se od roku 2000 mírně snížily (i tak převyšovalo Plzeňsko počtem gynekologických ordinací na obyvatele v roce 2010 Liberecko o třetinu). Pardubicko ve vybavenosti dlouhodobě zaostává za většinou krajů. Vybavenost Prahy o polovinu přesáhla úroveň středních Čech, tudíž i zde musíme vzít v potaz významnější mezikrajskou dojížďku za gynekology, byť nepochybně v menším rozsahu než v případě stomatologických ordinací. Třetina obcí v kategorii 1000–5000 obyvatel byla v roce 2009 vybavena gynekologickou ordinací, na Plzeňsku 55 %, avšak na Ústecku a Moravskoslezsku méně než čtvrtina. Ještě významnější rozdíly panovaly na úrovni okresů – na Klatovsku sídlila gynekologická ordinace v 90 % obcí v této velikostní kategorii, v pěti okresech byla ale v těchto obcích v roce 2009 vybavenost nulová.

Samostatné ordinace praktických lékařů specialistů poskytují ambulantní péči v širokém spektru specializovaných oborů. Podobně jako gynekologické ordinace jsou soustředěny do měst, v obcích s méně než 2 tis. obyvateli se vyskytují sporadicky. Sít těchto zařízení se ze všech druhů samostatných ordinací rozšiřuje nejvíce. Od roku 2000 se počet ordinací lékařů specialistů v ČR zvýšil bezmála o třetinu,v roce 2010 působilo 6806 ordinací. Rozšiřování sítě probíhá podobným tempem ve všech krajích, z nichž vystupují pouze Liberecko (se skromným 8% přírůstkem) a Karlovarsko (počet ordinací specialistů se mezi roky 2000 a 2010 navýšil o 57 %). Na silnou mezikrajskou dojížďku do těchto zařízení lze usuzovat podle nejvyššího počtu ordinací specialistů na bydlícího obyvatele v Praze, který více než dvojnásobně převyšuje úroveň středních Čech. V posledním desetiletí se však počet ordinací specialistů v těchto krajích zvyšoval podobným tempem, růst v okresech sousedících s Prahou patřil dokonce k nejvyšším v ČR. Rozdíly ve vybavení krajů ordinacemi specialistů jsou výrazné a v posledním desetiletí se ještě prohloubily, k čemuž přispěl dynamický vývoj v Praze a Karlovarsku. Z mimopražských krajů přetrvává nižší vybavenost na Ústecku a Vysočině.

Graf č. 14: Vývoj průměrného věku lékařů a stomatologů v ČR a vybraných krajích



Pozn.: za všechny aktivní lékaře a stomatology (fyzické osoby) ve zdravotnictví celkem, podle místa výkonu práce
Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Vybavenost obcí různými druhy samostatných ordinací PL lze hodnotit i souhrnně- např. počtem obcí s přítomností všech pěti druhů ordinací (plná vybavenost) či počet obcí, kde žádná samostatná ordinace své pracoviště (vč. detašovaných) nemá.

V roce 2009 existovalo v ČR 2145 obcí (třetina za všech municipalit), na jejichž území ordinoval alespoň jeden z výše popsaných základních druhů PL. Počet obcí s touto minimální vybaveností se od roku 2000 plynule mírně snižuje, za poslední dekádu vypadlo z této kategorie 3 % obcí v ČR. Celá desetina obcí pak pozbyla „minimální vybavenost" v krajích Jihočeském a Zlínském, redukci o více než 10 obcí zaznamenaly také kraje Středočeský, Plzeňský a Jihomoravský. Všemi pěti druhy samostatných ordinací PL disponovalo v roce 2009 v ČR 374 obcí. Jen každá dvacátá „plně vybavená" obec v ČR nepřesáhla hranici 2 tis. obyvatel. Z obcí mezi 3-5 tis. obyvateli byla takto vybaveno každá třetí, z měst s 5-10 tis. obyvateli téměř 90 %. Mezi roky 2000 a 2009 ztratilo „plnou vybavenost" 43 obcí (z toho 24 z zázemí krajských měst), 53 obcí (25 v zázemí) naopak vybavenost získalo. V zázemí čtyř největších měst ČR 7 obcí plnou vybavenost ztratilo, ale 18 nových jich získalo.Ve většině krajů se oproti roku 2000 počet „plně vybavených" obcí mírně zvýšil (nejvíce v krajích Královéhradeckém, Jihomoravském a Vysočina), viditelněji se snížil jen v Jihočeském kraji.

Tab.č. 20: Lékaři a stomatologové v krajích ve vybraných věkových skupinách

	Lékaři v evid. stavu celkem (fyz. osoby)												Stomatologové v evid. stavu celkem (fyz. osoby)											
	< 40 let						60 a více let						< 40 let						60 a více let					
	muži			ženy			muži			ženy			muži			ženy			muži			ženy		
	2000	2005	2009	2000	2005	2009	2000	2005	2009	2000	2005	2009	2000	2005	2009	2000	2005	2009	2000	2005	2009	2000	2005	2009
ČR	**34,3**	**33,7**	**30,4**	**34,0**	**33,6**	**31,5**	**15,0**	**14,9**	**17,9**	**8,1**	**13,3**	**16,9**	**22,2**	**24,8**	**26,6**	**18,8**	**19,4**	**20,4**	**11,1**	**16,5**	**21,9**	**4,3**	**11,4**	**18,4**
Hl.m.Praha	33,1	34,6	32,4	30,8	32,8	30,9	18,5	16,8	19,5	11,5	16,5	20,2	25,5	31,6	35,6	17,4	22,8	27,5	10,3	14,6	20,4	8,5	15,0	20,4
Středočeský	32,0	29,9	24,6	34,6	34,4	31,1	14,6	14,3	19,2	7,2	11,5	15,2	20,0	11,8	16,1	22,6	18,9	16,4	13,3	18,8	25,9	3,0	5,9	14,2
Jihočeský	29,2	27,4	26,7	30,9	27,9	30,5	13,8	14,4	17,8	6,7	13,1	16,3	15,3	20,0	15,4	18,7	16,4	13,6	11,3	14,7	24,5	2,1	9,0	16,5
Plzeňský	35,8	33,9	31,5	33,2	33,1	32,9	15,9	15,9	17,4	7,4	13,9	18,7	29,9	35,0	39,1	22,1	22,6	18,1	13,4	14,6	16,6	4,5	9,1	16,4
Karlovarský	30,0	26,3	19,7	32,4	33,3	29,3	21,7	18,7	24,5	8,8	18,3	21,6	23,6	20,8	21,3	23,2	17,0	15,0	11,1	18,2	26,7	4,2	10,6	15,0
Ústecký	33,0	34,0	29,1	37,5	36,4	29,1	15,7	17,0	20,1	7,8	13,3	18,9	19,5	18,2	15,6	22,2	16,6	12,7	11,6	13,2	21,3	2,7	13,4	21,2
Liberecký	36,2	36,5	31,2	35,9	35,0	34,0	13,9	13,5	15,9	7,4	15,1	15,3	21,6	16,9	20,0	16,6	20,4	13,0	11,4	19,1	23,2	5,1	14,0	21,4
Královéhrad.	36,2	34,2	32,0	33,6	33,9	36,0	13,7	15,2	16,9	7,5	12,9	16,4	32,6	33,3	32,3	27,0	19,8	20,0	10,9	15,6	16,2	2,8	11,1	16,4
Pardubický	35,1	33,0	29,8	34,7	34,5	30,8	11,3	13,6	16,3	7,8	12,6	16,5	18,7	23,3	22,7	25,0	20,0	19,9	7,7	17,5	18,6	1,0	9,2	13,4
Vysočina	34,6	32,7	29,8	37,5	33,4	28,4	13,2	15,7	18,3	5,2	10,1	15,3	16,3	17,8	17,3	19,8	15,5	14,9	3,3	12,9	25,0	3,6	9,8	13,8
Jihomoravs.	36,1	36,0	32,3	35,4	32,9	31,1	11,6	11,6	14,6	6,2	10,4	13,5	19,2	21,6	24,9	14,0	15,9	19,6	11,3	15,5	20,6	4,2	11,5	18,9
Olomoucký	36,5	33,4	29,6	35,4	31,8	29,9	13,7	13,4	16,4	7,3	10,5	14,3	20,9	27,2	29,8	15,3	19,9	23,2	17,7	18,3	18,8	3,4	9,3	18,7
Zlínský	32,4	30,1	28,5	34,6	32,7	31,9	14,9	15,4	19,8	5,7	8,8	11,8	25,6	28,2	30,9	15,3	20,2	23,9	6,0	18,3	23,7	2,3	10,3	15,1
Moravskosl.	37,7	38,0	33,3	35,3	37,2	34,0	13,8	14,3	16,5	7,8	14,2	16,7	21,6	26,1	26,1	17,0	19,6	21,8	10,8	21,6	27,8	4,0	13,0	23,6

Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Na základě údajů z registru lékařů, zubních lékařů a farmaceutů je možno sledovat nejen počty lékařů podle specializace, ale i některé významné strukturální charakteristiky. K nejdůležitějším z nich bezesporu patří věkové složení lékařů.

Průměrný věk všech aktivních lékařů pracujících ve zdravotnictví dosáhl ke konci roku 2009 v ČR 47,3 let (u mužů byl o rok vyšší než u žen). Průměrný věk v hodnoceném období 2000-9 plynule mírně rostl, na konci období o 2,5 roky přesáhl výchozí úroveň. Ve většině krajů vývoj kopíroval republikový trend, pouze v Praze stárli v průměru lékaři pomaleji, na Vysočině naopak (viz graf 14). Rozdíl mezi krajem s nejstaršími lékaři (Karlovarský) a nejmladšími (Jihomoravský) se za poslední desetiletí mírně zvýšil (z 2,2 na 2,6 let). Prakticky totožný zůstával rozdíl průměrného věku mezi pohlavími, ve všech krajích převyšovali muži ženy o 0,5-2,5 roku, v Praze se v roce 2009 pohlaví věkově nelišila.Mírně mladší byli lékaři na Moravě a SV Čech, nejstarší na Karlovarsku (muži) a Praze (ženy). Variační rozpětí průměrného věku lékařů na úrovni okresu bylo v roce 2009 u mužů 8,8 let, u žen o rok méně. Mezi roky 2003 a 2009 zestárli lékaři nejvíce na Rakovnicku, Kutnohorsku a Žďársku (o 4-5 let), velmi mírně se jejich průměrný věk snížil v okresech Jičín, Strakonice a Plzeň-jih. Při podrobnějším pohledu na vybrané věkové skupiny je patrné, že 30 % lékařů

bylo na konci roku 2009 mladších 40 let, zastoupení mladých lékařů se, především po roce 2005, mírně snižuje. Z krajů nejvíce oslabilo zastoupení mladých lékařů na Karlovarsku (hlavně u mužů), Ústecku a Vysočině (v obou krajích hlavně u žen), v Praze a Královéhradecku zůstalo v roce 2009 na úrovni roku 2000. Každý šestý aktivní lékař v ČR dosáhl na konci roku 2009 60 a více let. Podíl starších lékařů mírně roste především díky ženám (důsledek rychleji prodlužujícího se důchodového věku než u mužů), kterých ve věku nad 59 let oproti roku 2000 nyní pracuje více než dvojnásobek. Narozdíl od mladších lékařů roste zastoupení starších podobným tempem ve všech krajích, pouze u žen se dynamičtěji zvyšuje váha starších lékařek v Z a SZ Čechách a na Vysočině. Nejvyšší zastoupení lékařů nad 59 má dlouhodobě Karlovarsko následované Prahou, nejnižší kraj Jihomoravský (muži) a Zlínsko (ženy). Mezikrajské rozdíly v zastoupení starších lékařů se za poslední dekádu příliš nezměnily, u lékařů do 40 let se ale zvýšily.

U stomatologů v porovnání s ostatními lékaři průměrný věk v posledním deceniu narostl více (o 4 roky). Diferencovanější byl také vývoj od roku 2000 v jednotlivých krajích – především v Praze, kde se průměrný věk navýšil jen o 1,8 let a metropole tak v roce 2009 dosáhla nejnižšího průměrného věku stomatologů mezi kraji. Vyšší růst v poslední dekádě vidíme v S a SZ Čechách, pozvolnější naopak v moravských krajích. Variační rozpětí věku u krajů se zvýšilo z 2,4 (v r. 2000) na 3,6 roků (v r. 2009), rozdíl mezi okresem s nejvyšším (Prachatice) a nejnižším věkem (Hradec Králové) zubních lékařů činil na konci sledovaného období 8,4 let. Do 40 let věku dosahuje v ČR každý čtvrtý zubní lékař a každá pátá zubní lékařka, pětinový podíl mají také shodně u obou pohlaví stomatologové starší 59 let. Podíl mladších zubařů se zvýšil zejména v Praze (o 10 p.b. u mužů i žen) a také na Zlínsku, Olomoucku a u mužů i Plzeňsku; ve většině krajů však v roce 2009 nedosáhl úrovně r. 2000 (především v SZ Čechách). V Praze tvoří stomatologové do 40 let 35 % všech zubních lékařů, na Plzeňsku dokonce 40 %. Zastoupení stomatologů nad 59 let se z velmi nízkých hodnot roku 2000 během následující dekády rychle zvyšovalo, v současnosti již převyšuje ostatní lékaře jako celek (pouze na Plzeňsku, Karlovarsku a východu Čech nalezneme mírně vyšší podíl šedesátníků a sedmdesátníků mezi lékaři nestomatology). Stomatologové nad 59 let dosahují u mužů i žen největšího podílu v Moravskoslezsku (28, resp. 24 %), opačně je tomu v r. 2009 u mužů na Královéhradecku (16 %) a žen na Pardubicku (13 %).

