



ANALYTICKÁ VÝCHODISKA

PRO VSTUPNÍ ANALÝZU LŮŽKOVÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE VE
ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH ZŘIZOVANÝCH A
ZALOŽENÝCH MORAVSKOSLEZSKÝM KRAJEM



Zpracoval kolektiv Ekonomické fakulty VŠB-TUO: doc. Ing. Lenka Kauerová,
CSc., doc. Ing. Jan Sucháček, Ph.D., Ing. Pavlína Kozáková, Ph.D., Ing.
Jaroslav Urmínský

Datum 24. 11. 2017



Zavedli jsme systém environmentálního řízení a auditu



OBSAH

1. Souhrn základních poznatků analýzy zdravotnictví MSK.....	4
2. Obyvatelstvo Moravskoslezského kraje a jeho charakteristiky	7
2.1 <i>Základní geografické a demografické charakteristiky MSK.....</i>	7
Okresy v Moravskoslezském kraji	12
Shrnutí.....	17
2.2 <i>Projekce obyvatelstva v krajích ČR do roku 2050.....</i>	17
Shrnutí.....	22
2.3 <i>Nemocnost – incidence, prevalence.....</i>	23
Zhoubné novotvary	23
Diabetes.....	25
Vývojové vrozené vady	26
Nemoci z povolání.....	27
Alergie	28
Demence.....	29
Infekční onemocnění.....	29
Pohlavní nemoci	30
2.4 <i>Úmrtnost.....</i>	31
Úmrtnost v MSK.....	31
Příčiny úmrtnosti.....	33
Shrnutí.....	34
2.5 <i>Determinanty zdraví.....</i>	35
2.5.1 <i>Životní styl.....</i>	36
Výživa	36
Pohybová aktivita	36
Nadváha a obezita	37
Návykové látky	37
Hypertenze.....	37
2.5.2 <i>Pracovní prostředí.....</i>	37
2.5.3 <i>Životní prostředí.....</i>	38
Shrnutí.....	39
3. Zdravotní péče v Moravskoslezském kraji	39
3.1 <i>Zdravotnická zařízení v České republice – základní charakteristiky.....</i>	39
3.2 <i>Síť zdravotnických zařízení v Moravskoslezském kraji</i>	41
3.2.1 <i>Poloha nemocnic v Moravskoslezském kraji.....</i>	42
3.2.2 <i>Hospitalizovaní v nemocnicích Moravskoslezského kraje.....</i>	45
Shrnutí.....	46
3.3 <i>Spektrum poskytované péče a její kapacity.....</i>	47
3.3.1 <i>Ambulantní péče.....</i>	49



Praktický lékař pro dospělé.....	50
Praktický lékař pro děti a dorost	50
Stomatologická péče	51
Gynekologická péče	51
Chirurgická péče	52
Neurologická péče	52
Psychiatrická péče	52
<i>3.3.2 Lůžková péče</i>	<i>54</i>
Shrnutí.....	55
4. Právní, politické, ekonomické a technologické faktory	56
<i>4.1 Politické a právní faktory</i>	<i>56</i>
<i>4.1.1 Závazek veřejné služby</i>	<i>57</i>
<i>4.2 Socioekonomické faktory</i>	<i>58</i>
Míra nezaměstnanosti	58
Průměrná hrubá mzda.....	59
Čistý disponibilní důchod	59
Cizinci v MSK	59
Výdaje na zdravotní péči	60
Shrnutí.....	61
<i>4.3 Technologické faktory</i>	<i>62</i>
Přílohy.....	64



1. SOUHRN ZÁKLADNÍCH POZNATKŮ ANALÝZY ZDRAVOTNICTVÍ MSK

Moravskoslezský kraj je charakteristický výrazně vyšší hustotou obyvatelstva v porovnání s ostatními kraji ČR, vyjma specifické pozice hl. města Prahy. Dominantní pozici zde zaujímají města, ve kterých žije téměř $\frac{3}{4}$ obyvatelstva kraje, což je rovněž nadprůměrná hodnota oproti ostatním krajům ČR.

Moravskoslezský kraj se potýkal v uplynulých 16 letech s výrazným úbytkem obyvatelstva, kdy samotná ztráta činila více než 50 000 obyvatel. Úbytek obyvatelstva byl velmi intenzivní zejména po roce 2008, přičemž na tento vývoj měla zásadní vliv především migrace. Jediným okresem s rostoucím počtem obyvatel byl Frýdek-Místek. Naopak nejvýraznější úbytek obyvatelstva evidujeme v okresech Ostrava-město a Karviná.

Je třeba konstatovat, že trend stárnutí obyvatelstva v ČR se dotýká rovněž MS kraje. Stárnutí populace zachycují, mimo jiné, permanentně rostoucí hodnoty indexu stáří v čase. Stárnutí obyvatelstva zachycené prostřednictvím indexu stáří je evidentní napříč okresy MS kraje. Z tohoto pohledu nejrychleji dochází ke stárnutí populace v okresech Bruntál a Karviná.

Na základě projekce Českého statistického úřadu zpracované v roce 2013, lze rovněž uvést očekávaný vývoj vybraných demografických charakteristik v krajích ČR mezi lety 2020 - 2050. Na území MS kraje by mělo dojít k výraznému úbytku obyvatelstva do roku 2050 a to o 47 111 obyvatel, což je 45,5 % celkového očekávaného úbytku v ČR. Rovněž by měl pokračovat proces stárnutí populace. V roce 2050 by měl mít MS kraj 4 nejvyšší hodnotu indexu stáří ze všech krajů ČR, kdy na 100 obyvatel dětské složky (0-14 let) by mělo připadat 270 obyvatel starších 65 let, což rovněž indikuje jedno z nejvyšších temp stárnutí populace v rámci ČR. Předpokládané stárnutí obyvatelstva MS kraje se samozřejmě projevuje taktéž v očekávaném nárůstu počtu obyvatel v rámci starších věkových skupin, tzn. rovněž v námi sledovaných skupinách 65 - 79 let a 80+.

Dle Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb se na území kraje nachází 4 220 zdravotnických zařízení včetně detašovaných pracovišť, přičemž MS kraj je zřizovatelem 3% (70) těchto zdravotnických zařízení. Lze konstatovat, že prostorová distribuce zdravotnických zařízení mezi okresy MS kraje odpovídá hustotě osídlení v jednotlivých okresech. Celkově evidujeme 20 nemocnic v kraji, přičemž MS kraj je zřizovatelem 8 nemocnic, 3 nemocnice jsou zřizovány obcemi a 1 nemocnici zřizuje Ministerstvo zdravotnictví. Privátního zřizovatele má zbylých 8 nemocnic.

V nemocnicích na území MS kraje bylo v roce 2016 hospitalizováno celkově více než 264 tis. pacientů. Celých 94,5 % tvořili pacienti s bydlištěm v kraji, což je druhý nejvyšší a zároveň výrazně nadprůměrný podíl v ČR. Největší podíl hospitalizovaných osob v okrese svého bydliště lze pozorovat v okresech Ostrava-město a Frýdek-Místek. Naopak na druhém konci spektra se nachází pacienti s bydlištěm v okrese Opava. Největší podíl pacientů, kteří byli hospitalizováni v nemocnicích v jiném okrese MS kraje, nežli bylo jejich místo bydliště, evidujeme v okresech



Opava a Karviná, přičemž v obou případech činí tento podíl více než 30 %. Více než 15 % pacientů s bydlištěm v okrese Bruntál bylo hospitalizováno v nemocnicích mimo MS kraj.

Pro obyvatelstvo MSK je typické, že pravděpodobnost onemocnění zhoubným novotvarem je vyšší, nežli je pravděpodobnost tohoto onemocnění u obyvatele ČR. V MSK je také vyšší počet léčených diabetiků, oproti průměru ČR. Specifičností kraje je incidence nemocí z povolání, která je nejvyšší v ČR a výrazně převyšuje stav v ostatních krajích, přičemž na celorepublikovém počtu nemocných se MSK podílí 31,3 %.

Výskyt pacientů s alergiemi je v kraji zhruba o 100 případů vyšší oproti zbytku republiky. Od roku 2009 je zaznamenáván mírný nárůst pacientů s alergologickými potížemi, což odporuje celorepublikovému trendu, který je mírně klesající. Astatiků bylo nejvíce v okrese Nový Jičín, který překročil dokonce hodnoty v okrese Ostrava-město.

Co se týče úmrtnosti, i ta je v MSK stále vyšší, než je průměr za celou ČR. Nejčastější příčinou úmrtí byly nemoci oběhové soustavy. Na nemoci oběhové soustavy zemřelo v MSK nejvíce lidí z celé ČR. Trend úmrtnosti v MSK kopíruje trend ČR, který je mírně klesající. Druhou nejčastější příčinou úmrtí byly novotvary. V MS kraji, stejně jako v ČR, mírně roste hodnota standardizované úmrtnosti na choroby dýchacího ústrojí. Celková absolutní hodnota je opět nejvyšší v rámci České republiky.

V MSK připadá na 10 000 obyvatel nižší počet lůžek, nežli je průměr ČR. Nejvíce pacientů bylo hospitalizováno v okrese Ostrava-město. V MSK chybí gynekologové, ale také v chirurgii zaznamenává MSK nedostatek lékařů.

Počty lékařů v ambulantních zařízeních v MSK ve srovnání s celorepublikovým průměrem jsou nižší zejména v oborech geriatrické, infekční a pracovní lékařství a traumatologie. Naopak v oborech nemoci z povolání, urologie, PL gynekologie, a diabetologie počet lékařů převyšuje celorepublikový průměr.

Aktuálním výživovým problémem populace je nevyváženost a skladba stravy, která v kombinaci s nedostatečnou pohybovou aktivitou obyvatel, významně ovlivňuje zdravotní stav obyvatelstva taktéž v MS kraji. V rámci pracovního prostředí nejvíce působí na obyvatele MSK fyzikální a fyziologické faktory a prašnost. Na zdravotním stavu obyvatel MSK se velmi odráží znečištěné životní prostředí, kde jsou dlouhodobě překračovány emise základních znečišťujících látek ve srovnání s hodnotami za celou ČR.

Pozitivním trendem v MSK je klesající míra nezaměstnanosti a růst průměrné hrubé měsíční mzdy, avšak čistý disponibilní důchod domácnosti na 1 obyvatele je v MSK nižší, než je průměr ČR a v průběhu let 2011 – 2015 se tato situace nezlepšila.

Z hlediska politického bude charakter zdravotnictví vždy významně závislý na preferencích vládnoucích stran. Jedná se zde především o otázku míry zainteresovanosti veřejného a soukromého sektoru na zdravotnictví. Současná legislativa přitom příliš nepřispívá k vyřešení problému komplikovanosti zdravotnického systému jako celku. Z hlediska technologického představuje zdravotnictví jednu z nejčastěji se vyskytujících sfér aplikace. Jedná se o široké



spektrum témat počínaje eHealth care a konče např. zdravotnictvím katastrof. Je zde patrná dlouhodobá akcentace zvyšování efektivity zdravotnického systému. To má dvojnásobný význam v kraji sociálně-ekonomicky tak specifickém, jakým je právě kraj Moravskoslezský, který se stále vyrovnává s transformačními, resp. post-transformačními výzvami.



2. OBYVATELSTVO MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE A JEHO CHARAKTERISTIKY

2.1 ZÁKLADNÍ GEOGRAFICKÉ A DEMOGRAFICKÉ CHARAKTERISTIKY MSK

Moravskoslezský kraj je geograficky velice rozmanitý region. Ze západu je sevřen masívem Hrubého Jeseníku s nejvyšším vrcholem kraje a celé Moravy horou Praděd (1 491 m n. m.). Hornatina postupně přechází do Nížkého Jeseníku, náhorní plošiny s pozvolnějším terénem, a Oderských vrchů. Střední část kraje je charakteristická hustě osídleným nížinatým terénem Opavské nížiny, Ostravské pánve a Moravské brány. Směrem na jihovýchod krajina opět získává horský charakter a kulminuje hřbety Beskyd – u slovenské hranice Moravskoslezských s nejvyšším vrcholem Lysou horou (1 323 m n. m.) a Slezských Beskyd na hranici s Polskou republikou.

Kraj leží na severovýchodě České republiky a tvoří jednu z nejvíce okrajových částí. Na severu a východě hraničí s polskými vojvodstvími – Slezským a Opolským, na jihovýchodě s Žilinským krajem na Slovensku. V rámci krajského uspořádání ČR je lemován Olomouckým krajem a na jihu se letmo dotýká kraje Zlínského. Příhraniční charakter kraje poskytuje možnosti efektivní spolupráce ve výrobní sféře, rozvoji infrastruktury, v ochraně životního prostředí, v kulturně-vzdělávací činnosti a především v oblasti turistického ruchu. Za tímto účelem působí na území kraje v současné době 4 euroregiony – Beskydy, Praděd, Silesia a Těšínské Slezsko (ČSÚ, 2017).

Na území MS kraje se nachází 300 obcí (z toho 42 měst), což je 3 nejnižší počet obcí mezi kraji České republiky (vyjma hl. města Prahy). Velikostí svého území se řadí až na 6 místo mezi kraji, při celkové rozloze 5 428 km². Svou rozlohou zabírá 6,9 % území celé České republiky. MS kraj je 4 nejlidnatějším krajem s celkovým počtem obyvatel 1 209 879 (k 31. 12. 2016), což činí 11,43 % obyvatelstva České republiky (viz tab. 1).

Sledované relativní ukazatele, tj. *míra hustoty obcí*, *průměrná velikost obce* a *hustota osídlení*, ukazují na územní specifika MS kraje.

Míra hustoty obcí (mho) – vyjadřuje počet obcí připadající na každých 100km², tj. počet obcí/rozloha*100.

Průměrná velikost obce (\bar{o}) – vyjadřuje průměrný počet obyvatel připadající na 1 obec, tj. počet obyvatel/počet obcí.