Tab.č. 21: Průměrný věk lékařů podle převažující specializace v krajích

	lékaři v evidenčním počtu (fyzické osoby)[1]														stomato-logové[2]		farma-ceuti[2]	
	celkem				z toho dle hlavní činnosti													
					praktické lékařství				vnitřní lékařství		chirurgie		anestezio-logie a re-suscitace					
	muži		ženy		všeobecné		pro děti a dorost											
	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2004	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009	2000	2009
ČR	**45,6**	**47,8**	**44,3**	**47,0**	**48,6**	**53,0**	**51,2**	**53,8**	**41,6**	**43,7**	**43,6**	**46,5**	**39,4**	**41,1**	**46,3**	**50,3**	**41,0**	**42,2**
Hl.m.Praha	46,6	47,7	45,5	47,8	49,9	53,1	53,4	55,3	44,2	46,1	45,5	48,4	41,1	41,3	46,8	48,7	41,6	40,6
Středočeský	45,9	49,2	43,9	47,0	48,8	53,1	50,7	54,2	40,7	42,4	42,4	46,3	39,2	41,5	46,0	51,4	42,0	43,2
Jihočeský	46,2	48,7	44,6	47,0	48,7	53,0	51,1	54,0	40,7	43,1	44,8	44,0	39,4	42,4	46,4	52,1	40,5	43,8
Plzeňský	45,4	47,5	44,3	47,0	49,4	53,8	49,2	52,7	41,9	43,8	44,7	46,5	38,4	40,6	45,7	49,2	41,4	42,9
Karlovarský	47,4	50,6	45,0	48,0	49,9	53,8	52,5	55,1	40,0	42,1	44,5	49,8	35,4	39,8	45,3	51,1	42,6	44,9
Ústecký	46,1	48,5	43,9	47,5	49,3	54,4	52,1	53,6	39,9	43,6	42,7	45,7	39,8	43,6	46,2	52,3	41,8	43,6
Liberecký	45,0	47,5	43,7	46,2	48,3	53,1	52,2	54,6	40,6	39,2	41,5	45,2	36,7	39,6	46,8	52,2	39,5	42,0
Královéhrad.	45,1	47,1	44,1	46,4	49,0	53,4	51,2	53,0	41,5	41,7	43,6	46,2	37,7	41,8	44,6	49,1	40,8	43,4
Pardubický	44,8	47,7	44,2	47,0	48,0	52,7	50,5	52,6	40,6	41,1	42,4	44,6	38,6	39,1	45,4	50,4	41,1	42,4
Vysočina	45,0	48,3	43,0	47,5	47,8	54,0	50,6	54,4	40,7	44,4	43,3	46,0	38,7	41,1	45,7	51,3	40,8	42,6
Jihomoravs.	44,4	47,0	43,6	46,6	47,4	52,6	50,2	53,4	41,1	44,5	43,0	46,7	39,8	39,8	46,9	50,6	39,3	40,0
Olomoucký	45,0	47,7	43,9	46,7	47,2	52,4	50,2	53,8	41,7	43,8	43,0	47,6	39,5	42,6	46,9	49,5	40,6	42,6
Zlínský	45,8	48,4	44,0	46,2	48,5	52,7	49,6	52,7	40,3	42,7	45,1	46,9	38,1	40,4	46,0	49,5	40,5	41,6
Moravskosl.	44,8	46,9	44,2	46,4	48,7	51,9	51,6	53,5	39,9	42,2	42,4	45,3	39,9	41,3	46,9	50,8	41,7	42,3

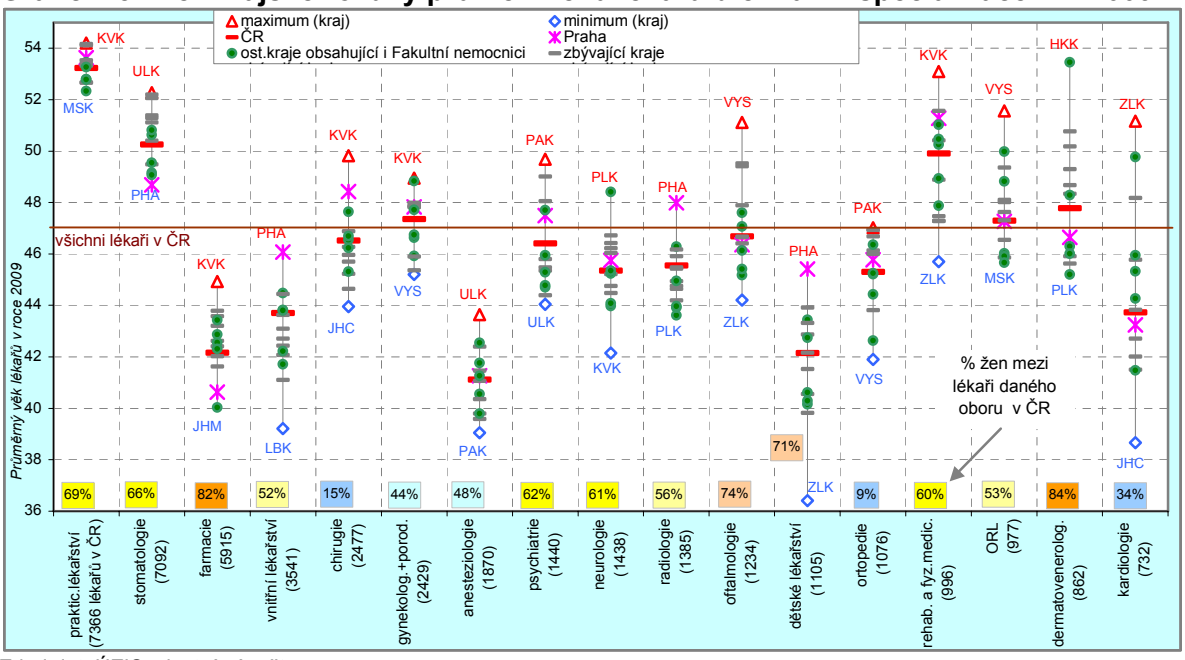
[1] Průměrný věk počítán z desetiletých věkových skupin

[2] Průměrný věk počítán z pětiletých věkových skupin

Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Průměrný věk se významně liší podle hlavního oboru působnosti lékaře. Více než 50 let dosáhl v ČR v r. 2009 u posudkového (57 let) a pracovního (52) lékařství, klinické biochemie a revmatologie, z rozšířenějších oborů u praktického lékařství (pro děti a dorost – 54 let, i pro dospělé – 53 let) a rehabilitační a fyzikální medicíny (50). Nejmladší lékaře nacházíme u anesteziologie a resuscitace (41 let), pediatrie (42), vnitřního lékařství (44), kardiologie (44).kardiochirurgie (41), neurochirurgie (42), traumatologie (42) a farmacie (42 let). Mezi roky 2000 a 2009 se průměrný věk lékařů u všech specializací prodloužil (vyjma kardiologie a cévní chirurgie -1 rok), nejvíce u praktického lékařství všeobecného (+4,4 roky) a dětského, stomatologie (+4,0), chirurgie (+2,9), ortopedie (+2,8), z méně rozšířených oborů u klinické biochemie (+4,3), geriatrie (+4,2) a kardiochirurgie (+3,3 roky).

Graf č. 15: Mezikrajské rozdíly průměr. věku lékařů dle hlavní specializace v r. 2009



Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

Ze 17 vybraných specializací (s alespoň 700 lékaři v ČR) zaznamenává v r. 2009 nejvyšší průměrný věk mezi kraji nejčastěji Karlovarsko (praktické lékařství, farmacie, chirurgie, gynekologie a porodnictví, rehabilitace), Praha (vnitřní lékařství, praktické dětské lékařství, pediatrie, radiologie), po dvou oborech pak Ústecko, Pardubicko a Vysočina. Nejnižší průměrný věk registrujeme nejčastěji u krajů na severu Moravy (v oborech: praktické lékařství, pediatrie, oční, rehabilitace a ORL). Lékaři v Praze dosahovali v porovnání s ostatními regiony (v rámci více rozšířených oborů) podprůměrného věku pouze u stomatologie, farmacie, kožního lékařství a kardiologie. Věk lékařů se mezi kraji nejvíce odlišuje u vnitřního lékařství, z oborů s menším počtem lékařů u kardiologie, rehabilitace, pediatrie, očního a kožního. Variační rozpětí krajů u průměrného věku lékařů bylo na konci 2009 nejnižší u nejrozšířenějších oborů - praktického lékařství všeobecného i pro děti a dorost (v obou případech 2,6 let) a také u gynekologie porodnictví (3,7 let),

Vedle sítě ambulantních lékařů specialistů se v posledním desetiletí mohutně rozvíjela také síť zařízení lékárenské péče (kromě lékáren zahrnuje i výdejny léčiv, zdravotnické techniky a léčivých rostlin). V polovině roku 2011 působilo v ČR 2630 lékáren, což bylo o třetinu více než v roce 2000. Síť lékáren se rozšiřovala poměrně rovnoměrně ve všech krajích, relativně nejvíce jich mezi roky 2000-11 přibylo na Olomoucku a Karlovarsku (40 %), nejméně na Ústecku (26 %) a Vysočině (28 %). Polovina přírůstku od roku 2000 připadala na města s více než 20 tis. obyvateli. Pětina obcí s 1000 –1500 obyvateli byla v roce 2009 vybavena zařízením lékárenské péče (vč. jejich odloučených pracovišť), z obcí mezi 1500 –2000 obyvateli polovina a z obcí mezi 2-3 tis. obyvateli tři čtvrtiny. Z regionálního

hlediska byl největší podíl obcí mezi 1-3 tis. obyvateli vybaven lékárenských zařízením na Pardubicku a JZ Čechách, nejméně v Moravskoslezském kraji.

Tab.č. 22: Zařízení lékárenské péče v krajích

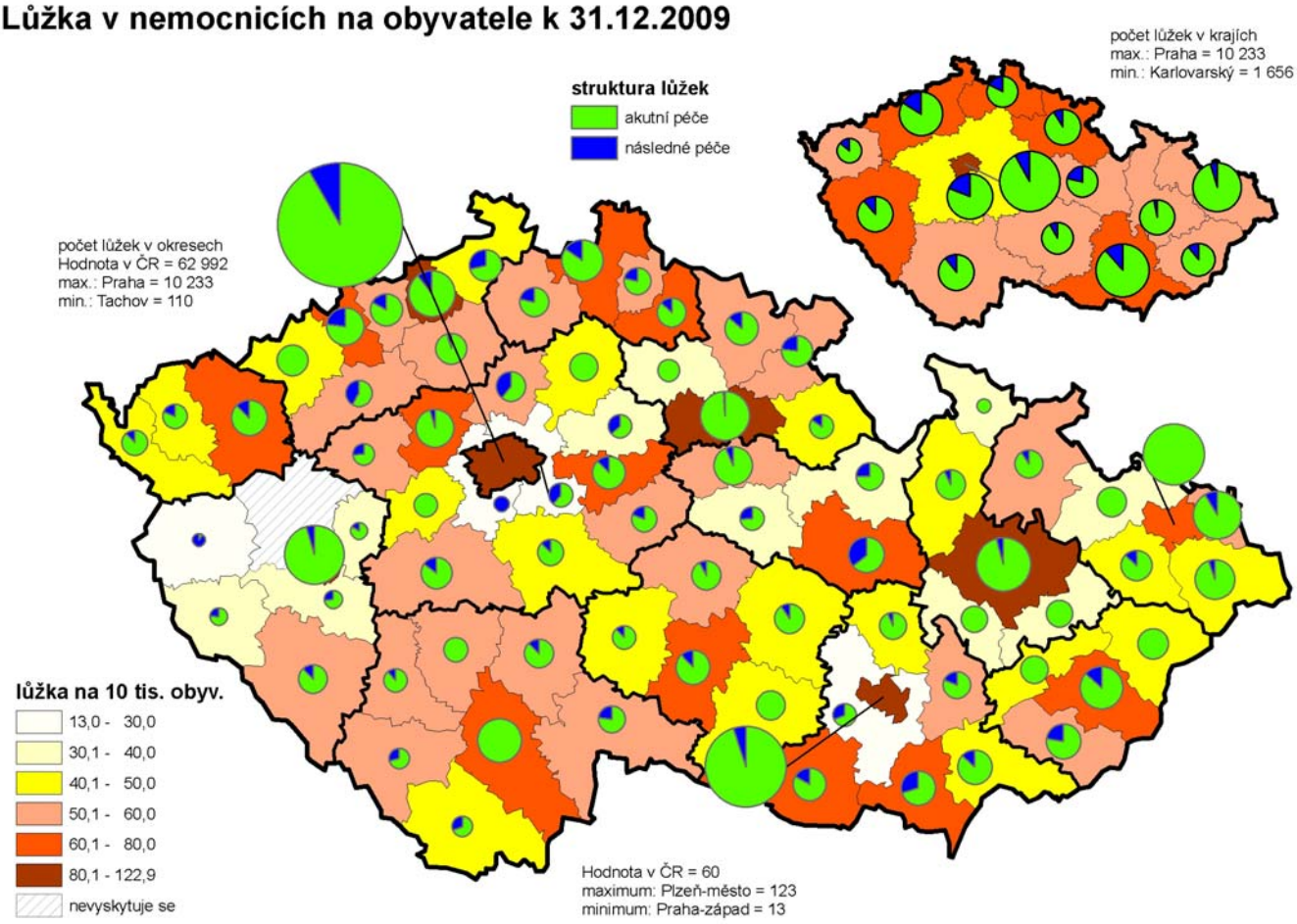
ČR, kraj sídla zařízení	Počet lékáren (vč. odloučených pracovišť)												Počet zařízení lékarenské péče (vč. odlouč.) na 100 tis. obyvatel			% obyvatel bydlících v obcích se zaříz. lékarenské péče		
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011*	2011/ 2000	2000	2005	2011*	2000	2005	2011*
ČR	**1961**	**2075**	**2188**	**2293**	**2378**	**2451**	**2497**	**2520**	**2566**	**2592**	**2630**	**1,34**	**21,2**	**25,8**	**26,8**	**75,4**	**76,6**	**75,6**
Hl.m.Praha	230	242	260	274	290	296	299	299	301	302	311	1,35	21,4	27,4	27,0	100	100	100
Středočeský	199	210	216	229	231	232	233	239	249	260	265	1,33	19,7	21,1	22,1	62,0	61,7	60,0
Jihočeský	129	138	145	150	160	163	171	171	182	177	169	1,31	22,4	28,2	29,0	71,5	71,8	69,9
Plzeňský	114	122	125	130	136	138	143	143	142	144	154	1,35	24,5	28,8	30,4	69,2	72,0	72,1
Karlovarský	63	69	71	74	81	86	84	81	90	88	89	1,41	26,0	32,5	32,2	82,3	82,8	80,0
Ústecký	149	151	155	176	182	186	187	196	199	192	187	1,26	20,6	24,5	24,0	81,4	82,2	80,5
Liberecký	76	78	82	91	97	100	101	97	96	104	100	1,32	21,7	26,8	24,8	78,4	79,2	76,1
Královéhrad.	125	130	139	140	152	154	156	159	159	159	163	1,30	23,4	28,8	30,3	71,1	72,6	71,6
Pardubický	97	100	114	122	127	133	135	142	139	138	141	1,45	20,6	26,9	28,0	67,1	69,0	68,8
Vysočina	95	100	105	110	111	113	112	116	117	123	122	1,28	18,5	23,1	24,9	62,9	64,1	62,6
Jihomoravs.	227	243	262	265	262	282	296	298	301	300	308	1,36	21,6	26,6	28,1	71,0	73,1	72,6
Olomoucký	122	136	139	143	150	157	161	154	155	161	170	1,39	22,0	27,2	29,3	66,8	69,5	68,1
Zlínský	114	117	125	132	137	142	144	143	148	150	154	1,35	19,6	24,7	26,6	72,0	73,6	72,8
Moravskosl.	221	239	250	257	262	269	275	282	288	294	297	1,34	19,7	23,6	25,8	84,1	85,1	84,8

* dle stavu k 1.6.2011; údaje z registru zdravotnických zařízení

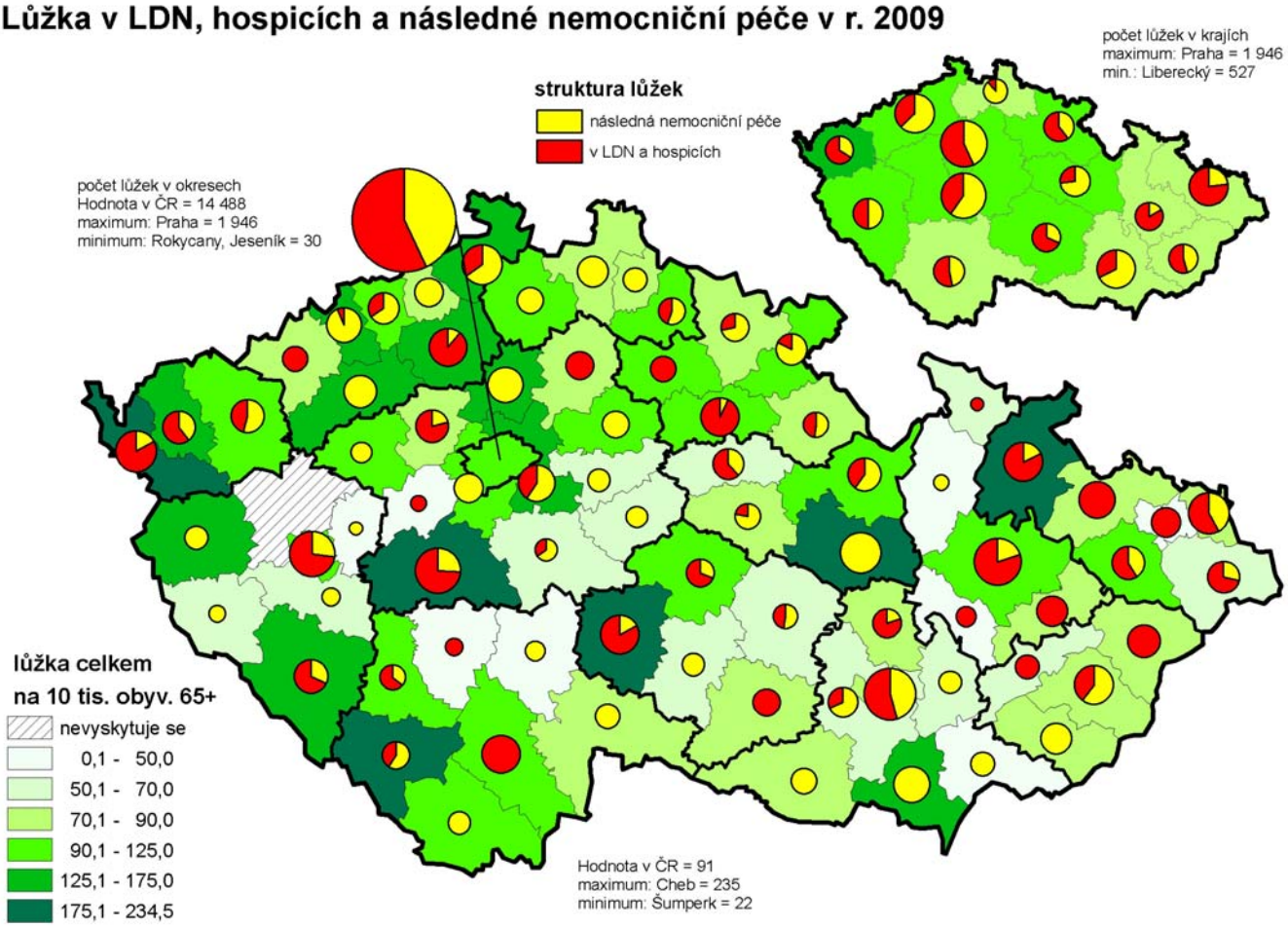
Zdroj dat: ÚZIS, vlastní výpočty

V relaci na bydlícího obyvatele dosáhly v roce 2011 nejvyššího počtu lékárenských zařízení Plzeňsko a Karlovarsko (o pětinu nad republikovou úrovní), nejméně kromě středních Čech Ústecko a Vysočina (o desetinu pod úrovní ČR). V obcích vybavených lékárenským zařízením žilo v roce 2010 tři čtvrtiny obyvatel ČR, ve středních Čechách 60 %. Počet obcí s lékárenskou péčí se mezi roky 2000 a 2010 v ČR zvýšil o desetinu, z krajů nejvíce na Plzeňsku a Olomoucku (o čtvrtinu), mírně se snížil jen na Liberecku (především v okrese Jablonec nad Nisou). Na okresní úrovni se počet vybavených obcí zdvojnásobil na Znojemsku a okresu Plzeň-sever. Počet obcí se zařízením lékárenským péče se mezi roky 2000 a 2010 snížil v pětině okresů, v15 % se nezměnil, ale ve dvou třetinách okresů vzrostl.

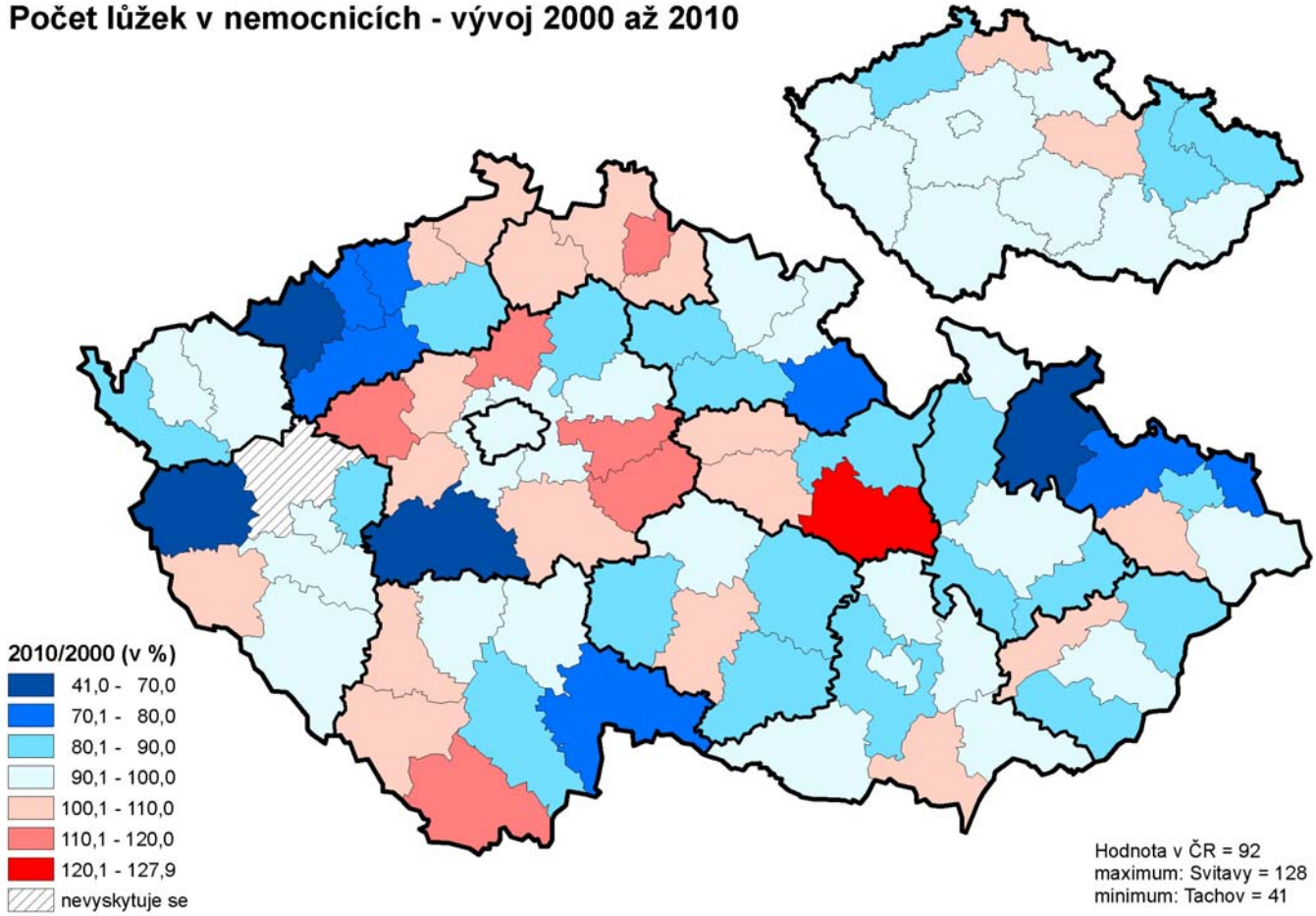
Lůžka v nemocnicích na obyvatele k 31.12.2009



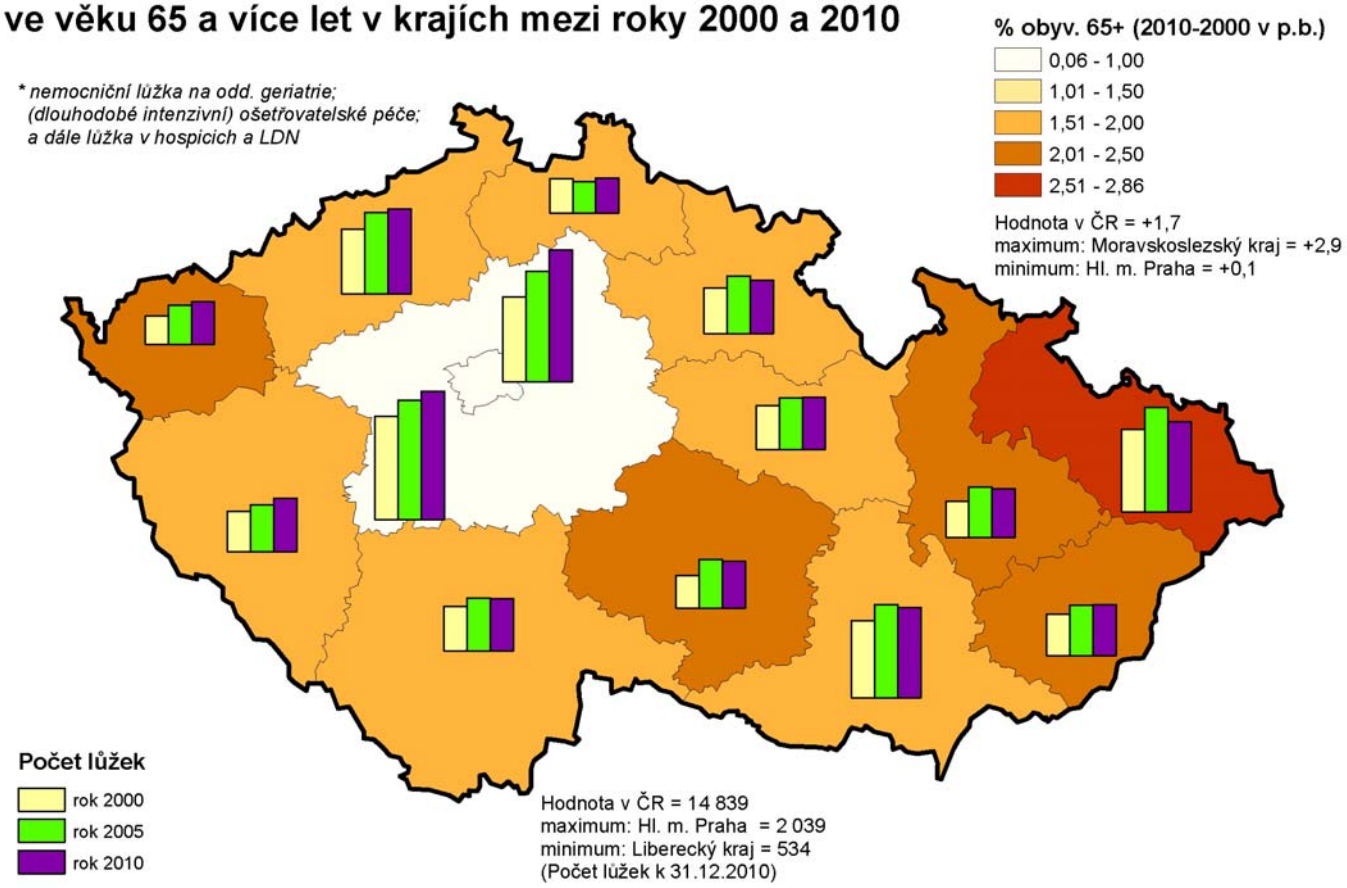
Lůžka v LDN, hospicích a následné nemocniční péče v r. 2009



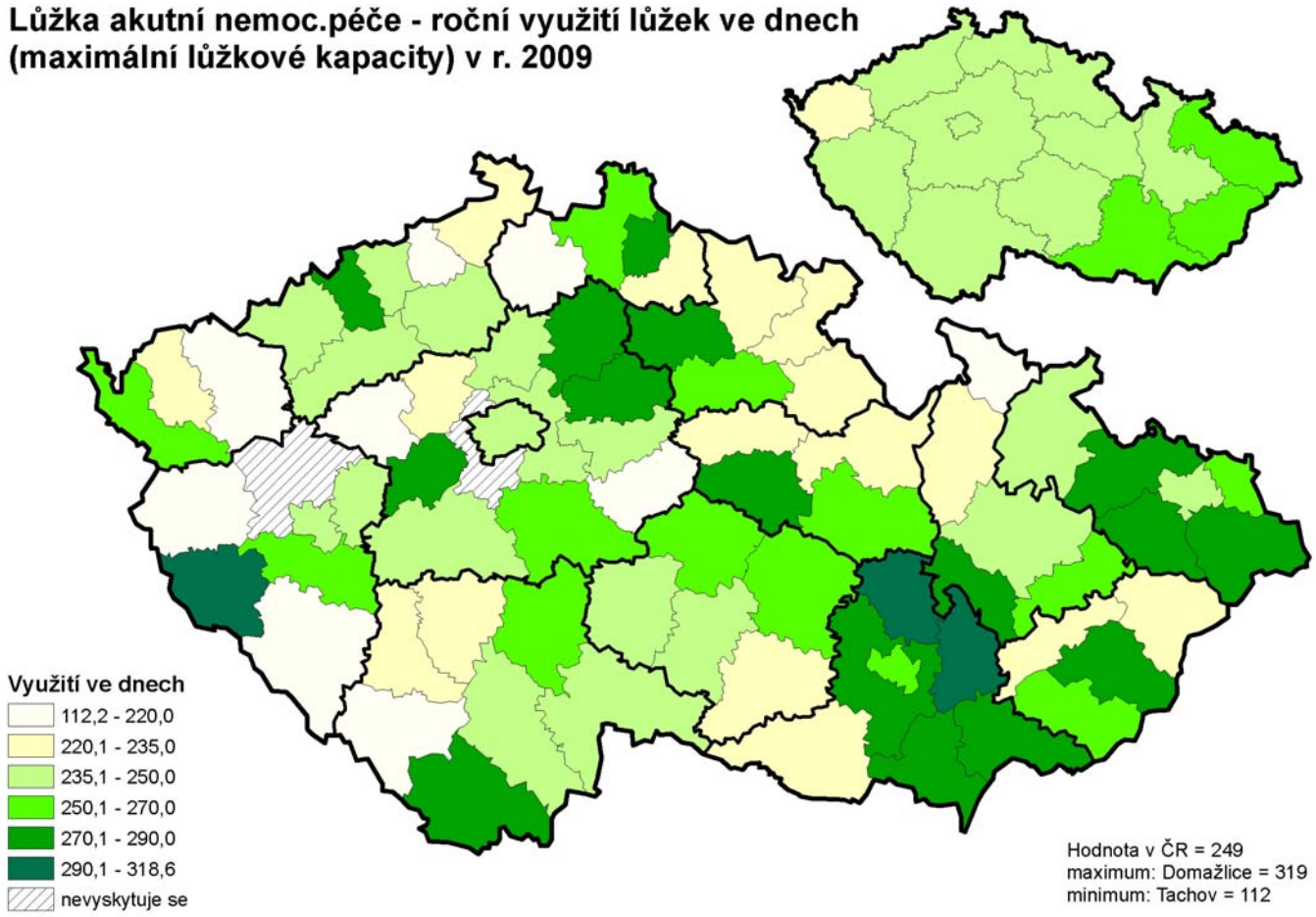
Počet lůžek v nemocnicích - vývoj 2000 až 2010