Hustota osídlení – počet obyvatel na km², tj. celkový počet obyvatel/rozloha v km².

Tabulka 1: Základní územní charakteristiky krajů České republiky v roce 2016

Území/charakteristiky	Počet obcí	Počet obyvatel (k 31.12.)	Rozloha (km ²)	Průměrná velikost obce (\bar{o})	Míra hustoty obcí (mho)	Hustota osídlení
Česká republika	6258	10 578 820	78 870	1 690	7,9	134,1
Hlavní město Praha	1	1 280 508	496	1 280 508	0,2	2 581,1
Středočeský	1144	1 338 982	11 016	1 170	10,4	121,5
Jihočeský	624	638 782	10 058	1 024	6,2	63,5
Plzeňský	501	578 629	7 561	1 155	6,6	76,5
Karlovarský	134	296 749	3 314	2 215	4,0	89,5
Ústecký	354	821 377	5 335	2 320	6,6	154,0
Liberecký	215	440 636	3 163	2 049	6,8	139,3
Královéhradecký	448	550 804	4 759	1 229	9,4	115,7
Pardubický	451	517 087	4 518	1 147	10,0	114,5
Vysočina	704	508 952	6 796	723	10,4	74,9
Jihomoravský	673	1 178 812	7 195	1 752	9,4	163,8
Olomoucký	402	633 925	5 267	1 577	7,6	120,4
Zlínský	307	583 698	3 963	1 901	7,7	147,3
Moravskoslezský	300	1 209 879	5 428	4 033	5,5	222,9

Zdroj: ČSÚ, zpracovatel

Vzhledem k celkové rozloze je na území MS kraje relativně velmi nízká míra hustoty obcí. Tyto obce jsou v průměru výrazně lidnaté při porovnání s ostatními kraji (vyjma Prahy). Celkově je patrná velmi vysoká hustota zalidnění vzhledem k velikosti území v porovnání s ostatními kraji ČR, pomineme-li specifické postavení hl. města Prahy v územní struktuře státu. Zde je rovněž vhodné doplnit další specifikum MS kraje. MS kraj má výrazně nadprůměrný podíl městského obyvatelstva 74,6 % (rok 2015), oproti průměru ČR 69,3 %. Průměrný podíl městského obyvatelstva se v ČR v čase snižuje. Stejně je tomu v MS kraji, avšak úbytek je zde mnohem rychlejší. V roce 2001 činil průměrný podíl městského obyvatelstva v ČR 70,5 %, přičemž v MS kraji 76,9 %. V MS kraji tedy evidujeme úbytek městského obyvatelstva o 2,3 procentních bodů, oproti průměrnému úbytku v ČR 1,2 procentních bodů.

Vývoj základních vybraných charakteristik obyvatelstva žijícího na území MS kraje mezi lety 2001 – 2016 zachycuje graf 1.

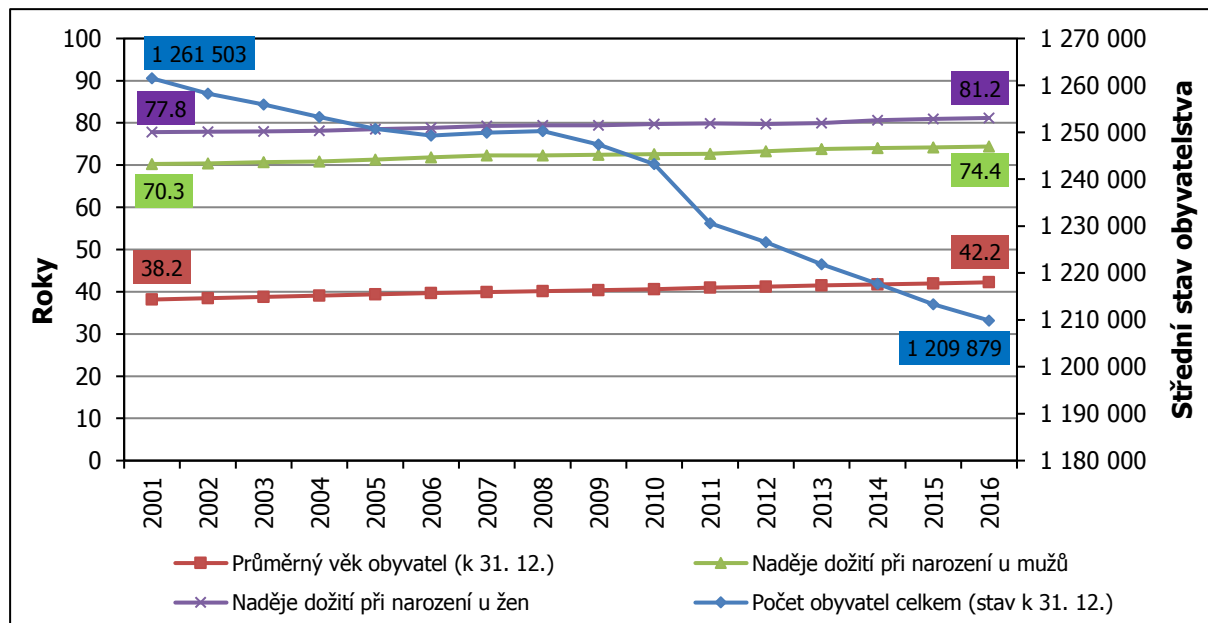
MS kraj se potýká s výrazným poklesem počtu obyvatel v čase. Za sledované období došlo k poklesu o 51 624 obyvatel. Pokles obyvatel je zřejmý po celé sledované období vyjma roku 2007 a 2008. Nápadný pokles lze pozorovat především po roce 2008, což dokládá výrazně vyšší záporná hodnota při srovnání časových rozmezí - pokles počtu obyvatel mezi lety 2008/2001 (- 11 248) a mezi lety 2016/2008 (- 40 376).

Další sledované charakteristiky obyvatelstva v MS kraji vykazují rostoucí hodnoty v čase. Dochází ke stárnutí populace, kdy průměrný věk stoupl v čase o 4 roky. Narůstá taktéž naděje dožití a to jak u mužů o 4,1 let, tak u žen o 3,4 roky. Zároveň dochází ke snižování rozdílu



v naději dožití mezi ženami a muži v čase, kdy v počátečním roce 2001 tento rozdíl činil 7,5 let, kdežto v roce 2016 již 6,8 let.

Graf 1: Vývoj vybraných charakteristik obyvatelstva v MS kraji



Zdroj: ČSÚ, zpracovatel

Lze identifikovat dvě základní síly s přímým dopadem na populační velikost území. Přírůstek či úbytek obyvatelstva ovlivňuje jednak přirozená obměna obyvatelstva, ale také prostorový pohyb obyvatelstva, tedy migrace. Pohyb obyvatelstva v relativním vyjádření lze sledovat prostřednictvím ukazatelů hrubá míra přirozeného přírůstku a hrubá míra migračního salda. Souhrn těchto ukazatelů vyjadřuje hrubá míra celkového přírůstku, která v případě kladných hodnot vyjadřuje celkový relativní přírůstek obyvatelstva ve sledovaném území v daném čase a v případě hodnot záporných relativní úbytek obyvatelstva. Dané ukazatele jsou vyjadřovány v promilích (‰) následovně:

Přirozená obměna obyvatelstva

Hrubá míra přirozeného přírůstku (hmpp) = živě narození – zemřelí/obyvatelstvo*1000

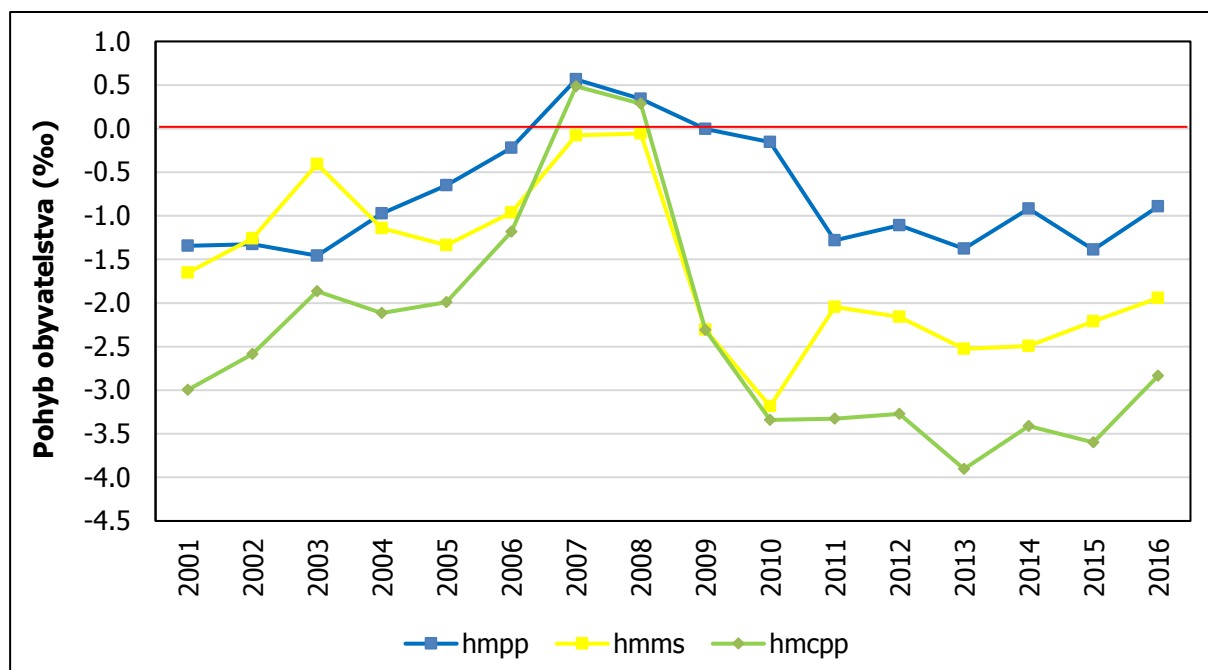
Prostorový pohyb obyvatelstva

Hrubá míra migračního salda (hmss) = přistěhovalí - vystěhovalí/obyvatelstvo*1000

Celkový přírůstek/úbytek obyvatelstva

Hrubá míra celkového přírůstku (hmcpp) = hmpp + hmss

Graf 2: Pohyb obyvatelstva v MS kraji



Zdroj: ČSÚ, zpracovatel

Na základě grafu 2 lze rozlišit tři základní období: 2001 – 2006; 2007 - 2008; 2009 - 2016.

2001-2006 – Počátek sledovaného období se projevoval permanentním nárůstem počtu živě narozených dětí. V průměru se narodilo v tomto období 11 758 dětí, avšak tento trend byl doprovázen rovněž nárůstem počtu zemřelých s vrcholem v roce 2003, kdy bylo evidováno 13 347 zemřelých osob. Po roce 2003 lze pozorovat pokles počtu zemřelých, až do roku 2006 na hodnotu 12 657 osob. Průměrná absolutní hodnota úbytku obyvatelstva přirozenou měnou byla v tomto období -1251 osob. Podobným trendem se vyznačovala také migrace. Průměrná hodnota přistěhovalých byla v počátečním období 5378 osob, oproti 6 792 vystěhovalým osobám. Průměrná absolutní hodnota úbytku obyvatelstva migrací činila v MS kraji -1415 osob.

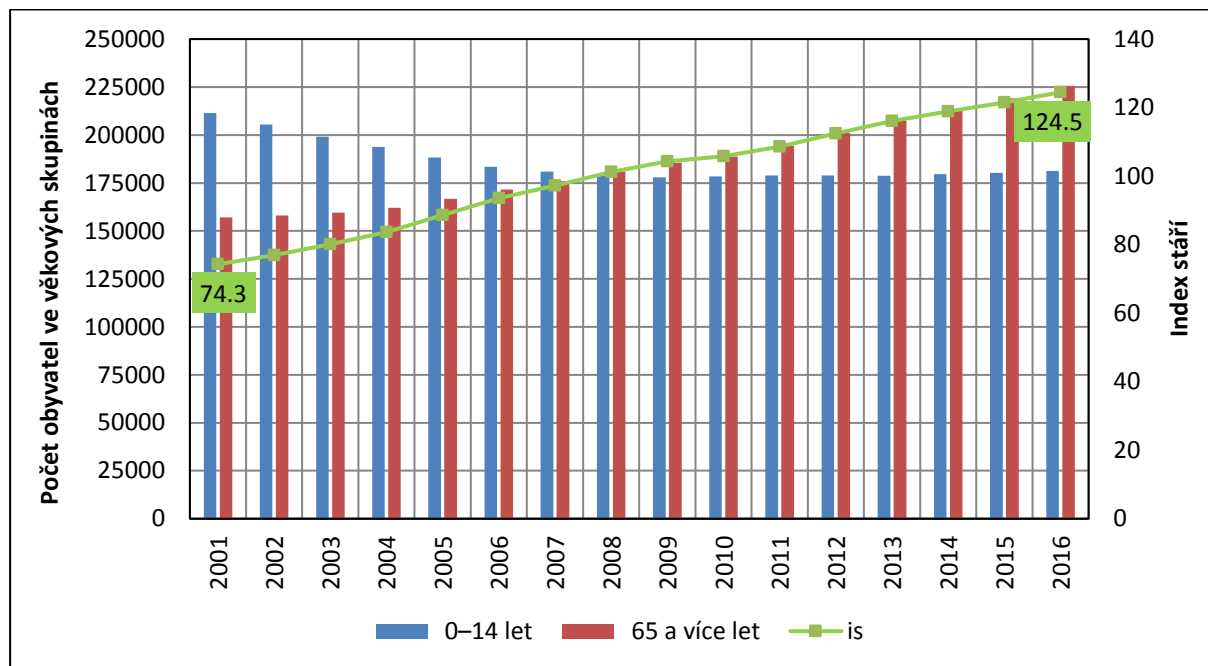
2007 - 2008 – Jedná se o období s kladným přírůstkem přirozenou měnou, který byl způsoben vysokým nárůstem živě narozených, oproti relativně nízkému nárůstu zemřelých. Zároveň zde evidujeme nejnižší úbytek obyvatelstva migrací, kdy v obou letech ztrácel kraj migrací méně než 100 osob.