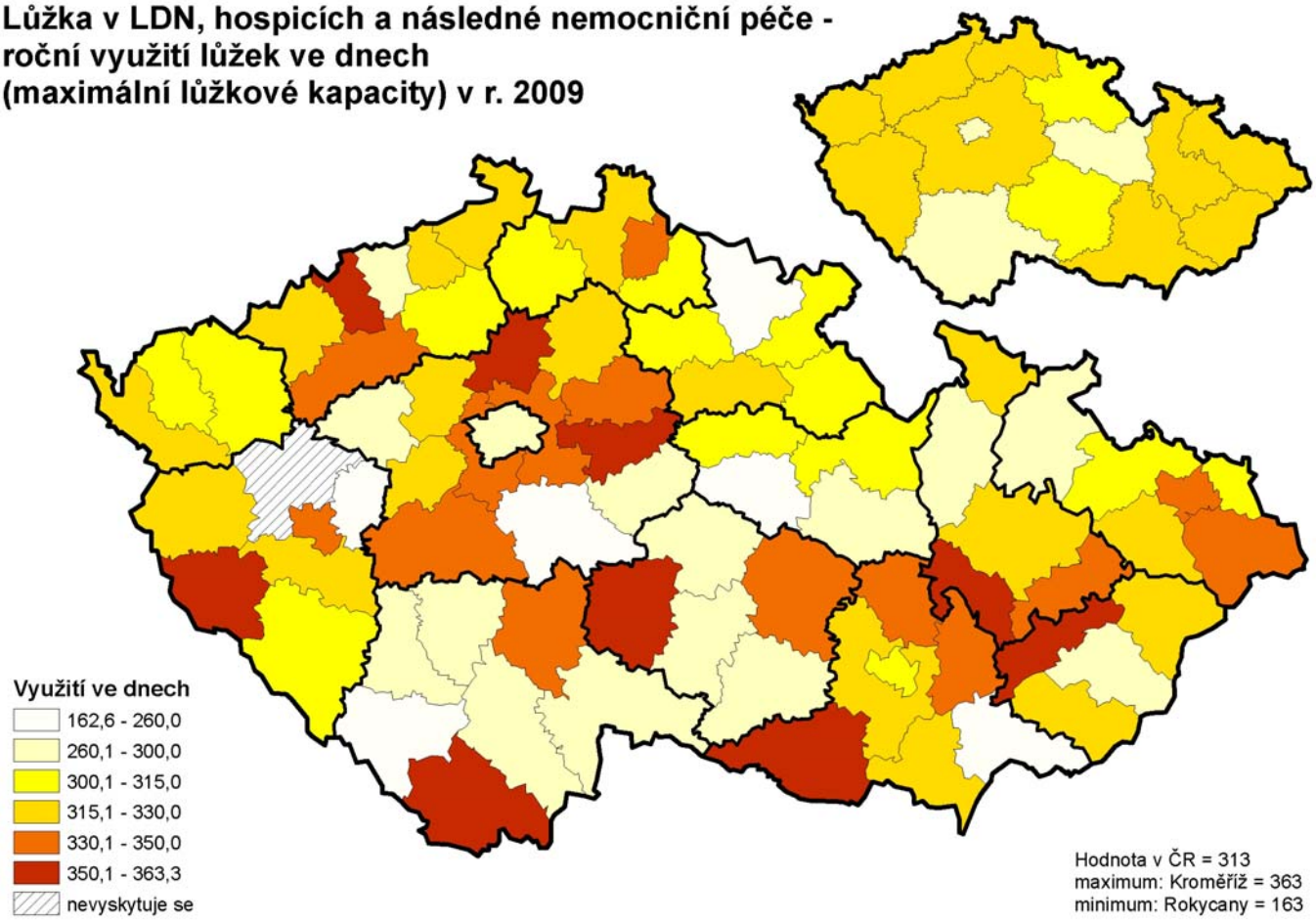
Vývoj počtu lůžek určených převážně pro seniory* a vývoj populace ve věku 65 a více let v krajích mezi roky 2000 a 2010



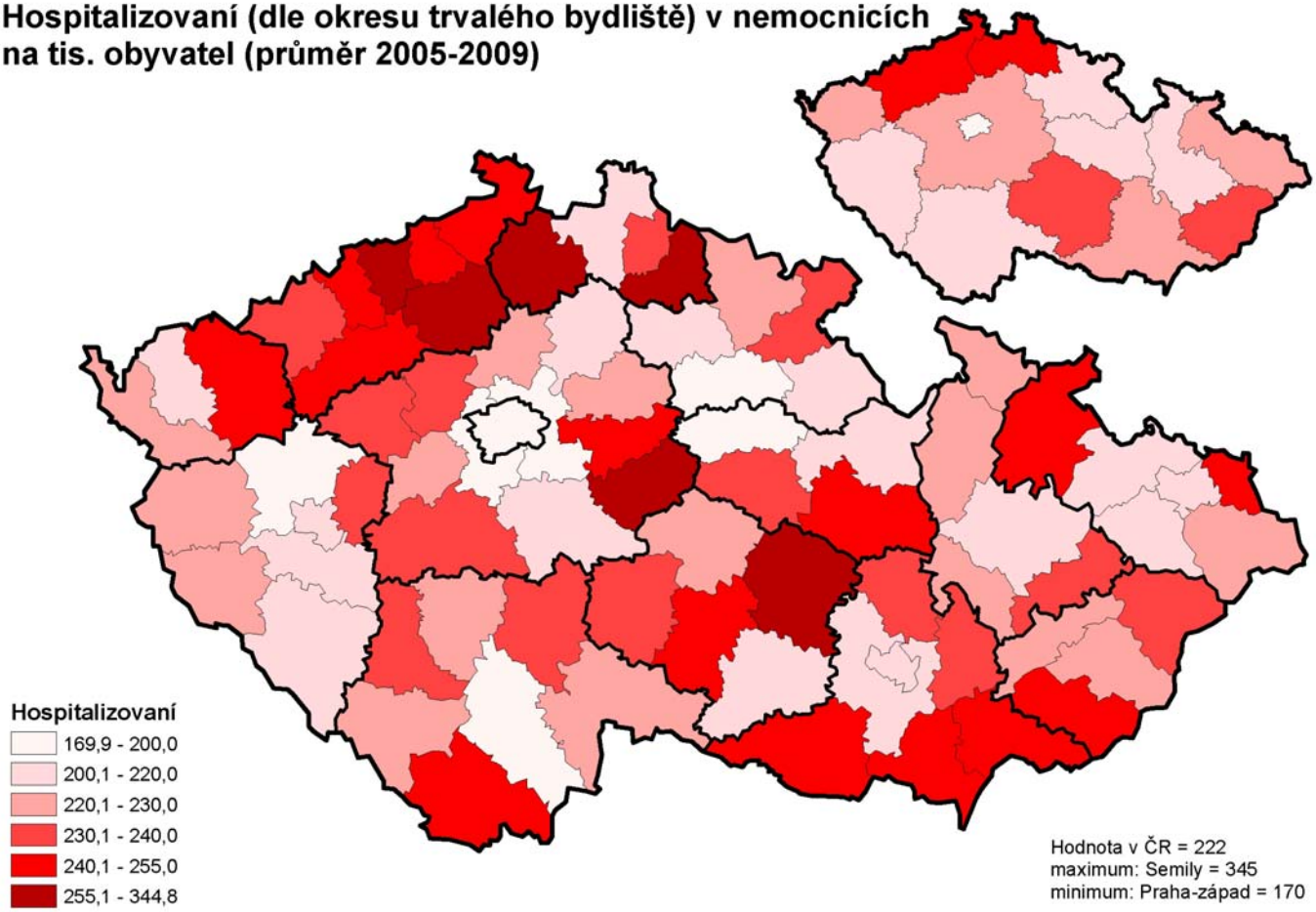
Lůžka akutní nemoc.péče - roční využití lůžek ve dnech (maximální lůžkové kapacity) v r. 2009



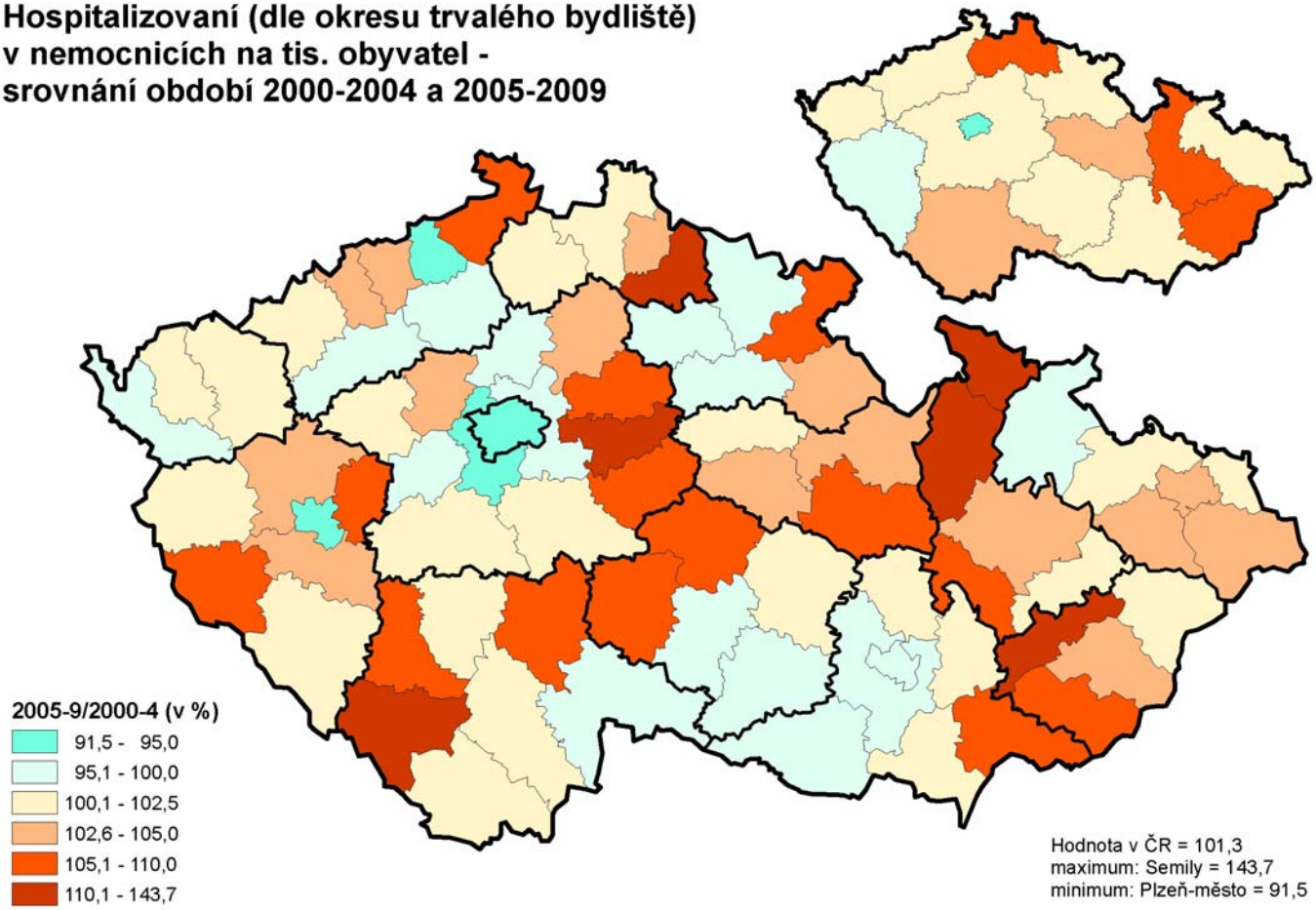
Lůžka v LDN, hospicích a následné nemocniční péče - roční využití lůžek ve dnech (maximální lůžkové kapacity) v r. 2009



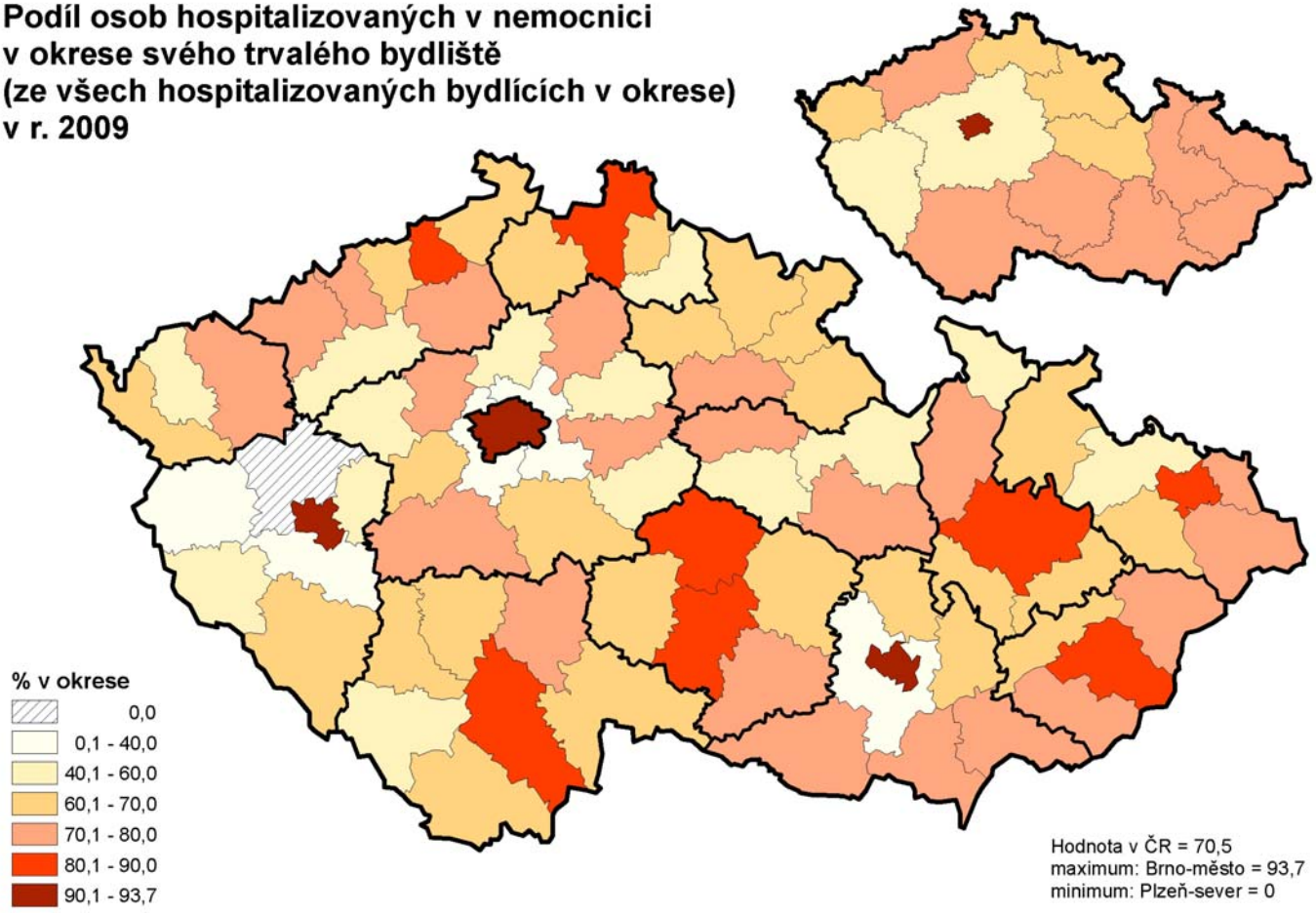
Hospitalizovaní (dle okresu trvalého bydliště) v nemocnicích na tis. obyvatel (průměr 2005-2009)



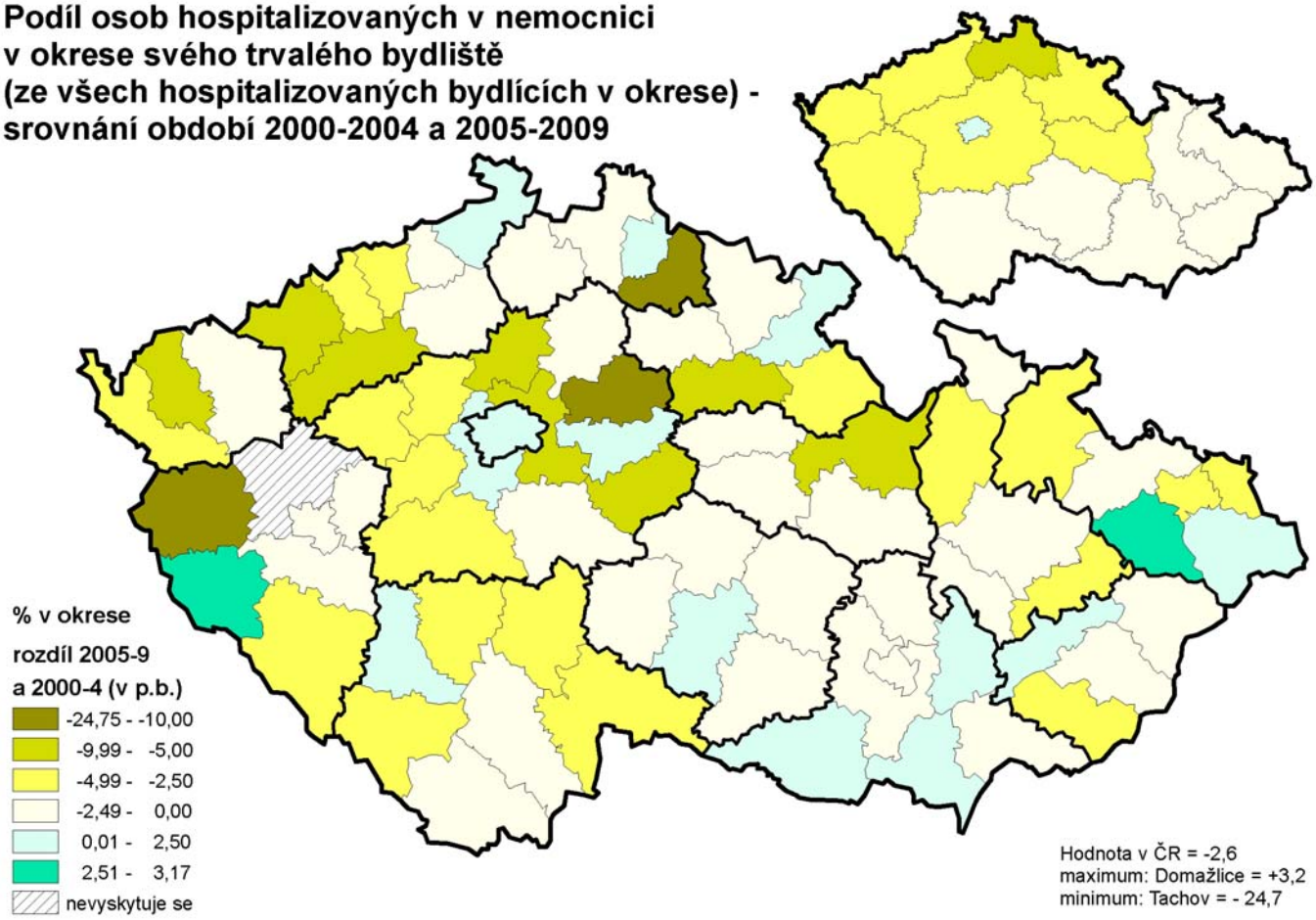
Hospitalizovaní (dle okresu trvalého bydliště) v nemocnicích na tis. obyvatel - srovnání období 2000-2004 a 2005-2009



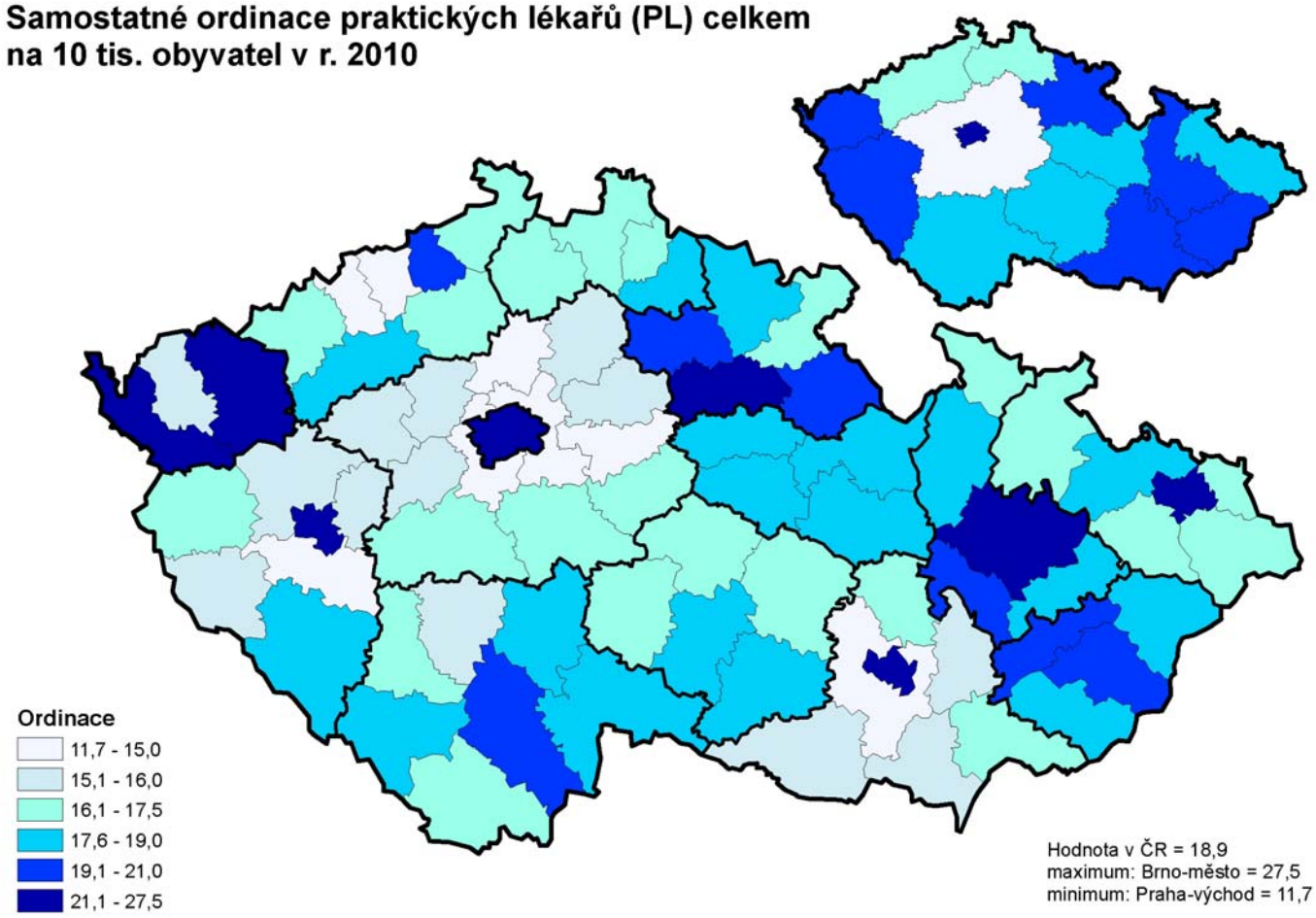
Podíl osob hospitalizovaných v nemocnici v okrese svého trvalého bydliště (ze všech hospitalizovaných bydlících v okrese) v r. 2009



Podíl osob hospitalizovaných v nemocnici v okrese svého trvalého bydliště (ze všech hospitalizovaných bydlících v okrese) - srovnání období 2000-2004 a 2005-2009

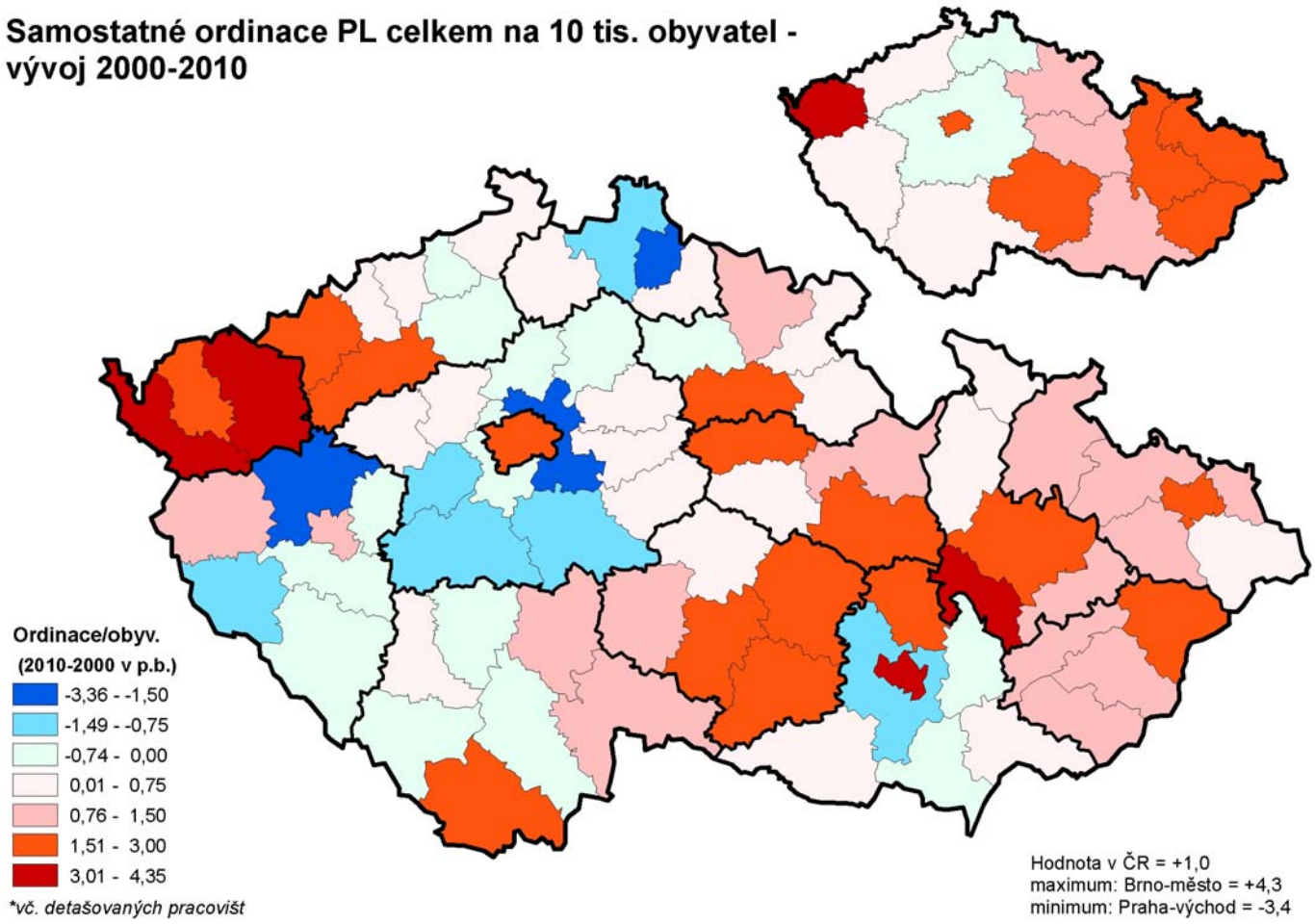


Samostatné ordinace praktických lékařů (PL) celkem na 10 tis. obyvatel v r. 2010

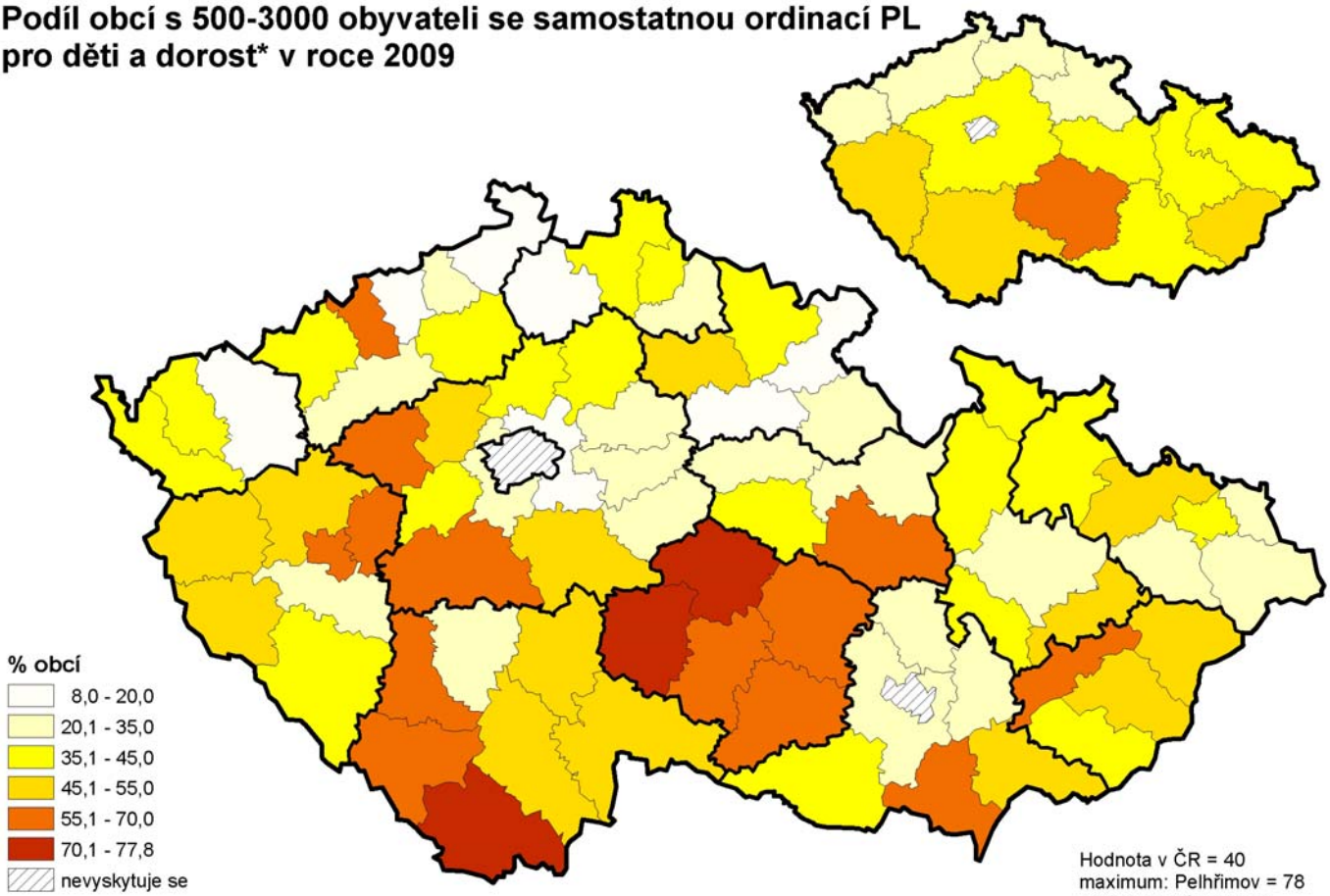


Zahrnuje samostatné ordinace PL pro děti a dorost; pro dospělé; ordinace stomatologů; gynekologů; lékařů specialistů