2009 – 2016 – V daném období došlo ke zvýšení průměrné hodnoty živě narozených dětí oproti roků 2001-2006, které převýšilo zvýšení průměrné hodnoty počtu zemřelých, což vyústilo v nižší úbytek obyvatelstva přirozenou měnou a to -1088. Nicméně tato hodnota je částečně zkreslena roky 2009 a 2010, jinak lze, bez těchto let, pozorovat zvýšení průměrné hodnoty přirozeného úbytku obyvatelstva v MS kraji -1417. Po roce 2008 výrazně ovlivňuje velikost populace MS kraje migrace. Evidujeme jednak pokles průměrné hodnoty přistěhovalých 4705 oproti prvnímu období, ale také nárůst průměrné hodnoty vystěhovalých, která činí 7600 osob.

Migrací v tomto období MS kraj ztrácel v průměru -2895 osob ročně. Lze předpokládat vliv ekonomické recese.

Proces stárnutí populace lze zachytit prostřednictvím indexu stáří (graf 3). Index stáří zachycuje podíl věkové složky obyvatelstva v důchodovém věku 65+ a dětské složky 0-14 let. Index stáří vyjadřuje, kolik obyvatel starších 65 let připadá na 100 obyvatel dětské složky.

Graf 3: Vývoj indexu stáří a věkových skupin v MS kraji



Zdroj: ČSÚ, zpracovatel

Je zřejmé, že obyvatelstvo v MS kraji stárne. V roce 2001 připadalo na 100 obyvatel ve věku 0-14 pouze 74 obyvatel ve věku 65+. V průběhu sledovaného období registrujeme permanentní nárůst indexu stáří až na konečnou hodnotu 124,5 v roce 2016. Celkový nárůst indexu stáří v čase (2016/2001) činí 50,2, což je nárůst o 67,6 %. Nejvyrovnanější stav mezi dětskou složkou a složkou 65+ lze pozorovat v roce 2008, kdy index stáří dosahoval hodnoty 101,2.

Při pohledu na vývoj jednotlivých věkových složek obyvatelstva je zřejmý permanentní nárůst složky 65+ ve sledovaném období, z 157 008 osob v roce 2001 na 225 649 v roce 2016 (vzrůst o 68 641 osob). Naproti tomu je evidentní pokles dětské složky, z 211 385 osob v roce 2001 na 181 261 v roce 2016 (pokles o 30 124 osob). Avšak pokles obyvatelstva v dětské složce se zastavil v roce 2009, kdy poté lze pozorovat stagnaci, respektive velmi malý nárůst počtu osob v této věkové složce (2016/2009 – nárůst o 3324 osob).



OKRESY V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI

Na území MS kraje se nachází 300 obcí, které jsou rozčleněny do 6 okresů. Nejvíce obcí leží v okrese Opava (77) a Frýdek-Místek (67). Nejlidnatějším okresem MS kraje je okres Ostrava-město s celkovým počtem 323 464 obyvatel, tj. 26,7 % obyvatel kraje. Největší rozlohu zabírá okres Bruntál 1 537 km², tj. 28,3 % rozlohy kraje (viz tab. 2).

Tabulka 2: Základní územní charakteristiky okresů MS kraje (k 31. 12. 2016)

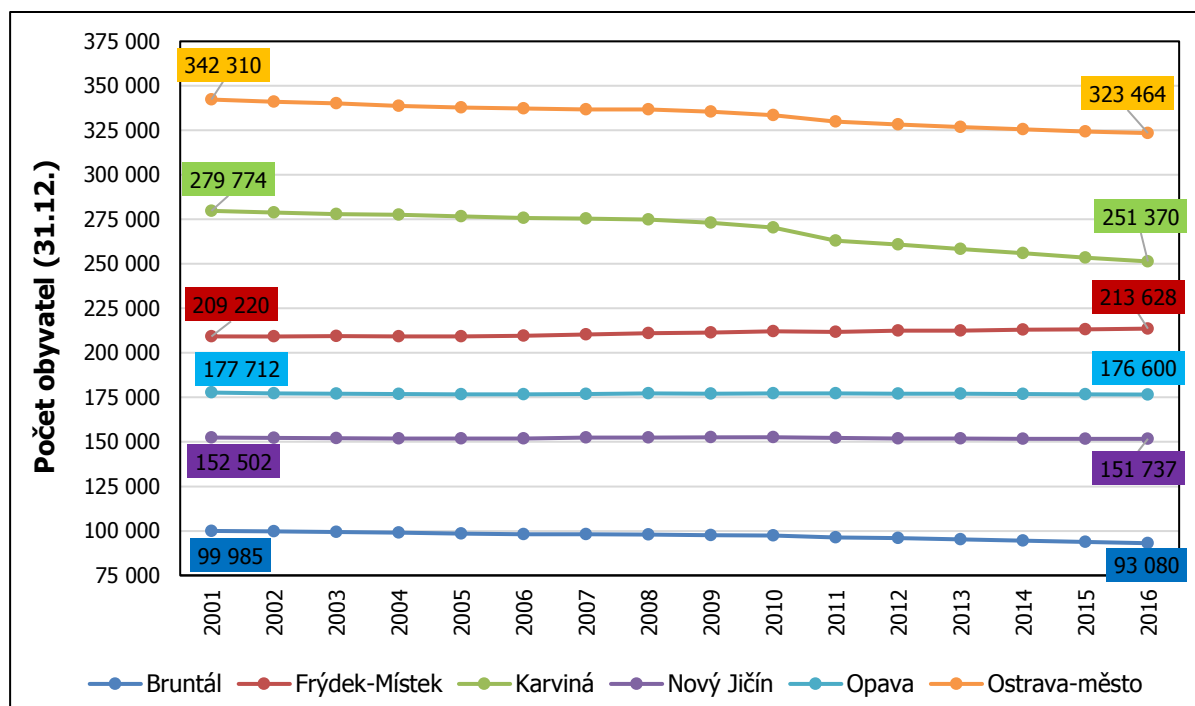
Území/charakteristiky	Počet obcí	Počet obyvatel	Rozloha (km ²)	Průměrná velikost obce (ō)	Míra hustoty obcí (mho)	Hustota osídlení
Bruntál	67	93 080	1 537	1 389	4,4	60,6
Frýdek-Místek	72	213 628	1 208	2 967	6,0	176,8
Karviná	17	251 370	356	14 786	4,8	705,6
Nový Jičín	54	151 737	882	2 810	6,1	172,1
Opava	77	176 600	1 113	2 294	6,9	158,7
Ostrava-město	13	323 464	332	24 882	3,9	975,6

Zdroj: ČSÚ, zpracovatel

Vysoká koncentrace obyvatelstva je patrná především v silně urbanizovaných okresech Ostrava-město a Karviná, kde žije téměř polovina obyvatelstva MS kraje (47,5 %). Naopak nejnižší koncentraci obyvatelstva evidujeme v okrese Bruntál.

Dochází k úbytku obyvatelstva ve všech okresech MS kraje, vyjma okresu Frýdek-Místek. Celkový úbytek počtu obyvatel v MS kraji činil ve sledovaném období -51 624. Vývoj počtu obyvatel v okresech MS kraje zobrazuje graf 4.

Graf 4: Vývoj počtu obyvatel (k 31. 12.) v okresech MS kraje



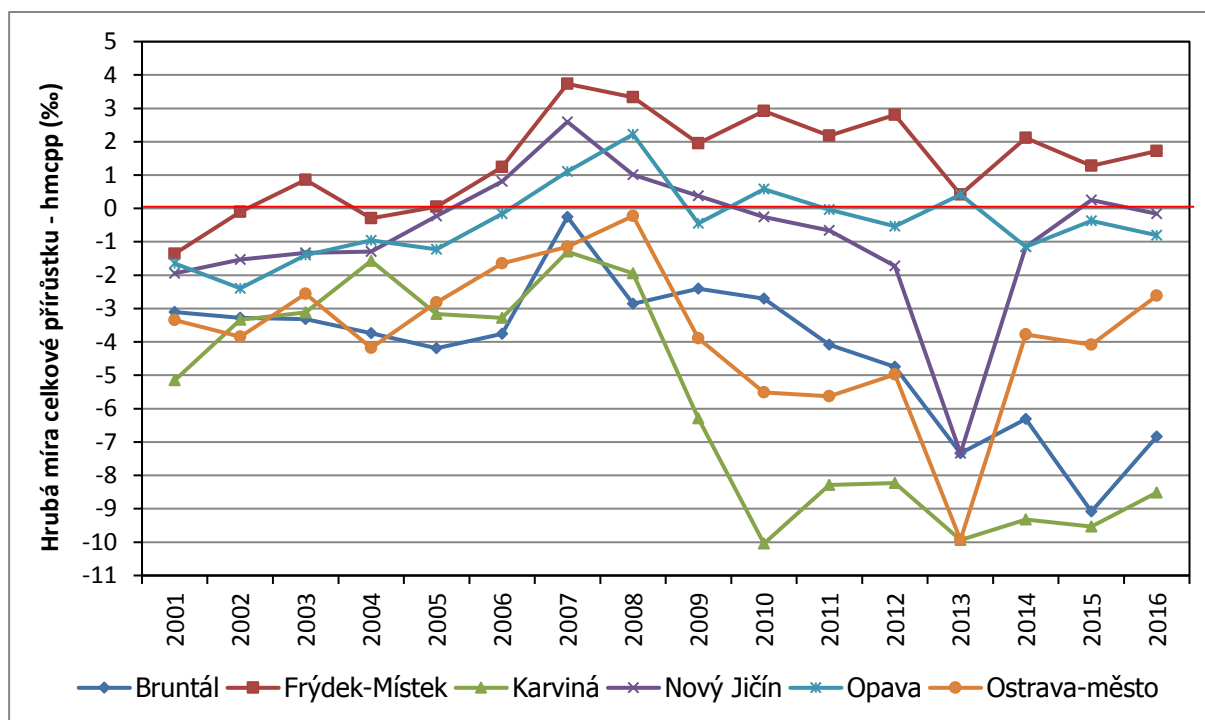
Zdroj: ČSÚ, zpracovatel

Porovnání změny počtu obyvatelstva v okresech MS kraje mezi počátečním rokem 2001 a koncovým rokem 2016 dle pořadí (absolutní hodnoty) je následující: Frýdek – Místek (+4 408), Nový Jičín (-765), Opava (-1 112), Bruntál (-6 905), Ostrava-město (-18 846), Karviná (-28 404).

Jak již bylo uvedeno v předešlé části, na území MS kraje docházelo k výrazné proměně především po roce 2008, což se projevilo rovněž v jednotlivých okresech, avšak s odlišnou intenzitou. Změny lze opětovně zachytit porovnáním časových rozmezí mezi lety 2008/2001 a 2016/2008. Celkové změny v MS kraji (- 11 248; - 40 376). Změny v jednotlivých okresech: Frýdek-Místek (+ 1 850; + 2 558), Nový Jičín (+ 4; - 769), Opava (- 499; - 613), Bruntál (- 2 117; - 4 788), Ostrava-město (- 5 575; - 13 271), Karviná (- 4 911; - 23 493).

Pohyb obyvatelstva v okresech MS kraje v čase zobrazuje graf 5 a to ve formě hrubé míry celkového přírůstku zahrnující v sobě jak přirozenou měnu, tak migraci obyvatelstva. Vývoj přirozené měny a migrace obyvatelstva v jednotlivých okresech zobrazuje Příloha 1.

Graf 5: Vývoj hrubé míry celkového přírůstku v okresech MS kraje (hmcpp)



Zdroj: ČSÚ, zpracovatel

V počátečním roce 2001 lze pozorovat relativně malé rozdíly v hmcpp mezi okresy, rozpětí 3,79 ‰, avšak všechny okresy se potýkaly s relativním úbytkem obyvatelstva. V posledním sledovaném roce 2016 bylo rozpětí hodnot hmcpp mezi okresy 10,24 ‰, tedy vyšší o 6,45 ‰ v porovnání s rokem 2001, což svědčí o nárůstu diferenciací mezi okresy MS kraje. Okres Frýdek-Místek jako jediný vykazoval v posledním sledovaném roce 2016 kladnou hodnotu hmcpp a to 1,72 ‰. Naopak nejvyšší celkový relativní úbytek obyvatelstva evidujeme v okrese Karviná a to 8,51 ‰.

Po roce 2001 můžeme pozorovat spíše rostoucí tendenci, s menšími výkyvy, hodnot hmcpp ve všech okresech MS kraje. Za vrchol tohoto trendu lze označit roky 2007 a 2008, kdy jednotlivé okresy dosahují nejvyšších hodnot ve sledovaném období, tj. nejvyšších kladných hodnot hmcpp či nejnižších hodnot záporného hmcpp. V zásadě ve všech okresech měla na tomto stavu podíl jak rostoucí hrubá míra přirozeného přírůstku, tak zlepšující se hodnoty hrubé míry migračního salda (viz Příloha 1).

V roce 2007 dosahují nejvyšších kladných hodnot hmcpp okresy Frýdek-Místek a Nový Jičín a nejnižších záporných hodnot hmcpp okresy Bruntál a Karviná. V roce 2008 dosahuje nejvyšších kladných hodnot ve sledovaném období okres Opava a nejnižších záporných hodnot hmcpp okres Ostrava-město.

Především po roce 2008 lze pozorovat výrazné proměny s rozdílným vývojem napříč okresy. Samotné proměny jsou spíše negativního charakteru. Nejstabilnější vývoj lze pozorovat

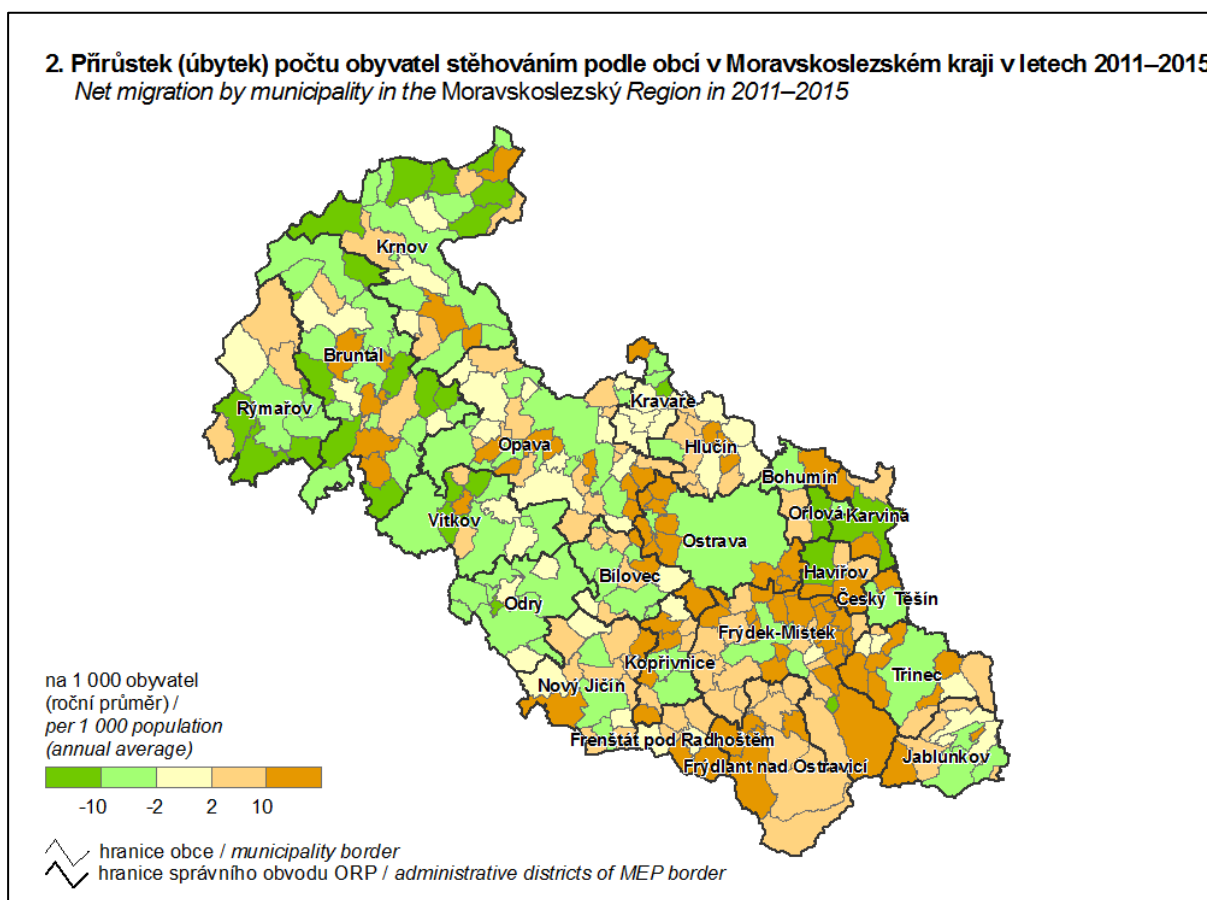
v okrese Frýdek-Místek, který si zároveň udržuje kladný přírůstek obyvatelstva, avšak s klesajícím trendem až do roku 2016 a v okrese Opava, kde hodnoty hmcpp oscilují kolem 0.

Po roce 2008 dochází v okresech Ostrava-město a Nový Jičín k prudkému celkovému relativnímu úbytku obyvatelstva s vrcholem v roce 2013. Po roce 2013 dochází k obratu trendu, kdy v roce 2016 jsou v těchto okresech patrné vyšší hodnoty hmcpp oproti počátečnímu roku 2001, nicméně tyto hodnoty zůstávají záporné a svědčí o permanentním úbytku obyvatelstva v těchto okresech.

Zásadní změny po roce 2008 jsou patrné v okresech Karviná a Bruntál. Zde došlo k výraznému propadu hmcpp. Zároveň je, oproti počátečnímu roku 2001, patrné u obou okresů v roce 2016 zvýšení celkového relativního úbytku obyvatelstva o více než 3 ‰, což svědčí o zvýšené intenzitě úbytku obyvatelstva v těchto okresech.

Silnější vliv na pohyb obyvatelstva v okresech MS kraje má po roce 2008 migrace, oproti přirozenému přírůstku (viz příloha 1). Obrázek 1 zachycuje průměrné roční relativní přírůstky/úbytky obyvatel migrací v obcích MS kraje a do jisté míry zachycuje migrační trendy posledních let.

Obrázek 1: Průměrná roční hrubá míra migračního salda v MS kraji



Zdroj: ČSÚ



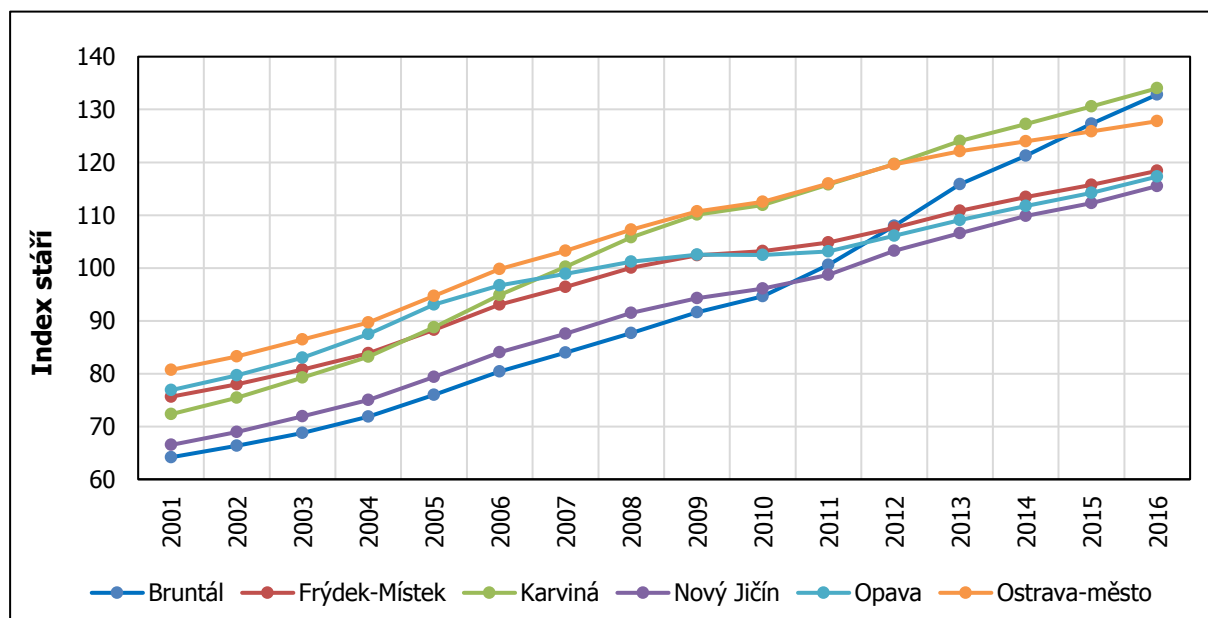
Vývoj indexu stáří v rámci okresů MS kraje zachycuje graf 6. Ve všech okresech je jasně patrné stárnutí obyvatelstva, tedy zvyšující se podíl věkové složky obyvatel 65+ na věkové složce 0-14. Rok 2012 lze vnímat z tohoto pohledu jako zlomový. V daném roce se všechny okresy dostávají na hodnoty indexu stáří větší než 100.

Pořadí okresů podle indexu stáří v roce 2001: Ostrava-město (80,7), Opava (76,9), Frýdek-Místek (75,6), Karviná (72,3), Nový Jičín (66,5), Bruntál (64,2).

Pořadí okresů podle indexu stáří v roce 2016: Karviná (134), Bruntál (132,8), Ostrava-město (127,8), Frýdek-Místek (118,4), Opava (117,3), Nový Jičín (115,5).

Z celkového pohledu dochází k nárůstu diferenciaci mezi okresy v čase. V počátečním sledovaném roce 2001 bylo rozpětí indexu stáří 16,5, kdežto v roce 2016 již 18,5. Stárnutí populace tudíž neprobíhá v jednotlivých okresech rovnoměrně.

Graf 6: Vývoj indexu stáří v okresech MS kraje



Zdroj: ČSÚ, zpracovatel

Nárůst indexu stáří, respektive stárnutí populace v čase je evidentní napříč všemi okresy, avšak s odlišnou intenzitou (srovnání 2016/2001): Bruntál (+ 68,7), Karviná (+ 61,7), Nový Jičín (+ 49), Ostrava-město (+ 47,1), Frýdek – Místek (+ 42,8), Opava (+ 40,4). Nejrychlejší stárnutí populace evidujeme v okresech Bruntál a Karviná. Na druhém konci spektra se nacházejí okresy Frýdek-Místek a Opava.



SHRNUTÍ

Moravskoslezský kraj je, vzhledem ke své rozloze, charakteristický výrazně vyšší hustotou obyvatelstva v porovnání s ostatními kraji, vyjma specifické pozice hl. města Prahy. Vysoký počet obyvatel je zde koncentrován v relativně malém počtu obcí, přičemž dominantní pozici v MS kraji zaujímají města, ve kterých žije téměř ¾ obyvatelstva kraje, což je rovněž nadprůměrná hodnota oproti ČR.

Moravskoslezský kraj se potýkal ve sledovaném období 2001 – 2016 s výrazným úbytkem obyvatelstva (ztráta více než 50 000 obyvatel). Úbytek obyvatelstva se zintenzivnil zejména po roce 2008. Příčiny úbytku obyvatelstva shledáváme jak v záporných hodnotách přirozené měny, tj. zemřelí převládají nad živě narozenými, tak především v migraci, tedy vyšším počtem vystěhovalých oproti přistěhovalým do MS kraje.

Je třeba konstatovat, že trend stárnutí obyvatelstva v ČR se dotýká rovněž MS kraje. Stárnutí populace v kraji dokládají zvyšující se průměrný věk obyvatel, zvyšující se naděje dožití jak u mužů, tak u žen a v neposlední řadě daný trend zachycují rovněž narůstající hodnoty indexu stáří.

Nejhustěji osídlenou částí MS kraje jsou okresy městského typu Ostrava-město a Karviná. Naopak nejnižší hustoty osídlení dosahuje okres Bruntál. Klesající počet obyvatel ve sledovaném období registrujeme u všech okresů, vyjma okresu Frýdek – Místek.

Nejvýraznější úbytek obyvatel je patrný v okresech Ostrava-město a Karviná. Zejména po roce 2008 má na změnu počtu obyvatel v jednotlivých okresech výrazný vliv především migrace.

Stárnutí obyvatelstva zachycené prostřednictvím indexu stáří je zřejmé ve všech okresech MS kraje. Z tohoto pohledu nejrychleji dochází ke stárnutí populace v okresech Bruntál a Karviná.

2.2 PROJEKCE OBYVATELSTVA V KRAJÍCH ČR DO ROKU 2050

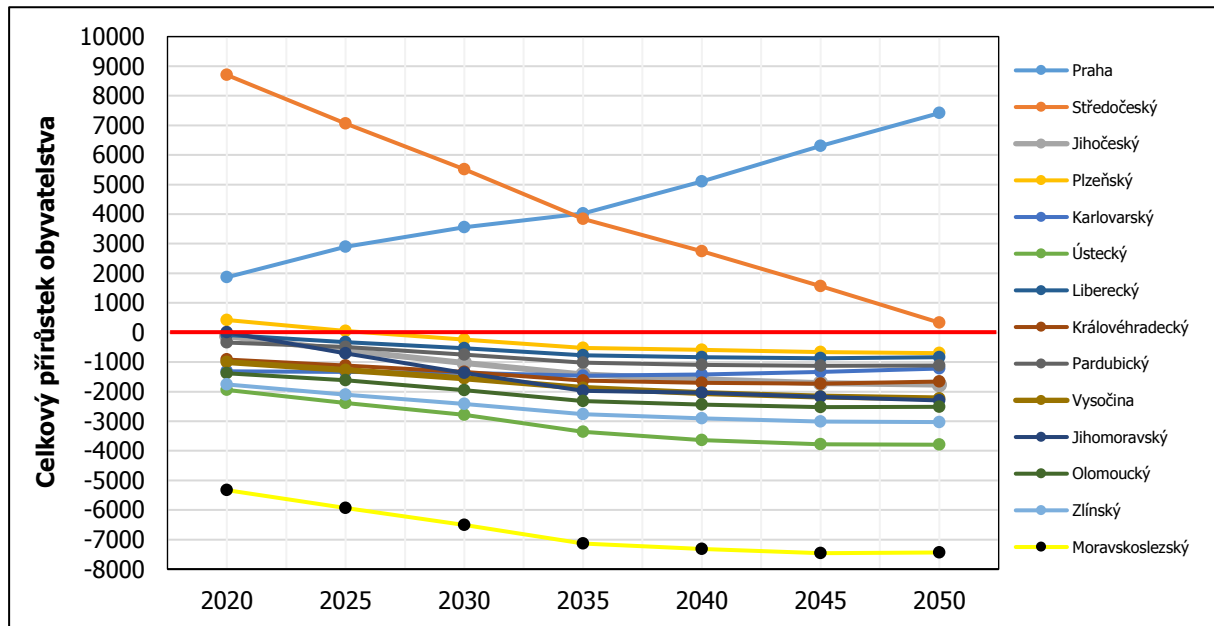
Projekci obyvatelstva v krajích ČR zpracoval ČSÚ v červenci roku 2013. Základní metodická východiska predikce, včetně omezení, která je nutno akceptovat, jsou uvedeny v Příloze 2. Vybrané charakteristiky vývoje obyvatelstva konstruované na základě výše uvedené projekce ČSÚ zachycují následující grafy.