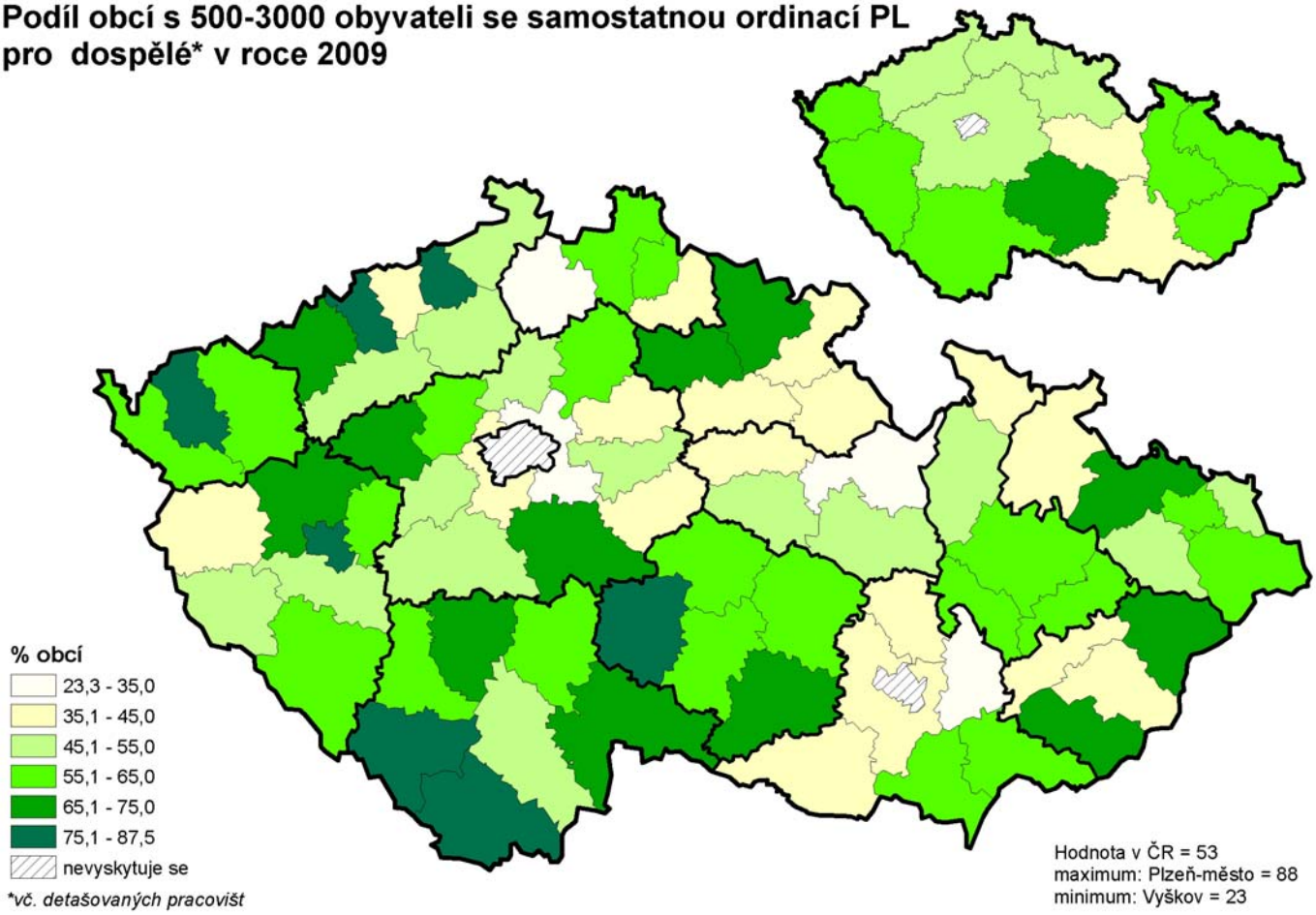
Samostatné ordinace PL celkem na 10 tis. obyvatel - vývoj 2000-2010



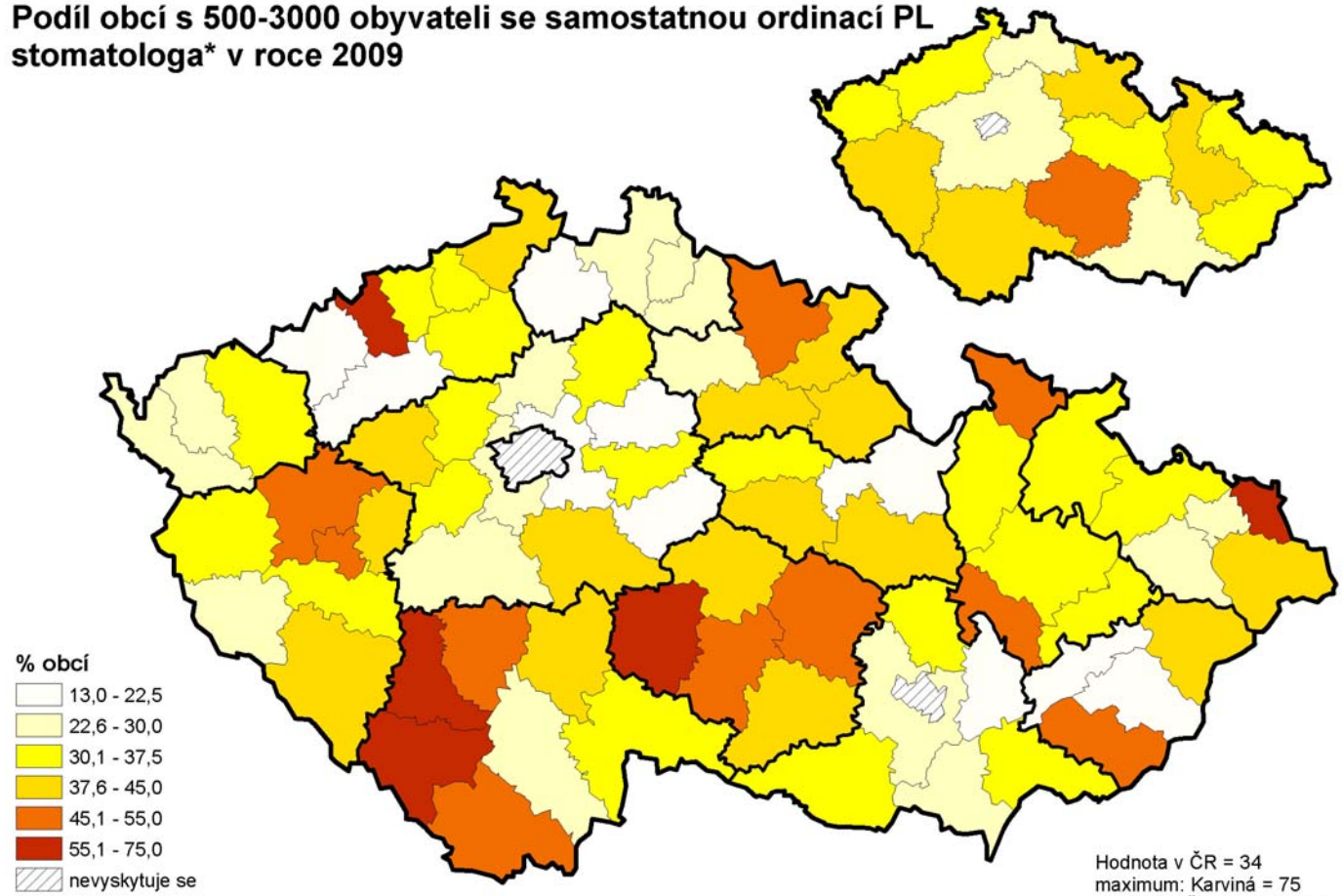
Podíl obcí s 500-3000 obyvateli se samostatnou ordinací PL pro děti a dorost* v roce 2009



Podíl obcí s 500-3000 obyvateli se samostatnou ordinací PL pro dospělé* v roce 2009

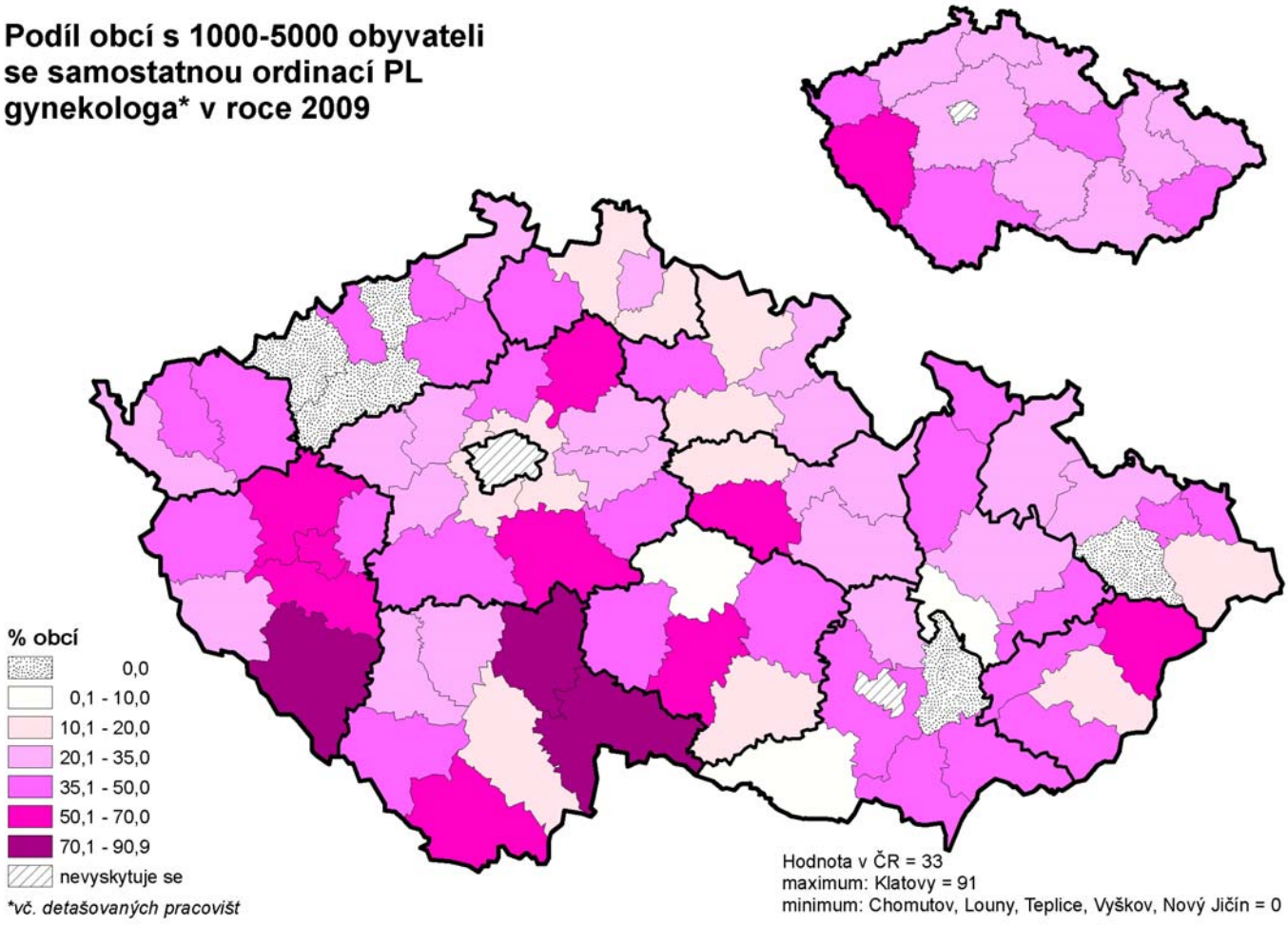


Podíl obcí s 500-3000 obyvateli se samostatnou ordinací PL stomatologa* v roce 2009



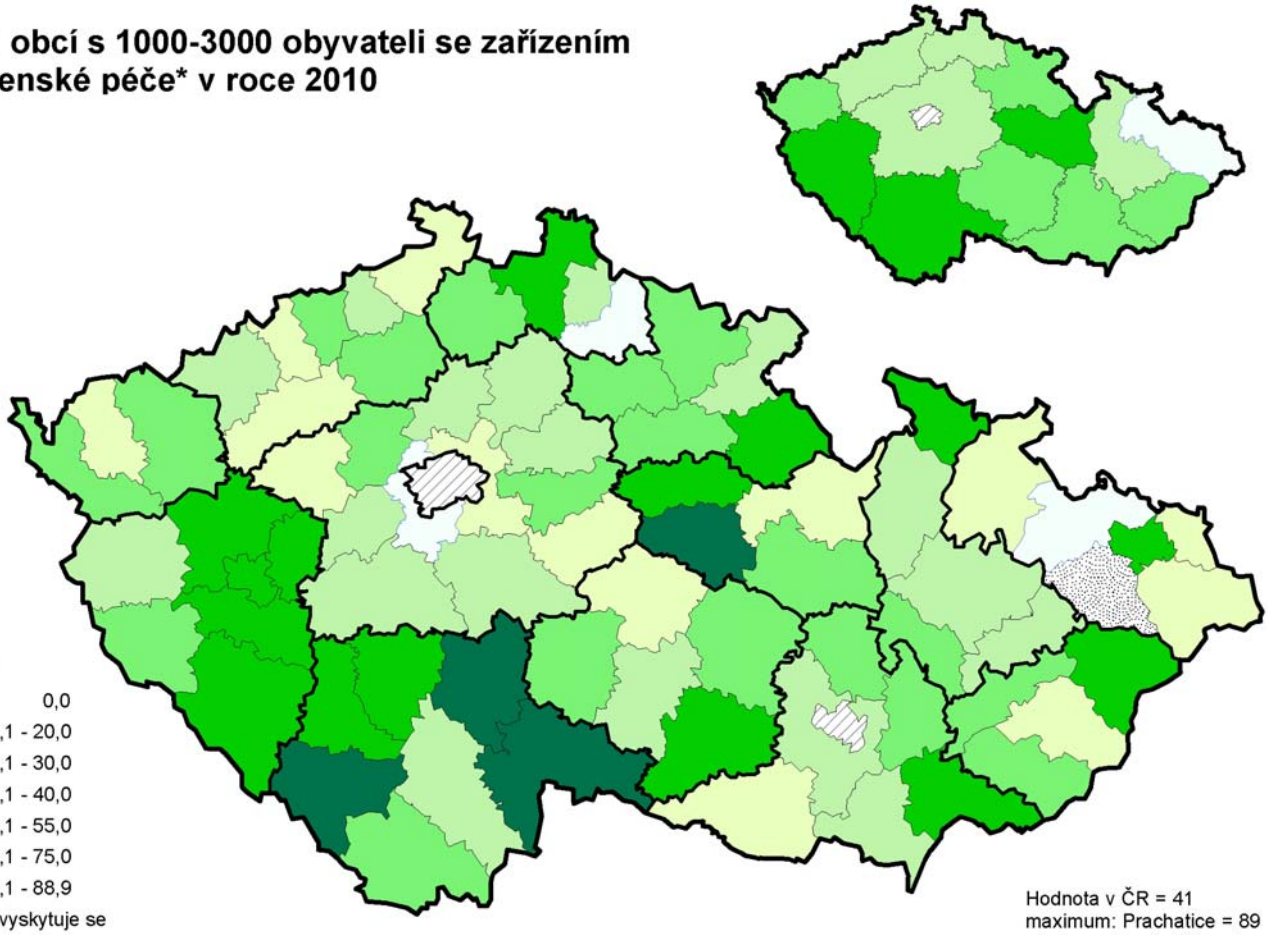
*vč. detašovaných pracovišť

Podíl obcí s 1000-5000 obyvateli se samostatnou ordinací PL gynekologa* v roce 2009