Graf 7 zachycuje projekci vývoje celkové přírůstku/úbytku obyvatelstva v krajích ČR. Souhrnně lze konstatovat, že má dojít k poklesu počtu obyvatel (- 103 534) v České republice za celé období projekce. Přírůstek obyvatelstva, avšak s opačnými trendy je očekáván pouze v hlavním



městě Praha a Středočeském kraji. Je patrné, že projekce celkového přírůstku/úbytku obyvatelstva vyznívá nejhůře pro MS kraj. Předpokládá se výrazný úbytek obyvatelstva (- 47 111) do roku 2050. Průměr očekávaného úbytku obyvatelstva v ostatních krajích (bez Prahy a Středočeského kraje) je - 10 667.

Graf 7: Projekce vývoje celkového přírůstku obyvatelstva v krajích ČR v absolutních hodnotách

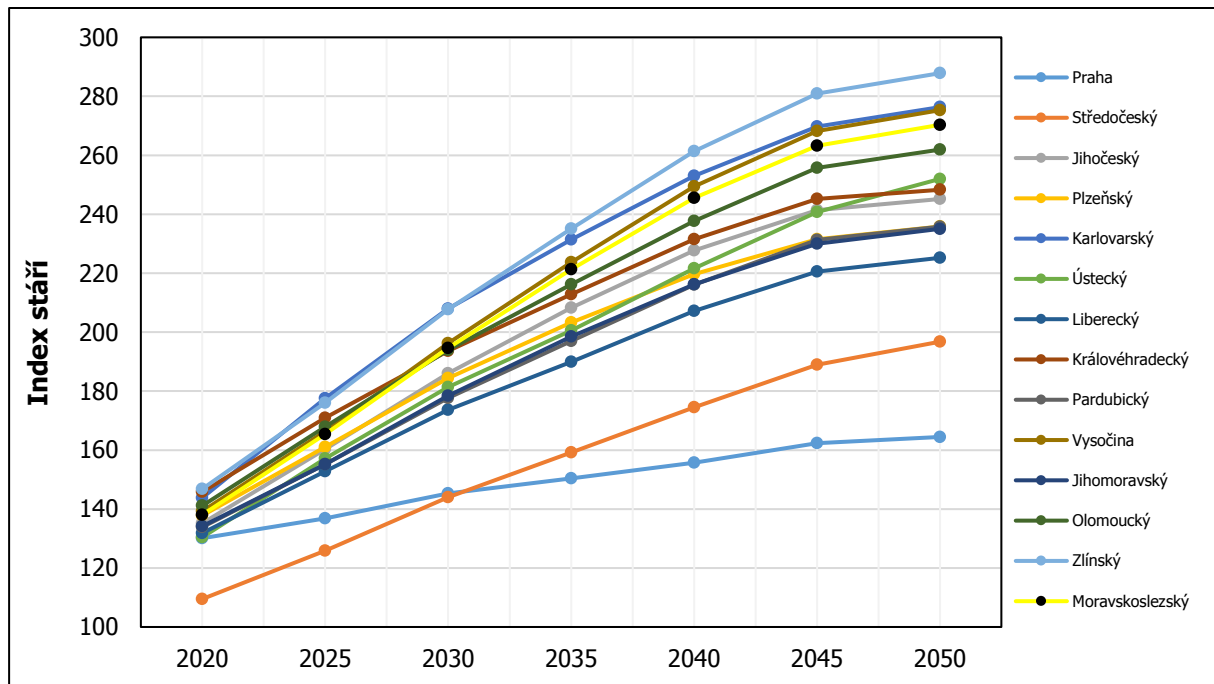


Zdroj: Projekce ČSÚ, zpracovatel

Projekci vývoje indexu stáří, tedy podílu obyvatel ve věku 65+ a dětské složky 0-14 reflektuje graf 8. V celé ČR se dle projekce očekává výrazné stárnutí obyvatelstva. V roce 2050 má, vyjma Prahy a Středočeského kraje, připadat na 100 obyvatel dětské složky (0-14) více než 220 obyvatel 65+. Dvojnásobného počtu obyvatel 65+ oproti dětské složce má být dosaženo již v roce 2040. Zároveň je patrné, že má dojít k podstatnému nárůstu diferenciaci mezi jednotlivými krají.

Moravskoslezský kraj by měl mít v roce 2050 čtvrtou nejvyšší hodnotu indexu stáří (270,3) ze všech krajů ČR. Při porovnání let 2020 a 2050 by mělo dojít k nárůstu hodnoty indexu stáří o 132,3, což je z celkového pohledu čtvrté nejvyšší tempo stárnutí populace.

Graf 8: Projekce vývoje indexu stáří v krajích ČR

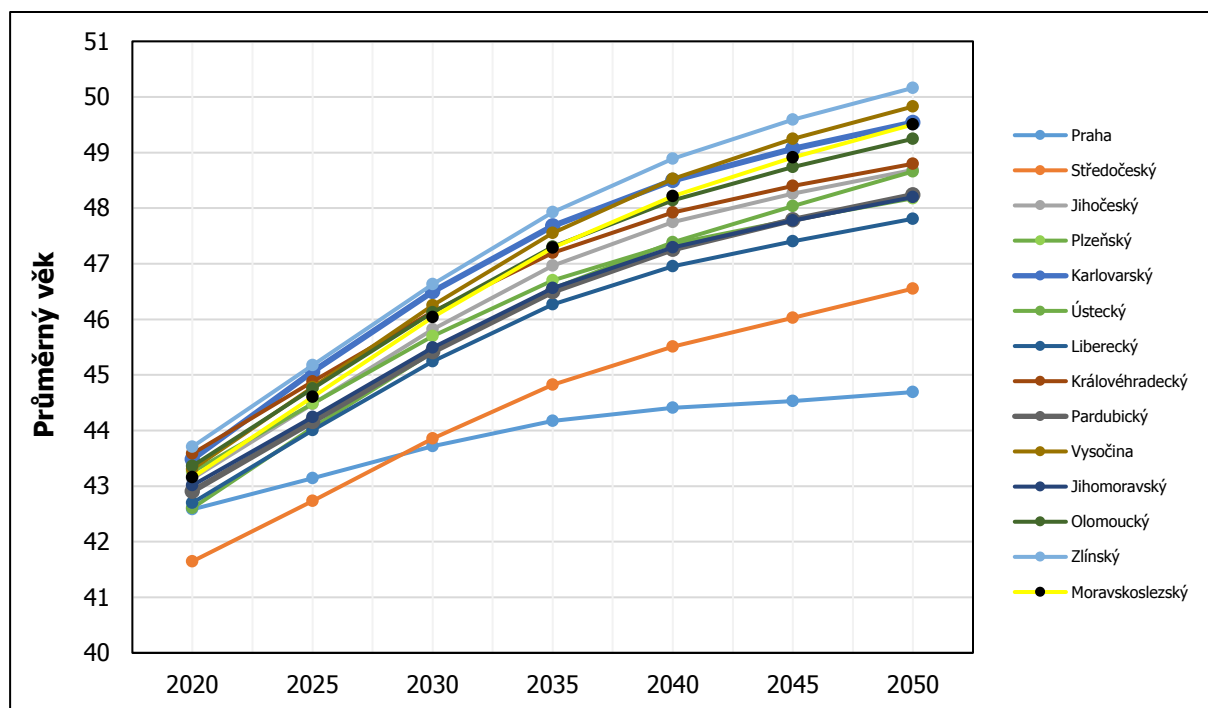


Zdroj: Projekce ČSÚ, vlastní zpracování

Projekci vývoj průměrného věku zachycuje graf 9. Celkově je evidentní nárůst diference mezi kraji v čase. V roce 2020 by se měl průměrný věk pohybovat v rozmezí 41,6 – 43,7 let, kdežto v roce 2050 v rozmezí 44,7 – 50,2. Nejnižšího průměrného věku by v koncovém roce mělo dosahovat obyvatelstvo v Praze a Středočeském kraji.

Průměrný věk obyvatelstva v MS kraji by měl být v roce 2020 sedmý nejvyšší, avšak je zde očekáván třetí největší nárůst průměrného věku ve sledovaném období (+ 6,3 let). Průměrný věk by měl v MS kraji dosahovat hodnoty 49,5 let v roce 2050. Kraj by se měl tímto zařadit mezi tři kraje s nejvyšším průměrným věkem obyvatelstva.

Graf 9: Projekce vývoje průměrného věku v krajích ČR



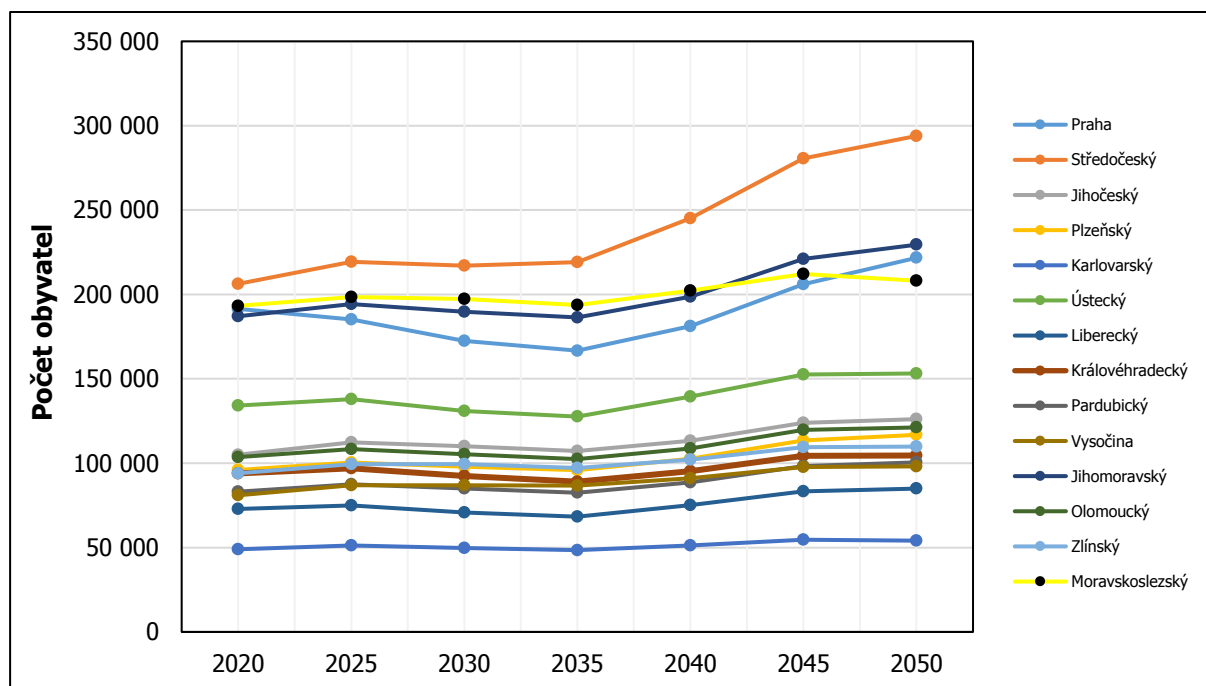
Zdroj: Projekce ČSÚ, zpracovatel

Projekce vývoje počtu obyvatel ve věkové skupině 65-79 let reflektuje graf 10. V roce 2020 je očekáváno, že v České republice bude žít v této věkové skupině celkově 1 690 786 obyvatel. Do roku 2050 by mělo dojít k nárůstu o 331 724 obyvatel ve věku 65-79 let, tj. nárůst téměř o 20 %.

Mezi krajské srovnání zachycené v níže uvedeném grafu ukazuje na situaci, kdy k nárůstu počtu obyvatel ve sledované věkové skupině by mělo dojít ve všech krajích ČR. Nicméně je taktéž patrné zvýšení diferenciace mezi kraji, tedy určité rozevírání pomyslných nůžek, způsobené rozdílnou intenzitou předpokládaného vývoje obyvatel ve sledované věkové skupině.

Nejnižší intenzitu nárůstu počtu obyvatel ve věku 65-79 let, v relativním vyjádření, evidujeme v MS kraji, kdy v konečném roce projekce 2050 zde má žít o 7,8 % (14 932) obyvatel v této věkové skupině více oproti roku 2020. Dalšími kraji s nejnižším relativním přírůstkem jsou kraje Karlovarský, zde je očekáván nárůst o 10 % (5 020 osob) a Královéhradecký o 11 % (10 639 obyvatel). Naopak nejvýraznější zvýšení počtu obyvatel ve věku 65 -79 let je předpokládán ve Středočeském kraji, o 42,5 % (87 670 osob) a Jihomoravském kraji o 22,6 % (42 331 osob).