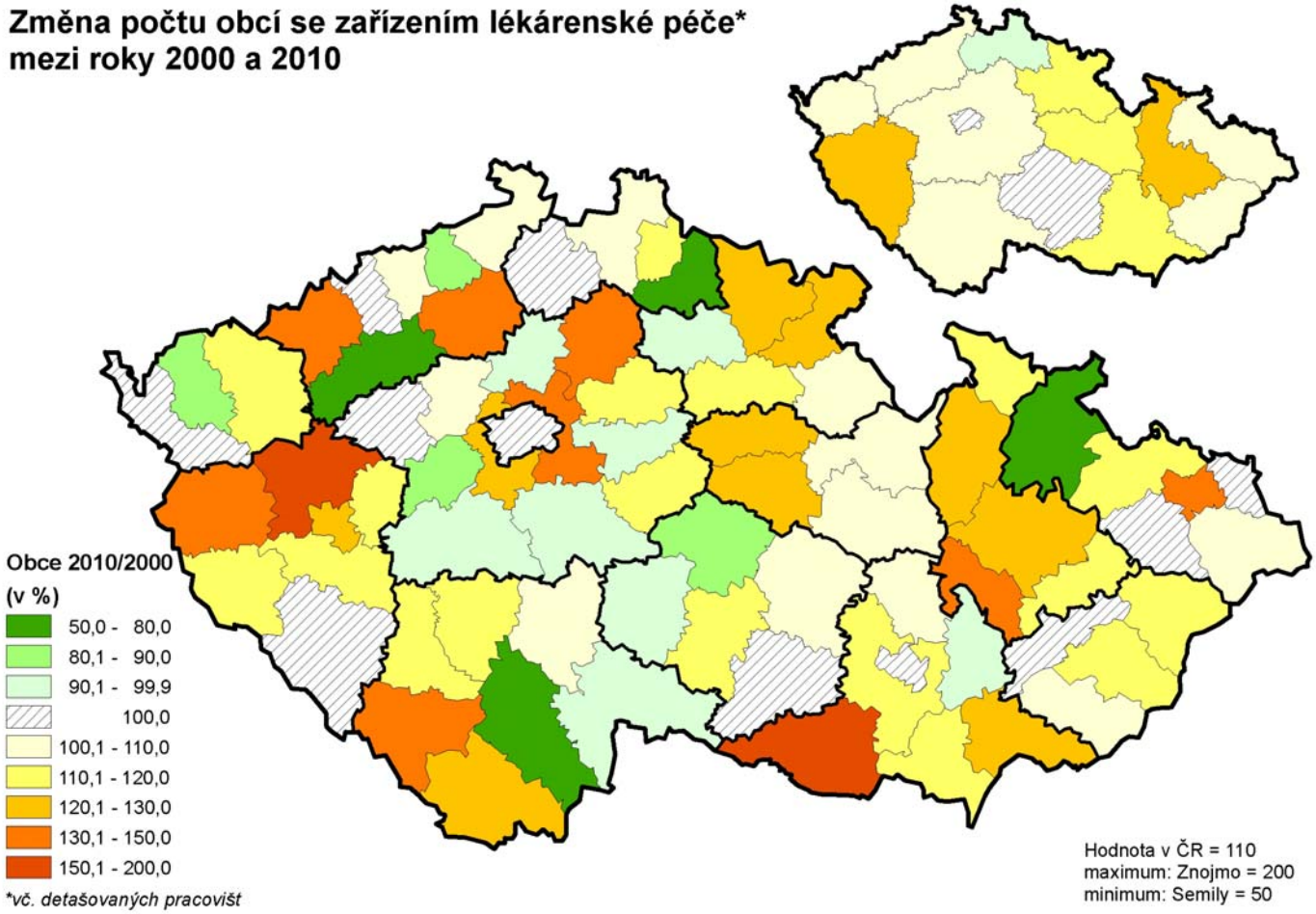


*vč. detašovaných pracovišť

Podíl obcí s 1000-3000 obyvateli se zařízením lékárenské péče* v roce 2010

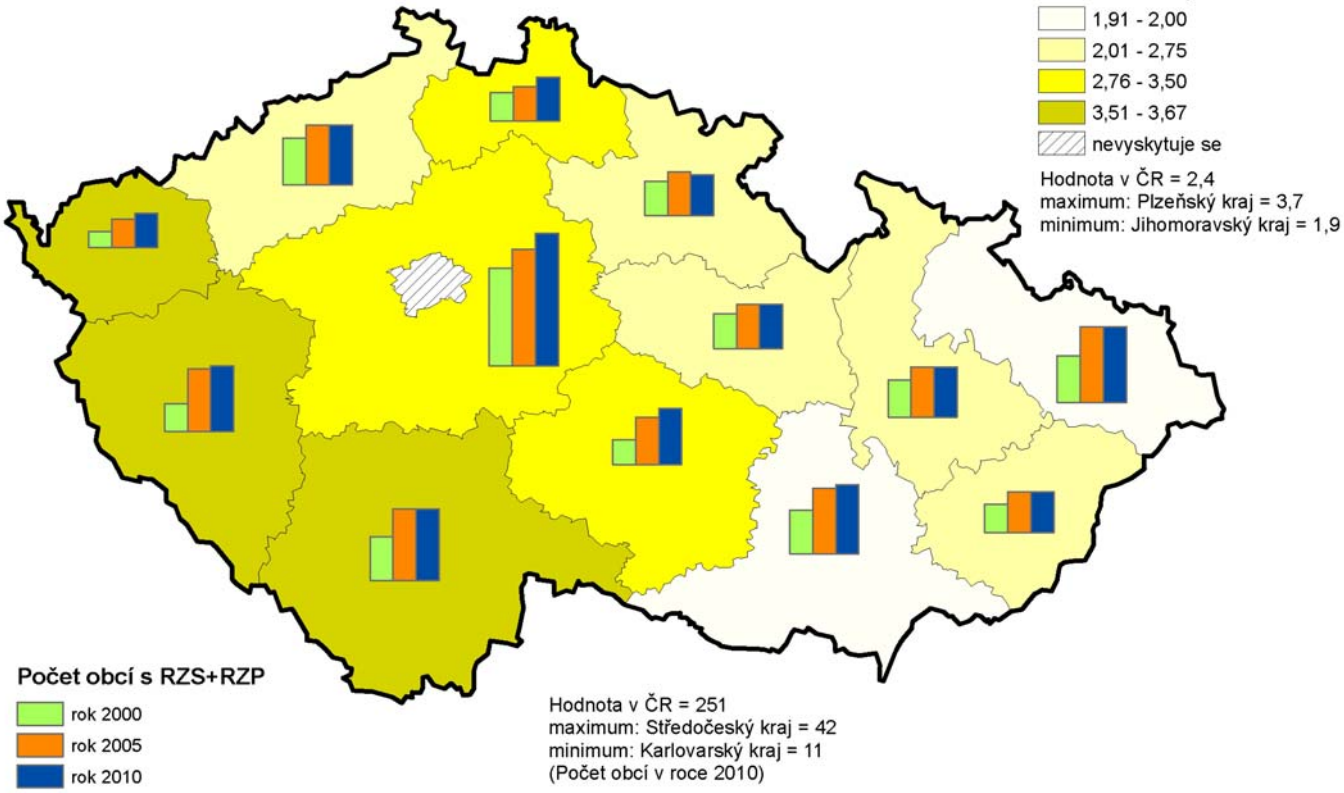


Změna počtu obcí se zařízením lékárenské péče* mezi roky 2000 a 2010

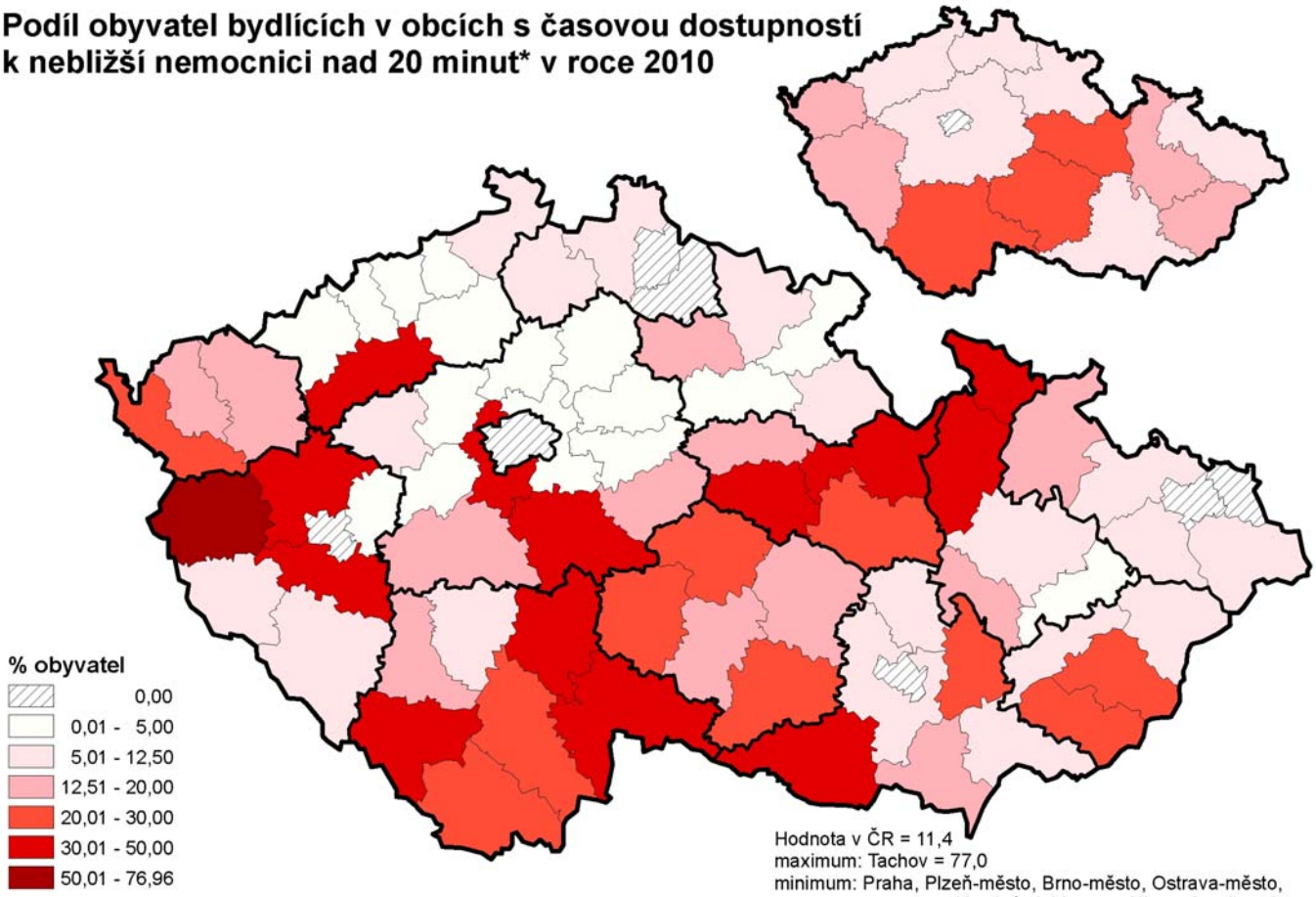


Počet obcí se středisky záchranné služby a rychlé zdravotnické pomoci (RZS+RZZP)* na 100 tis. obyvatel v r. 2010

*vč. detašovaných pracovišť

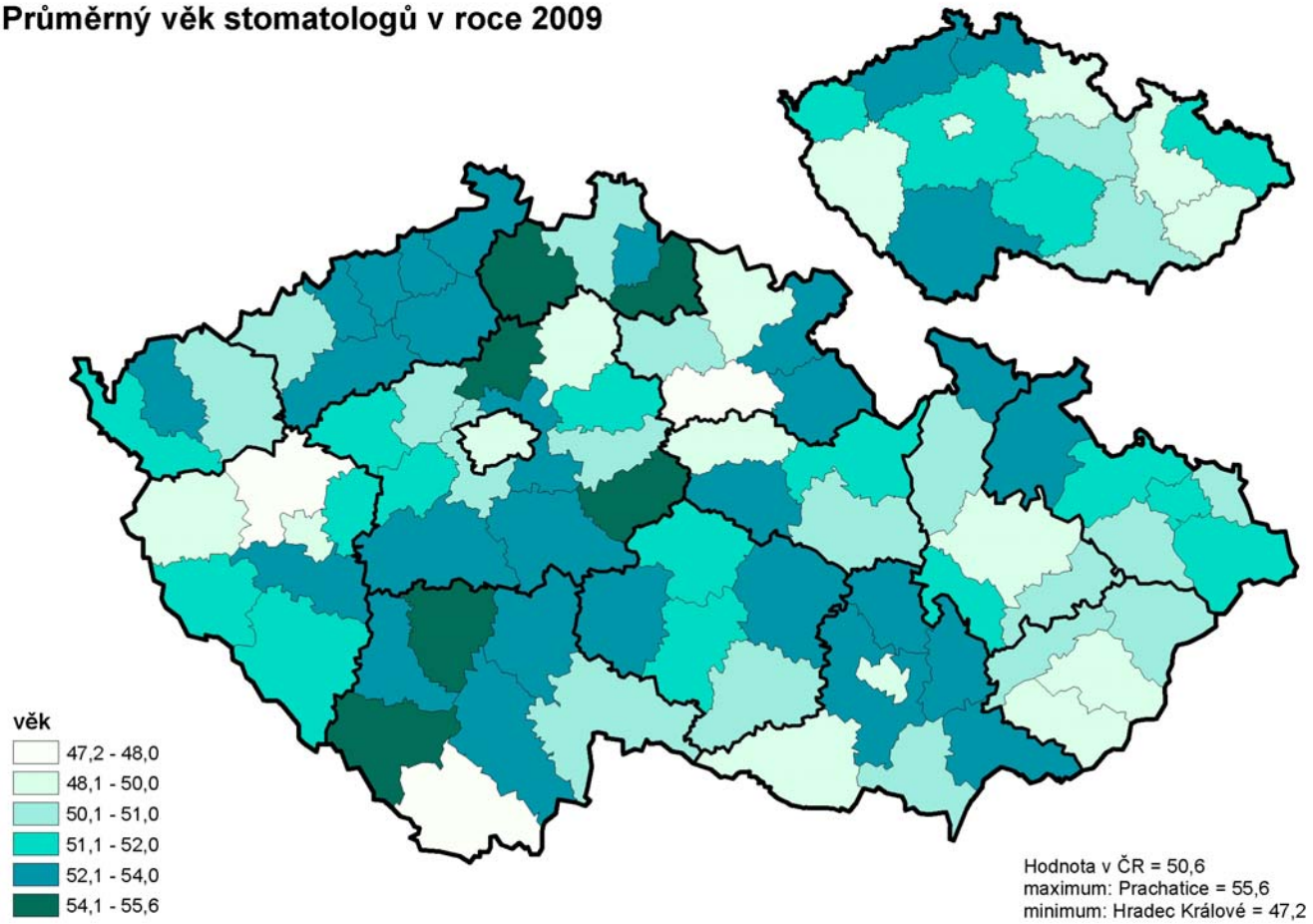


Podíl obyvatel bydlících v obcích s časovou dostupností k nebližší nemocnici nad 20 minut* v roce 2010

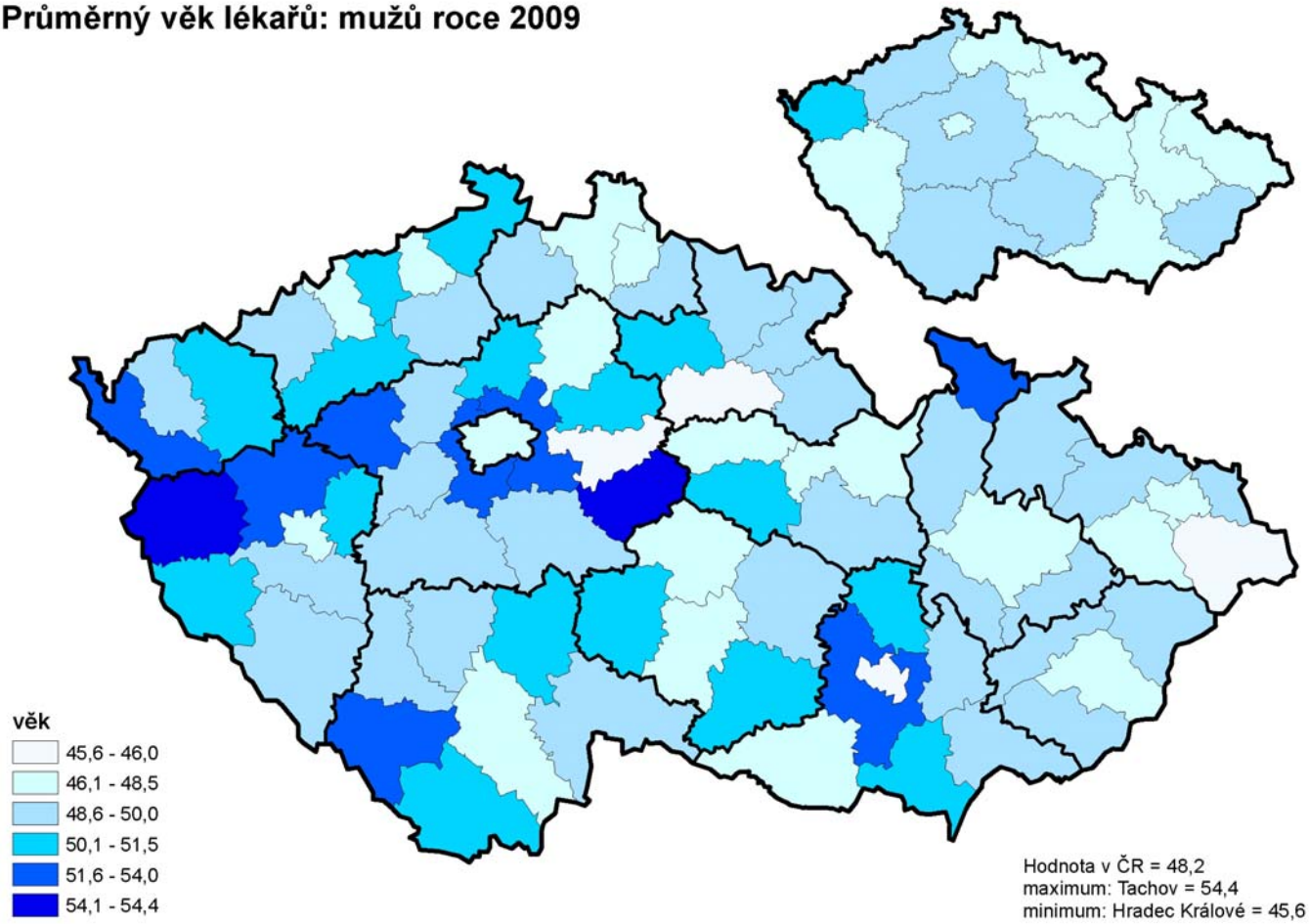


* individuální dopravou k nemocnici poskytující lůžkovou péči na oddělení interny

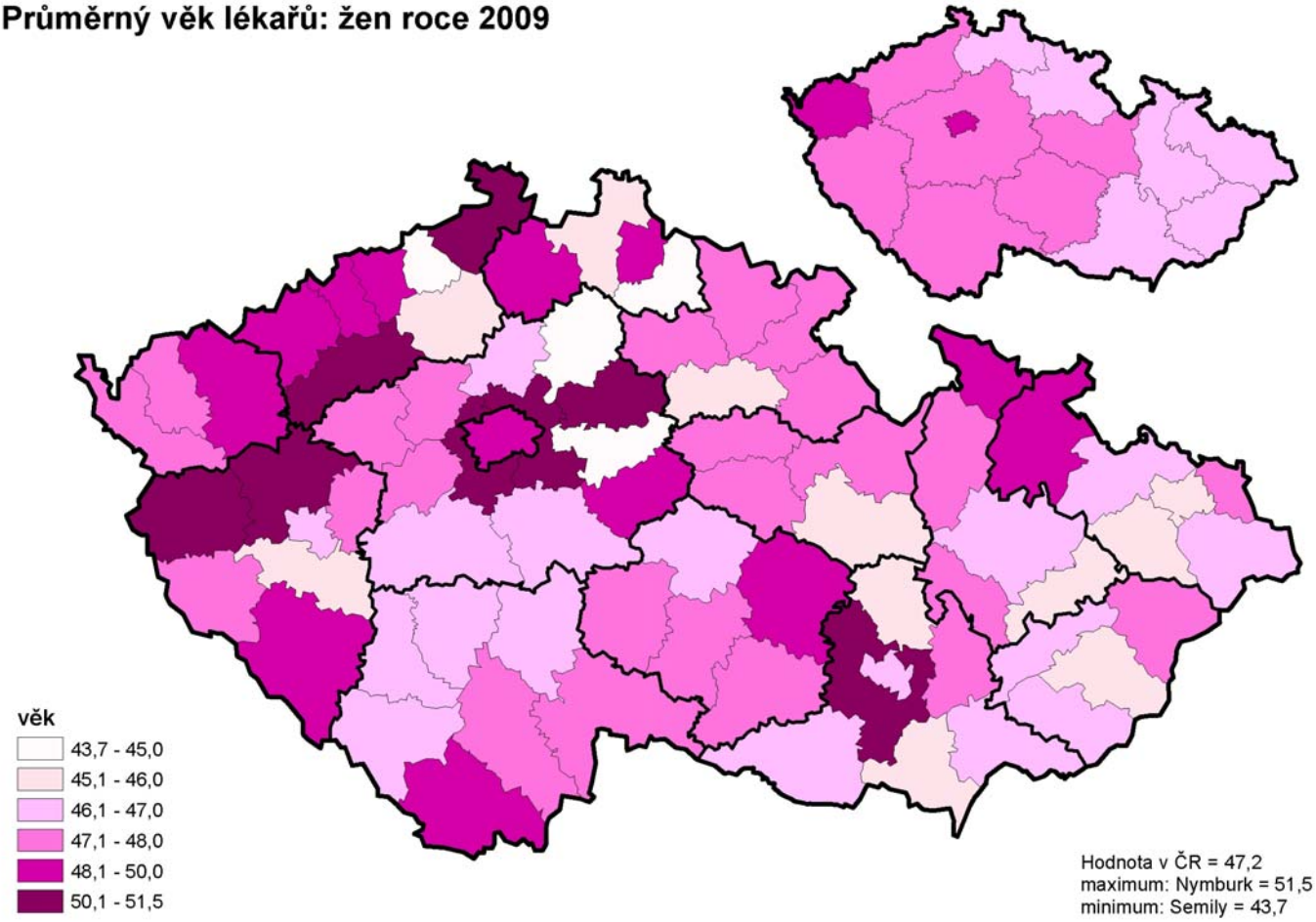
Průměrný věk stomatologů v roce 2009



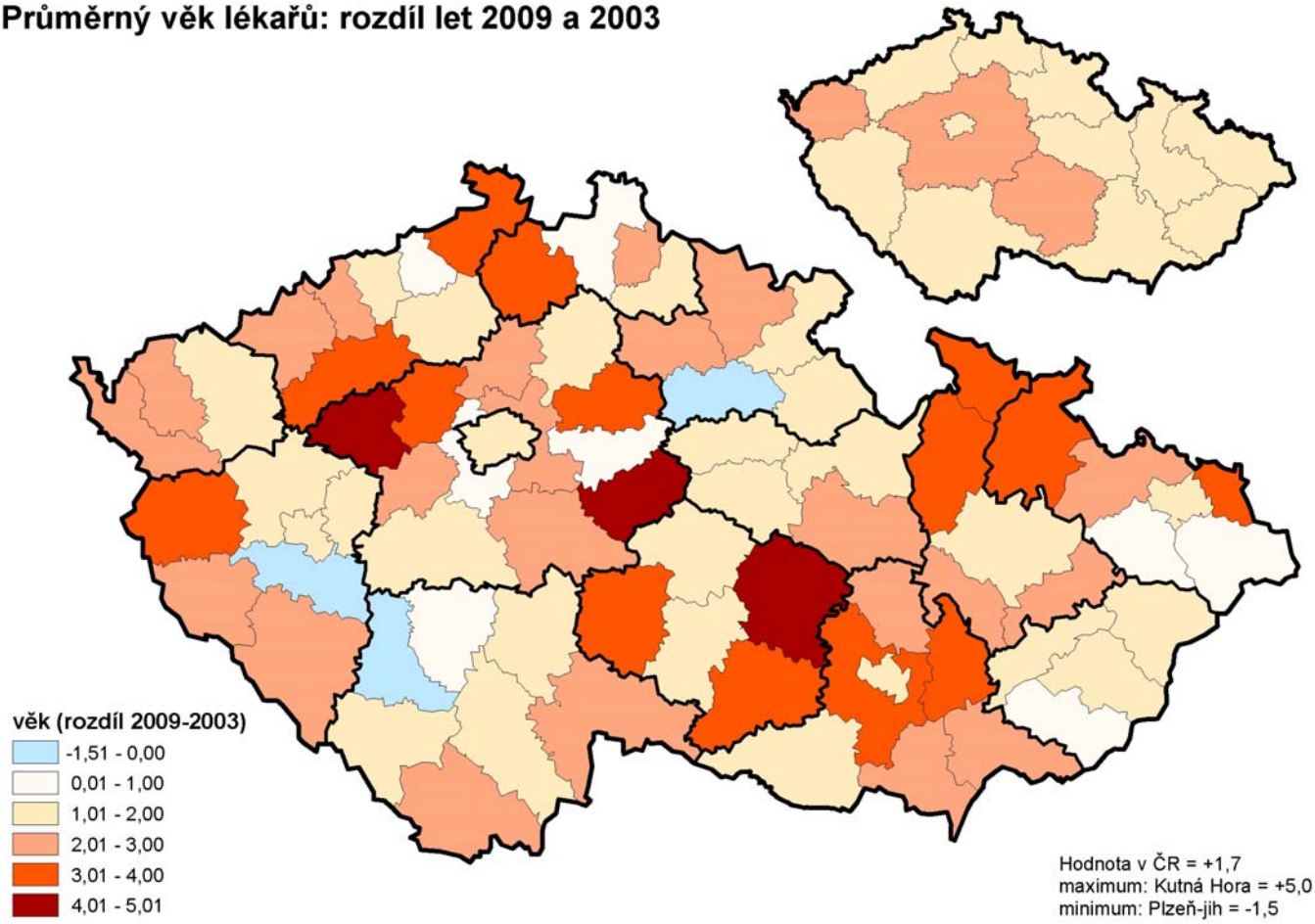
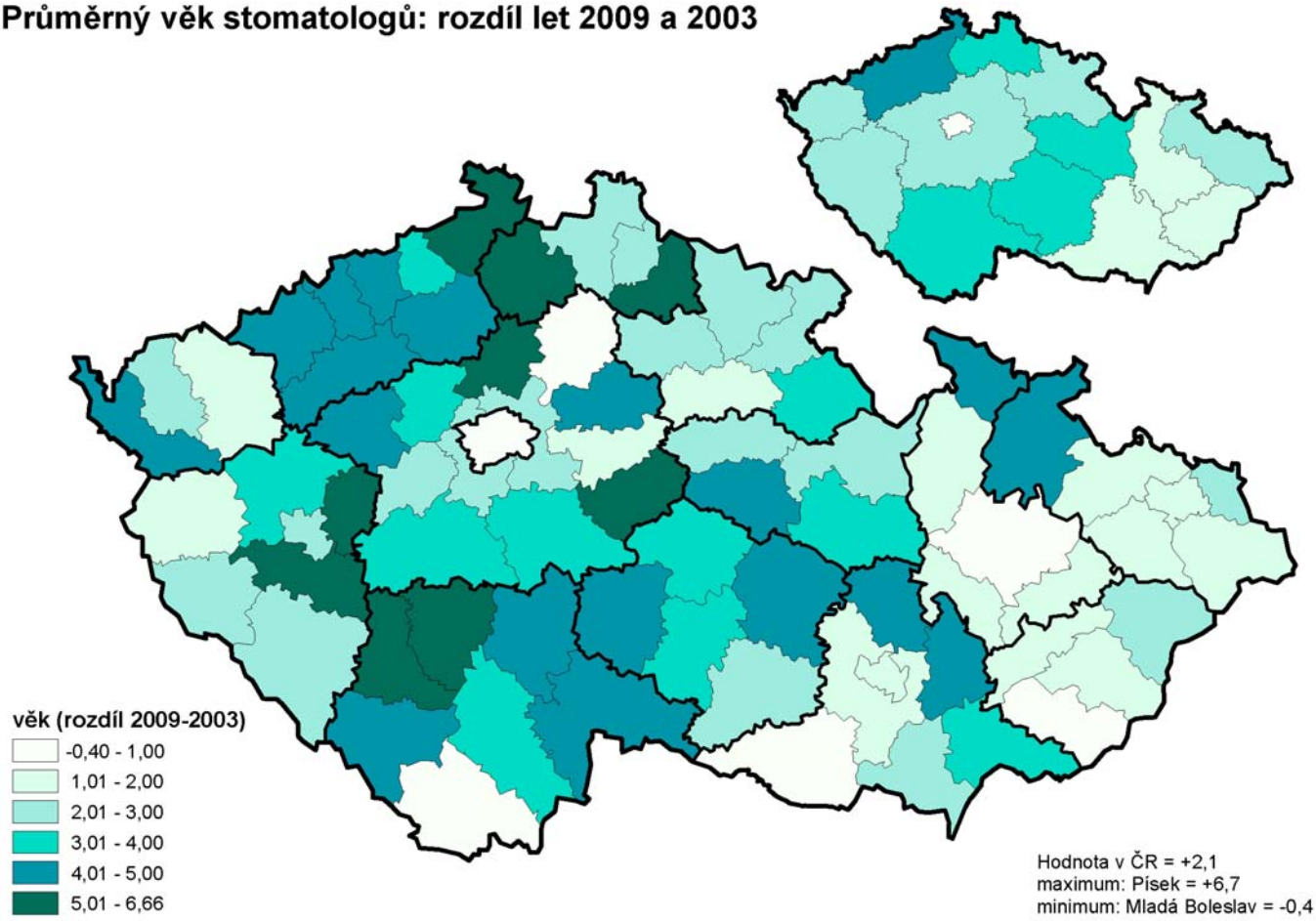
Průměrný věk lékařů: mužů roce 2009



Průměrný věk lékařů: žen roce 2009



Průměrný věk lékařů: rozdíl let 2009 a 2003



Průměrný věk stomatologů: rozdíl let 2009 a 2003