Graf 10: Projekce vývoje počtu obyvatel ve věkové skupině 65-79 let



Zdroj: Projekce ČSÚ, zpracovatel

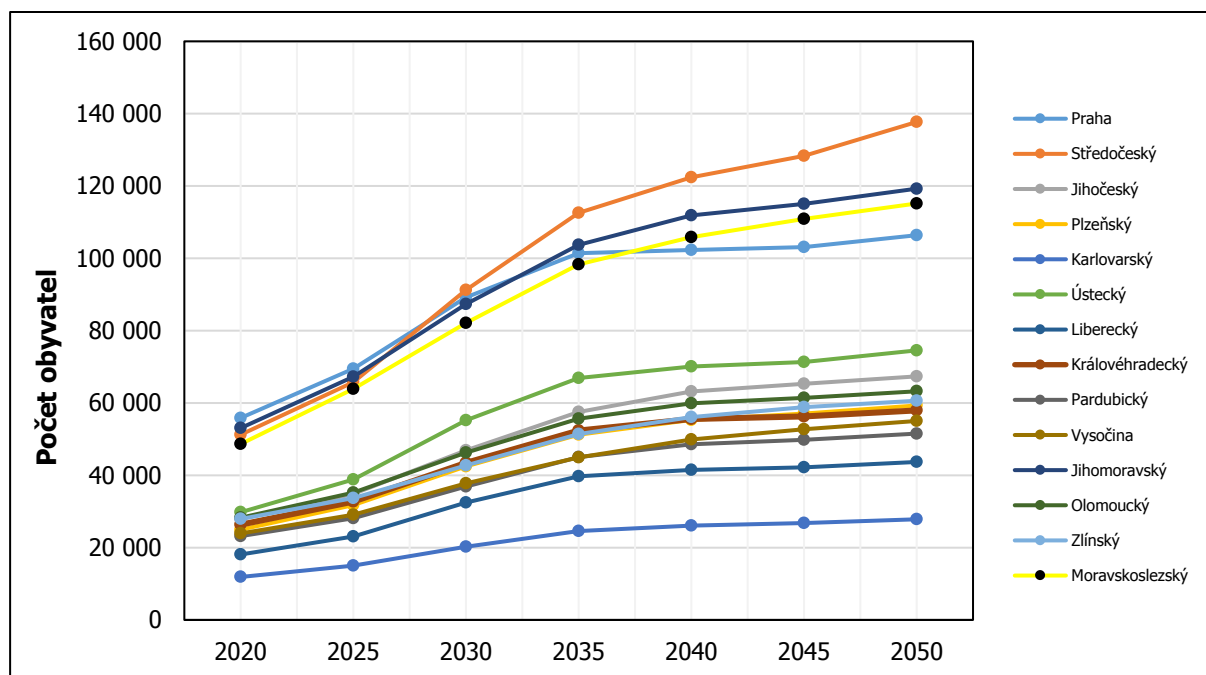
Předpokládá se, že obyvatel starších 80 let bude v ČR k roku 2020 celkově 451 007. Následný vývoj až do konečného roku projekce 2050 lze charakterizovat rapidním nárůstem počtu obyvatel starších 80 let a to o 588 530 (tj. o 130 %), kdy v roce 2050 by měl činit celkový počet obyvatel 80+ 1 039 537.

Výrazný nárůst obyvatelstva staršího 80 let je předpokládán ve všech krajích ČR (viz graf 11). Stejně jako v předcházející věkové skupině 65 -79 let lze rovněž zde pozorovat vzrůstající mezi krajské rozdíly.

Ve všech krajích, vyjma hl. města Prahy, by mělo dojít k více než dvojnásobnému nárůstu počtu osob starších 80 let ve sledovaném období projekce. Nejnižší relativní nárůst je předpokládán v případě Prahy o 90,5 % (tj. o 50 531 osob). Dále následují kraje Zlínský o 117 % (32 695 osob) a Královéhradecký o 120 % (31 596 osob). Naopak nejvyšší relativní nárůst osob starších 80 let je avizován ve Středočeském kraji o 168,8 % (tj. o 86 483 osob) a kraji Ústeckém o 150,3 % (44 762).

Moravskoslezský kraj je v tomto ohledu nadprůměrný. Mělo by zde dojít ke zvýšení počtu osob 80+ o 136,8 % (tj. o 66 258 osob), přičemž v roce 2050 by na území MS kraje mělo žít 115 165 osob starších 80 let.

Graf 11: Projekce vývoje počtu obyvatel věkové skupiny 80+



Zdroj: Projekce ČSÚ, zpracovatel

SHRNUTÍ

Na základě projekce Českého statistického úřadu zpracované v roce 2013 uvádíme očekávaný vývoj vybraných demografických charakteristik obyvatelstva v krajích ČR v období mezi lety 2020 – 2050. Na základě této projekce lze konstatovat následující skutečnosti.

Na území MS kraje by mělo dojít k výraznému úbytku obyvatelstva a to o 47 111 obyvatel, což je 45,5 % celkové úbytky obyvatel v ČR, který je očekáván ve výši 103 534 osob za sledované období.

V roce 2050 by měl mít MS kraj 4 nejvyšší hodnotu indexu stáří ze všech krajů, kdy na 100 obyvatel dětské složky (0-14 let) by mělo připadat 270 obyvatel starších 65 let, což rovněž indikuje jedno z nejvyšších temp stárnutí populace mezi krají. Zároveň je očekáván 3 nejvyšší nárůst průměrného věku (více než o 6 let) mezi krají.

Předpokládané stárnutí obyvatelstva v MS krají se samozřejmě projevuje rovněž v nárůstu počtu obyvatel ve věkových skupinách starších osob, tzn. i v případě námi sledovaných věkových skupin 65 -79 let a 80+. Můžeme konstatovat, že je v případě skupiny 65 -79 let predikován nejnížší (relativní) nárůst obyvatel ve sledovaném období právě v MS krají, i přesto by zde mělo dojít k nárůstu o 14 932 osob. Oproti tomu se ve věkové skupině 80+ v MS krají očekává nadprůměrný



relativní nárůst, přičemž by mělo žít v MS kraji v roce 2050 o 66 528 osob více nežli v počátečním roce 2020.

2.3 NEMOCNOST – INCIDENCE, PREVALENCE

Jeden z nejdůležitějších ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva je nemocnost. Nemocnost udává, čím a jak často lidé onemocní. Nejčastěji se vyjadřuje jako incidence, což je počet onemocnění nově vzniklých (nebo hlášených, registrovaných apod.) za určité období (nejčastěji za rok). Tento počet je pro statistické účely vztažen na daný počet obyvatel (obvykle 100 tisíc obyvatel). Dalším ukazatelem je prevalence, která udává počet všech případů daného onemocnění za určité období, vztažený na daný počet obyvatel (nejčastěji na 100 tisíc obyvatel). Oba ukazatele jsou relativní čísla, vhodná pro vzájemná srovnávání nemocnosti, např. mezi jednotlivými okresy či kraji. Pro srovnávání jsou hodnoty standardizované tj. matematicky vyrovnané dle věkových rozdíků obyvatel ve srovnávaných územích.

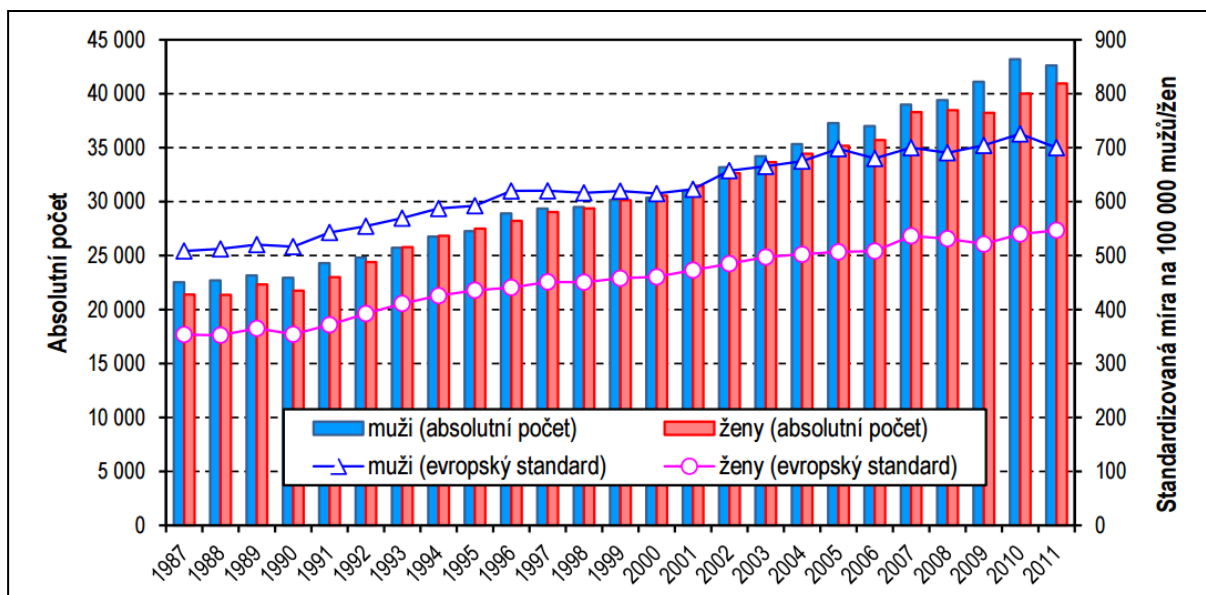
V následující kapitole byla sledována nemocnost a úmrtnost v MSK a ČR za roky 2011-2016 pro následující onemocnění: zhoubné novotvary, infekčními choroby, diabetes, pohlavně-přenosné choroby, nemoci z povolání, alergie, vrozené vývojové vady a demence. Data použita pro následující statistiku vycházejí ze statistik ÚZISu a ČSÚ z roku 2016 pro ČR a z roku 2013 pro MSK, jelikož aktuálnější data prozatím nejsou k dispozici.

ZHOUBNÉ NOVOTVARY

Nádorová onemocnění jsou velmi závažným onemocněním a liší se dle jednotlivých druhů, společným jmenovatelem je nekontrolovatelný růst určitých buněk pacienta. Výskyt nádorových onemocnění napříč populací se zvyšuje. Je tomu tak nejen v MSK, ale na území celé ČR, i Evropy. Nejčastějšími nádorovými onemocněními mezi dětmi jsou leukémie, nádory CNS, neuroblastomy, non-Hodgkinské lymfomy, Hodgkinova choroba, osteosarkomy a Wilmsův tumor. V dospívání se pak nejčastěji objevují lymfomy, leukemie, nádory CNS, endokrinní nádory, nádory kostí, kůže a sarkomy měkkých tkání. Mezi dospělými jsou nejčastější karcinomy plic, tlustého střeva a konečníku, prostaty u mužů a prsu u žen.

V MSK bylo z celkového počtu léčeno 33,5 tis. pacientů. Oproti evropskému i světovému standardu je v České republice incidence ZN vyšší, a to u mužů i žen. Zároveň má také rychlejší tempo růstu. Tento trend znázorňuje následující obrázek 2.

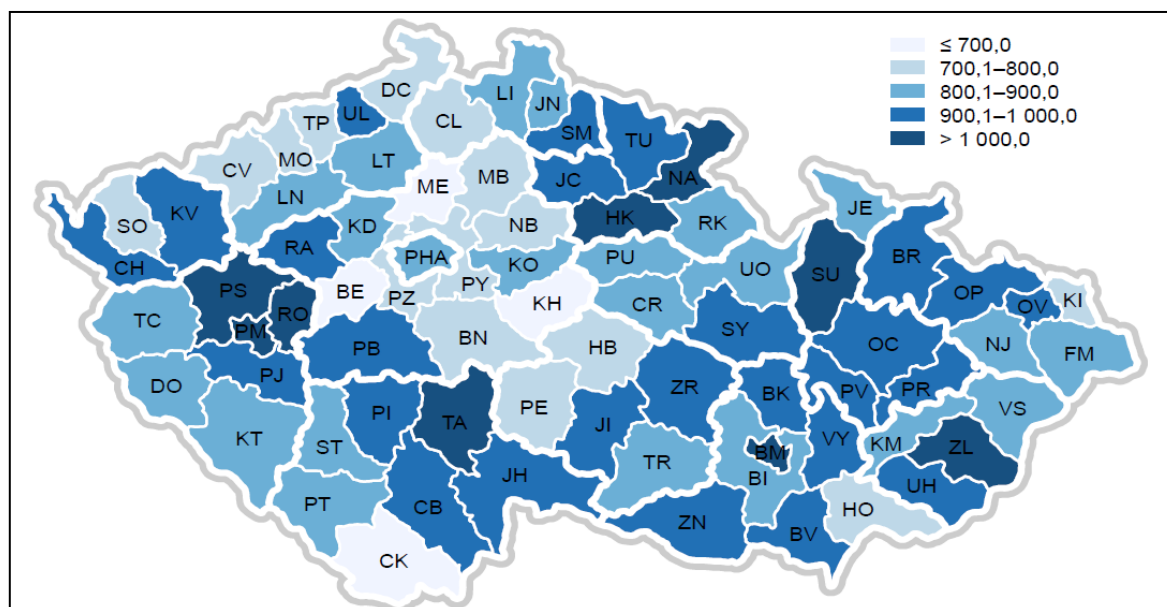
Obrázek 2: Vývoj incidence ZN u mužů a žen (1987–2011)



Zdroj: ÚZIS

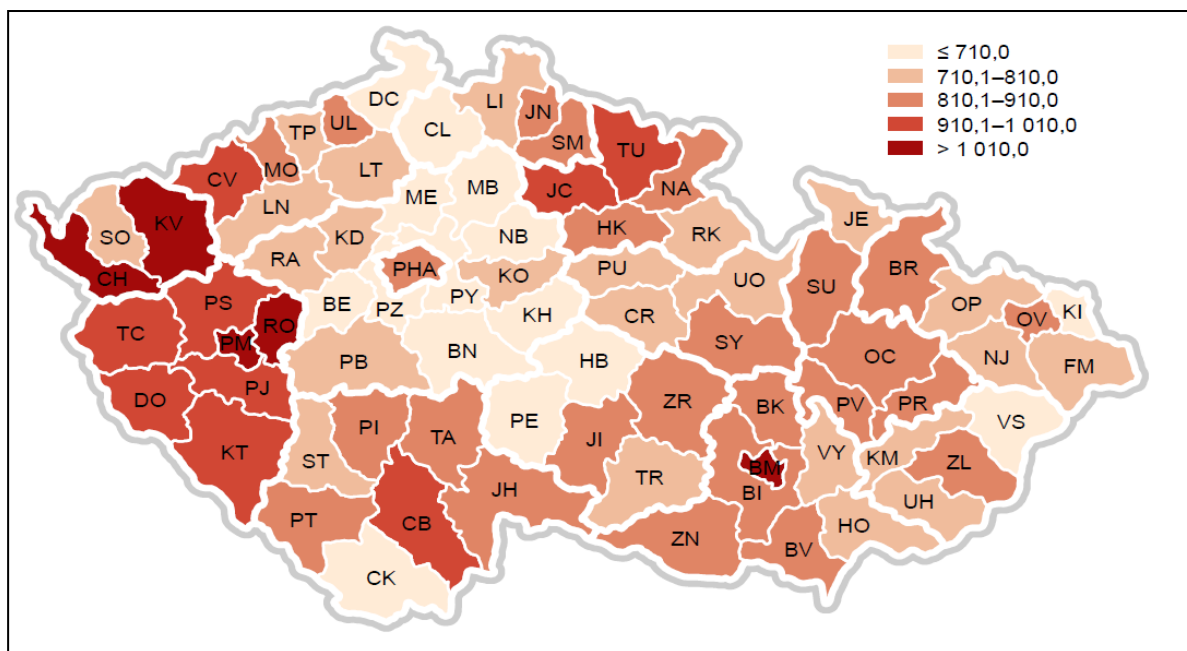
Následující obrázky 3 a 4 znázorňují regionální rozdíly v průměrné incidenci nádorových onemocnění v jednotlivých regionech ČR za roky 2011 - 2015 pro muže a ženy. Vyplyvá z nich, že v MSK jsou nejvíce ohroženi nádorovým onemocněním obyvatelé okresů Ostrava – město a Bruntál. U mužů je možno vidět vysokou míru ohrožení nádorovým onemocněním také v okrese Opava.

Obrázek 3: Průměr hlášených novotvarů na 100 000 mužů (2011 - 2015)



Zdroj: ÚZIS

Obrázek 4: Průměr hlášených novotvarů na 100 000 žen (2011 - 2015)



Zdroj: ÚZIS

Tabulka 3 konkretizuje počty incidence novotvarů z výše uvedených grafů mužů a žen. Dle hodnot lze konstatovat, že největší počet nově hlášených nádorových onemocnění v MSK přichází na 100 000 mužů na okres Opava (1021,6), průměr za kraj 934,2 (průměr ČR je 939,5). U žen je to pro tento typ onemocnění však okres Bruntál (904,9), průměr za kraj 790,5 (průměr ČR je 854,0).

Tabulka 3: Hlášená onemocnění zhoubné novotvary a novotvary In Situ 2015 – na 100tis. obyvatel

	ČR	MSK	Bruntál	Frýdek-Místek	Karviná	Nový Jičín	Opava	Ostrava
ZN muži	939,5	934,2	1012,8	941,5	843,6	899	1021,6	946,7
ZN ženy	854	790,5	904,9	713	755,2	774,7	788,5	843,8

Zdroj: ÚZIS, zpracovatel

DIABETES

V České republice se výskyt diabetu za posledních 30 let ztrojnásobil. Větší nárůst zaznamenal diabetes typu 1. Hlavním důvodem nárůstu výskytu diabetu je změna životního stylu, častější práce na počítači, snížená mobilita v důsledku využívání dopravních prostředků, snížená fyzická aktivita a s tím související obezita pacientů, často už v období dětství a dospívání.

Počet léčených diabetiků dlouhodobě roste. Ke konci roku 2016 bylo evidováno 8153,6 léčených diabetiků na 100 000 obyvatel. V MSK je z celkového počtu obyvatel 8,9 % diabetiků,



nejvíce v okrese Ostrava-město. Počet léčených diabetiků na 100 000 obyvatel je v MSK vyšší, než je průměrný počet léčených diabetiků na 100 000 obyvatel v ČR, viz tabulka 4. Co se týče okresů, více diabetiků, než je průměr ČR, ale také MSK, je léčeno v okrese Bruntál, Karviná a Ostrava – město.

Tabulka 4: Léčení diabetici na 100 000 obyvatel v ČR

Území/Rok	2010	2011	2012	2013	2015	2016
ČR celkem	7 654,50	7 856,70	7 999,40	8 196,50	8138	8154
MSK celkem	8018,8	8 008,40	8 575,60	8 885,7	8301	8490
Bruntál	8666,2	8 957,80	9 638,80	9 720,3	-	-
Frýdek-Místek	6354,9	6 379,10	7 030,00	7 185,6	-	-
Karviná	9284	8 586,30	8 843,70	9 391,1	-	-
Nový Jičín	6244,6	6 152,90	6 682,10	7 098,1	-	-
Opava	6647,6	6 676,40	6 767,10	6 798,7	-	-
Ostrava-město	9391,5	9 879,30	10 896,70	11 302,8	-	-

Zdroj: ČSÚ, zpracovatel

VÝVOJOVÉ VROZENÉ VADY

Jde o vady, k nimž dochází během prenatálního vývoje plodu. Mezi nejčastější patří srdeční a rozštěpové vady, malformace a vady vnitřních orgánů. V roce 2015 bylo nově evidováno 4380 případů, tedy 395,44 na 10 000 živě narozených, viz Tabulka 5. Je vidět, že v MSK je počet živě narozených s vrozenou vadou na 10 000 živě narozených vyšší, než je průměr v ČR.

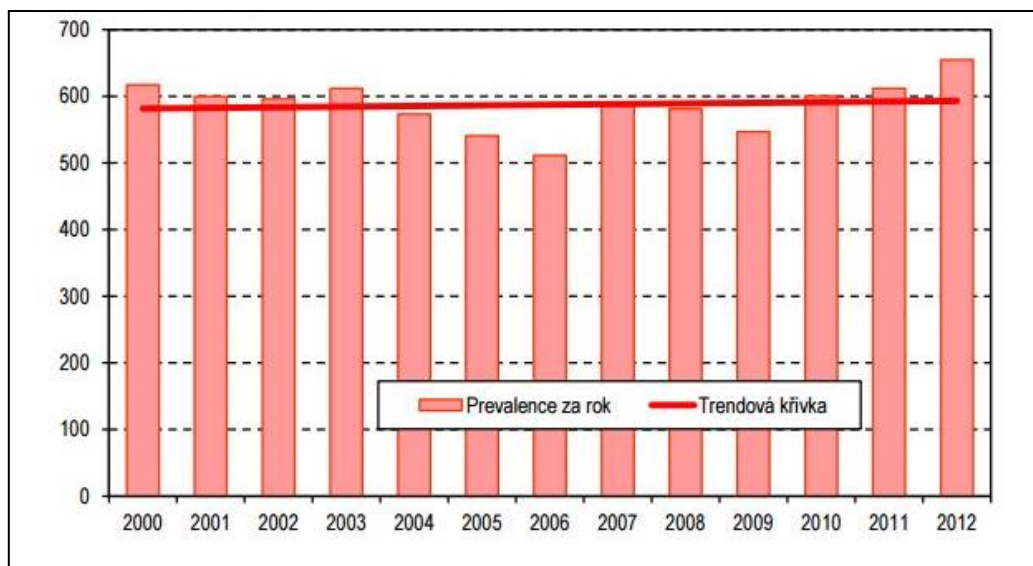
Tabulka 5: Počet živě narozených s vrozenou vadou v ČR

Rok/počet	Absolutně	Na 10 000 živě narozených v ČR	Na 10 000 živě narozených v MSK
2000	3768	414,48	-
2005	3803	372,07	-
2010	5072	432,94	-
2015	4380	395,44	417,16

Zdroj: ÚZIS, zpracovatel

Následující obrázek 5 zobrazuje trend vývoje prevalence vrožených vývojových vad celkem na 10 000 živě narozených dětí za období 2000 – 2012, kde je vidět, že trend je mírně rostoucí.

Obrázek 5: Trend vývoje prevalence vrožených vývojových vad celkem na 10 000 živě narozených dětí za období 2000 – 2012



Zdroj: ÚZIS

NEMOCI Z POVOLÁNÍ

V roce 2016 došlo v ČR k hlášení 1297 případů nemocí z povolání (NzP), z toho 55 ohrožení NzP, tj. 28,1 případů na 100 000 nemocensky pojištěných mužů a 26,2 případů u žen. Výrazně se oproti předchozímu roku zvýšil počet infekčních NzP, a to o 75 %. Dále vzrostl o 22 % výskyt NzP způsobených fyzikálními faktory a o 21 % počet kožních NzP. Naopak o 14 % se snížil počet NzP u nemocí týkajících se dýchacích cest, plic, pohrudnice a pobřišnice.

Tabulka 6: Nově hlášené nemoci z povolání v ČR

Rok/počet	Absolutně	Na 100 000 nemocensky pojištěných
2000	1691	30
2005	1340	27,6
2010	1236	26,2
2015	1035	23
2016	1297	27,2

Zdroj: ÚZIS, zpracovatel



V roce 2014 došlo v MSK k 380 nemocem z povolání. Toto číslo výrazně převyšuje počet v ostatních krajích a na celorepublikovém počtu se podílí 31,3 % (pro srovnání, druhý nejvyšší počet nemocí z povolání má Středočeský kraj, a to 121, tedy 12,3% z celorepublikového počtu). Zároveň vykazuje nárůst oproti roku 2013, kdy bylo hlášeno 281 nemocí z povolání, a oproti roku 2012 byl zaznamenán mírný pokles. Nejvíce nemocí z povolání v MSK tvořily nemoci způsobené fyzikálními faktory (199), dále nemoci týkající se dýchacích cest, plic pobřišnice a pohrudnice (135) a v menší míře také přenosné a parazitární nemoci (28 případů) a nemoci kožní (15). Incidence nemocí z povolání v kraji dosáhla 82,82 případů na 100 000 obyvatel, což bylo nejvíce za celou ČR, krajem s druhou nejvyšší incidencí byl Jihočeský kraj, incidence zde dosahovala 48,24 nových případů na 100 000 obyvatel.

Tabulka 7: Vývoj nemocí z povolání v MS kraji v letech 2009 – 2014

Rok/typ	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	Celkem	Podíl na NZP v ČR (%)	Incidence
2009	1	169	71	17	31	0	289	23,2	66,55
2010	1	215	65	13	19	0	313	25,3	69,87
2011	1	231	73	12	8	0	326	26,9	74,68
2012	0	224	46	7	10	0	287	27,5	60,98
2013	0	178	79	11	13	0	281	28,6	61,12
2014	0	199	135	15	29	2	380	31,3	82,82

I. NzP způsobené chemickými látkami; II. NzP způsobené fyzikálními faktory; III. NzP týkající se dýchacích cest; IV. NzP kožní; V. NzP přenosné a parazitární; VI. NzP ostatní.

Zdroj: SZÚ, zpracovatel

ALERGIE

Výskyt pacientů s alergiemi je v kraji o zhruba 100 případů vyšší než ve zbytku republiky. V MSK se o tyto pacienty v roce 2013 staralo 46,59 lékařů a 44,91 zdravotnických pracovníků. Na 100 000 obyvatel připadalo 3,65 lékaře, což je o něco méně než celorepublikový průměr 4,3 lékaře. Jeden lékař v MSK ošetřil o 899 pacientů více, než byl průměr ČR (1958). Od roku 2009 je zaznamenáván mírný nárůst pacientů s alergologickými potížemi, což odporuje celorepublikovému trendu, kde je trend mírně klesající. V roce 2013 došlo v MSK k nárůstu léčených pacientů o 9 %. O 3 % se také zvýšil počet léčených dětí ve věku 0-19 let, které v roce 2013 představovaly 36 % všech pacientů.

Astmatiků bylo nejvíce v okrese Nový Jičín, který překročil i hodnoty Ostravy. V okrese Nový Jičín byla relace počtu disperizovaných na 10 tisíc obyvatel 497, zatímco v okrese Ostrava 452. V okrese Ostrava došlo oproti roku 2012 k poklesu této hodnoty, a to zřejmě díky opatřením provedeným proti zhoršenému ovzduší Ostravska.



DEMENCE

Výskyt demence v České republice je o něco nižší, než je tomu v průměru v EU. V ČR je prevalence demence 1,449 %, v EU pak 1,55%. Demencí bývají více postiženy ženy, v ČR tvoří více než 2/3 nemocných demencí. Nejvíce ohroženou skupinou obyvatel demencí jsou lidé v důchodovém věku. Negativním znamením společnosti je postupný růst počtu pacientů s demencí. Ten souvisí se stárnutím obyvatelstva, a dá se tak předpokládat, že tento trend bude nadále pokračovat. Moravskoslezský kraj je krajem se 4. nejvyšším výskytem demence v ČR, celkem jí trpělo v roce 2015 16 865 obyvatel (prevalence 1,385 % je nižší než v ČR).

INFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ

Z epidemiologického hlediska jsou další významnou skupinou nemoci infekční, které sledují registry hygienické služby. Následující tabulka 8 ukazuje, kde incidence nemoci je v MSK vyšší, než průměr v ČR na 100 000 obyvatel (označeno červeně) a kde naopak je nižší (označeno zeleně).

Tabulka 8: Vybrané infekční nemoci podle okresů bydliště v MS kraji v roce 2015 a 2016 – na 100 000 obyvatel

Popis nemoci/území	MSK celkem 2015	ČR celkem 2015	MSK celkem 2016	ČR celkem 2016
Plané neštovice	352,8	446,3	449,8	401,7
Jiné infekce způsobené salmonelami	110,9	120,8	93,7	112,7
Příušnice	66,3	15,3	33,5	54,3
Lymeská nemoc	16,1	27,6	25	44,4
Spála	31,2	35	23,7	29,4
Virová hepatitida ostatní	12,2	14,8	13,5	15,6
Virová encefalitida přenášená klíšťaty	1,3	3,4	2,9	5,3
Dávivý kašel	13,2	6,3	2,6	6,5
Akutní hepatitida A	1,4	6,9	1,5	8,8
Bakteriální meningitida	1,7	1,1	1,3	0,9
Shigelóza	0,3	0,8	0,9	0,7
Akutní hepatitida B	0,8	0,8	0,7	0,7

Zdroj: ÚZIS, zpracovatel

Na základě informačního systému infekčních nemocí (Epidat) bylo v ČR v roce 2016 hlášeno 146,8 tisíc případů infekčních nemocí, z toho 42,4 tisíc tvořily plané neštovice a 56,5 tisíc střevní infekční nemoci. Stejně jako v předchozím roce připadalo v roce 2015 na 100 tisíc obyvatel 1,4 tisíc hlášených případů. Infekční nemoci byly v roce 2016 příčinou 55,9 tisíc



hospitalizací a 2034 úmrtí. Incidence v přepočtu na 100 tisíc obyvatel vzrostla u příušnic více jak o 250 % na 54,3 případů. Významně vzrostl také počet hlášených onemocnění přenášených klíšťaty. Meziroční nárůst o 61 % na 44,4 případu na 100 000 obyvatel byl zaznamenán u Lymenské nemoci a o 59 % na 5,3 případu na 100 000 osob u virové encefalitidy. V MSK byla během roku 2015 nemocnost 13,2 nakažených na 100 000 obyvatel, nejhorší situace byla v okrese Frýdek-Místek. Během roku 2014 se výskyt černého kašle rapidně zvýšil nejen v MSK, ale v celé republice.

Celkově 83 % z hlášení virových infekcí postihujících kůži představovaly plané neštovice. Jejich výskyt se opět dostal v MSK pod hranici 400 případů na 100 tisíc obyvatel.

Nejčastěji se vyskytující pravidelně očkovanou infekci představují příušnice, u nichž incidence opět výrazně narostla. V MSK bylo evidováno 33,5 osob nakažených příušnicemi na 100 tisíc obyvatel, což je nižší než průměr ČR. U dáviého kašle je situace obdobná, v ČR je incidence 6,5 případů na 100 tisíc obyvatel v rámci, v MSK byla incidence nižší, než je republikový průměr, a to 2,6.

Hepatitidou typu A bylo v roce 2016 v MSK nakaženo jen 1,5 osob na 100 tisíc obyvatel, což je výrazně méně než v celé ČR (8,8).

Virové infekce, postihující centrální nervovou soustavu (CNS), bylo v MSK v roce 2016 hlášeno 2,9 případů virové encefalitidy přenášené klíšťaty na 100 tisíc obyvatel, což je výrazně méně než v celé ČR (5,3).

V MSK byl oproti republikovému průměru zaznamenán pokles počtu nakažených boreliózou, incidence byla pouze 25,0 (ČR 44,4). Stejně jako v celé ČR i v MSK byl evidován nižší počet osob nakažených spálou.

POHLAVNÍ NEMOCI

Na vybrané sexuálně přenosné infekce se specializuje Registr pohlavních nemocí (RPN), který v roce 2016 zaznamenal 2 262 hlášení. Nárůst o 4 % na 1497 hlášení byl zaznamenán u gonokokové infekce a o dva případy na 43 u lymphogranulomy venereum. 722 hlášení se týkalo onemocnění syfilis, kde došlo meziročně k poklesu případů. Podíl cizinců činil 21,7 % u syfilis a 15,1 % u kapavky. V roce 2016 bylo dle Národní referenční laboratoře pro HIV/AIDS diagnostikováno 302 případů HIV positivity včetně 16 případů u cizinců s krátkodobým pobytem, což představuje nárůst oproti roku 2015. Počet žijících HIV pozitivních obyvatel v ČR vzrostl již na 2 533 osob. Z tohoto počtu bylo 11 % ve stádiu AIDS.

Nakažených virem HIV bylo v MSK v roce 2014 22 osob, celkem infikovaných v kraji bylo k 31. 12. 2014 152 osob. K 30. 6. 2015 počet nakažených vstoupil, přibylo 9 nově diagnostikovaných pacientů.



Statistiky ukazují nižší výskyt syfilidy v MSK oproti zbytku ČR. V roce 2015 to bylo u mužů 4 nově hlášené případy na 100 000 obyvatel (ČR 11,2), u žen pak na 1,9 (ČR 3,3).

Incidence kapavkové infekce v MSK vzrostla oproti roku 2012 o 7,6 u mužů a se současnou hodnotou 21,7 a mírně tak převyšuje stav v ČR (20,2 případů na 100 000 obyvatel). U žen bylo možné sledovat podobný trend, kdy v roce 2013 byla incidence 8,3 a opět tak převyšovala stav v ČR, který činí 7,1.

2.4 ÚMRTNOST

Úmrtnost je jedním ze základních demografických ukazatelů, který udává počet zemřelých za určité období. Česká republika se řadí k zemím Evropy s nejméně významným poklesem intenzity úmrtnosti – naděje dožití ročně vzrůstá o 0,25-0,30 roku, a to jak u mužů, tak i u žen. Nejčastější skupinou příčin smrti zůstávají dlouhodobě nemoci oběhové soustavy, které se v roce 2015 podílely na celkové standardizované úmrtnosti (standardizováno za použití WHO Evropského standardu) 42 % (u mužů to bylo 40,4 %, u žen 42,9 %), následovaly zhoubné novotvary s podílem 27,1 % u mužů a 27,2 % u žen.

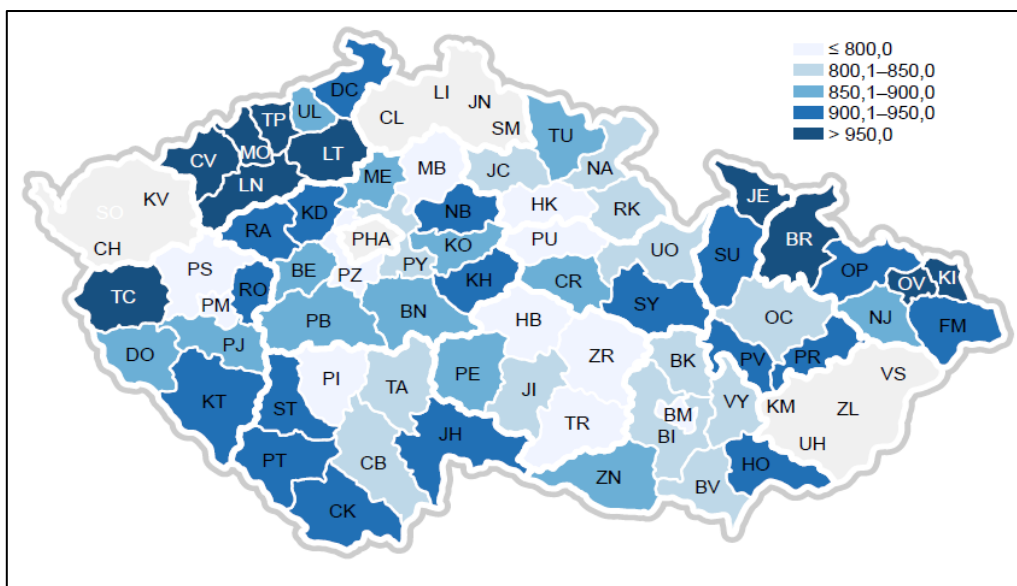
ÚMRTNOST V MSK

Úmrtnost v MSK je dlouhodobě vyšší než v ostatních krajích republiky. Počet zemřelých osob se v roce 2016 v kraji meziročně snížil na 13 133, tj. o 417 osob méně než v předchozím roce, kdy zemřel největší počet lidí za poslední desetiletí. Úmrtnost se minulý rok po výkyvu v roce 2015 vrátila na úroveň dosahovanou dlouhodoběji v několika předchozích letech. Míra úmrtnosti v roce 2016 činila 10,8 osob na 1 000 obyvatel, v roce předchozím mimořádně 11,2 osob.

Již tradičně, i v roce 2016, byly největším „zabijákem“ nemoci oběhové soustavy (44,9 % všech zemřelých) a tzv. novotvary (23,5 % všech úmrtí). V případě nemocí oběhové soustavy, zvláště pak diagnóz infarktů myokardu a cévních nemocí mozku, byl patrný již od roku 2010 trend poklesu těchto případů vedoucích ke smrti (jen rok 2015 se tomuto trend poněkud vymykal). I v počtech případů úmrtí pro příčiny novotvarů je viditelný pozvolný, ale trvale klesající trend.

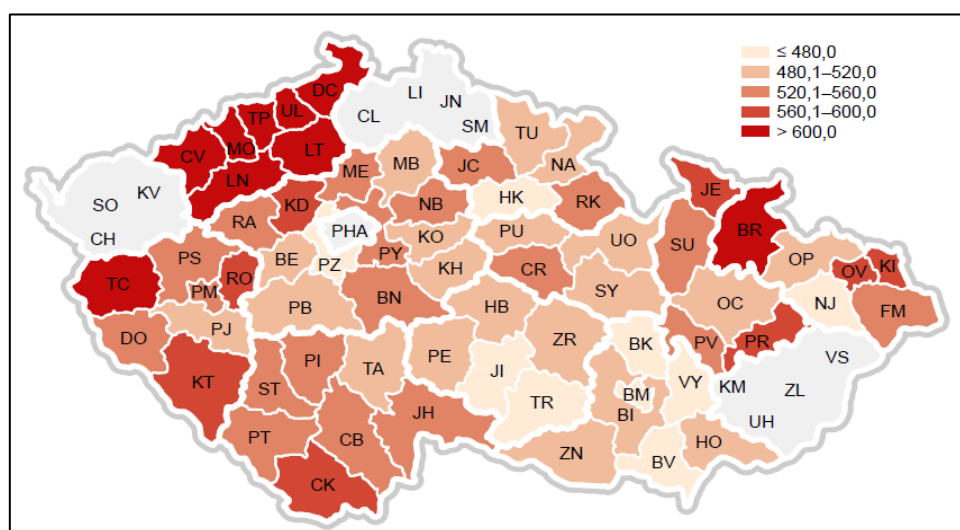
Zaznamenáníhodnou skutečností je fakt, že podle statistiky z roku 2016 zemřelo 161 lidí dokonanou sebevraždou, tj. více jak dvojnásobek, než kolik jich zemřelo při dopravních nehodách (75 osob). Na následujících obrázcích 6 a 7 je možno vidět, že nejvyšší standardizovanou úmrtnost vykazují okresy Bruntál a dále pak Jeseník či Ostrava a Karviná.

Obrázek 6: Standardizovaná úmrtnost mužů v ČR dle okresů v roce 2015



Zdroj: ÚZIS

Obrázek 7: Standardizovaná úmrtnost žen v ČR dle okresů v roce 2015



Zdroj: ÚZIS

Novorozenecká úmrtnost (zemřelí do 28 dnů po porodu na počtu živě narozených) i kojenecká úmrtnost (zemřelí do jednoho roku na počtu živě narozených) meziročně kolísá kolem velmi nízkých hodnot. V minulém roce činila novorozenecká úmrtnost 1,5 a kojenecká 3,4 promile. Kojenecká úmrtnost se zvýšila a ve srovnání s úrovní několika předchozích let byla nejvyšší a zároveň byla nad republikovým průměrem.



PŘÍČINY ÚMRTNOSTI

Zatímco muži umírají více na nádorová onemocnění či úmrtí, u žen jsou častější úmrtí na onemocnění srdce a cév. Za úmrtnost v předčasném věku se počítá úmrtnost do 65 let. V tomto případě muži umírají mnohem více na poranění a úrazy, zatímco ženy na nádorová onemocnění.

Příčiny úmrtí v letech 2010 – 2016 v MSK jsou uvedeny v tabulce 9.

Tabulka 9: Počet zemřelých podle seznamu příčin smrti v MSK v letech 2010 - 2016

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CELKEM	13 293	13 384	13 148	13 284	13 117	13 550	13 133
Nemoci oběhové soustavy	6 876	6 637	6 456	6 305	6 134	6 345	5 892
Novotvary	3 327	3 371	3 306	3 280	3 272	3 172	3 083
Nemoci dýchací soustavy	718	741	747	918	887	873	923
Nemoci trávicí soustavy	758	730	689	757	723	753	714
Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	282	377	348	460	536	596	701
Vnější příčiny poranění a otrav	698	738	752	692	678	650	633
Nemoci nervové soustavy	111	200	203	218	221	274	272
Některé infekční a parazitární nemoci	107	189	211	203	208	245	259
Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde	155	109	127	120	122	171	242
Nemoci močové a pohlavní soustavy	150	117	141	133	122	167	155
Poruchy duševní a poruchy chování	26	84	86	103	118	180	140
Některé stavy vzniklé v perinatálním období	17	15	15	15	10	16	25
Vrozené vady, deformace a chromosomální abnormality	20	17	20	29	22	22	24
Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	8	18	8	15	29	31	18
Nemoci kůže a podkožního vaziva	26	22	19	17	21	21	16

Zdroj: ÚZIS

Úmrtnost na nemoci oběhové soustavy

Nejčastější příčinou úmrtí byly nemoci oběhové soustavy, a to v 5 892 případech. Na nemoci oběhové soustavy v MSK zemřelo nejvíce lidí z celé ČR. Trend úmrtnosti v MSK kopíruje trend v ČR, je mírně klesající.

Úmrtnost na nádorová onemocnění

Druhou nejčastější příčinou úmrtí byly novotvary, počet zemřelých v roce 2016 byl 3 083. Úmrtnost na nádorová onemocnění dlouhodobě zaznamenává mírný pokles v MSK, avšak v ČR stagnuje.

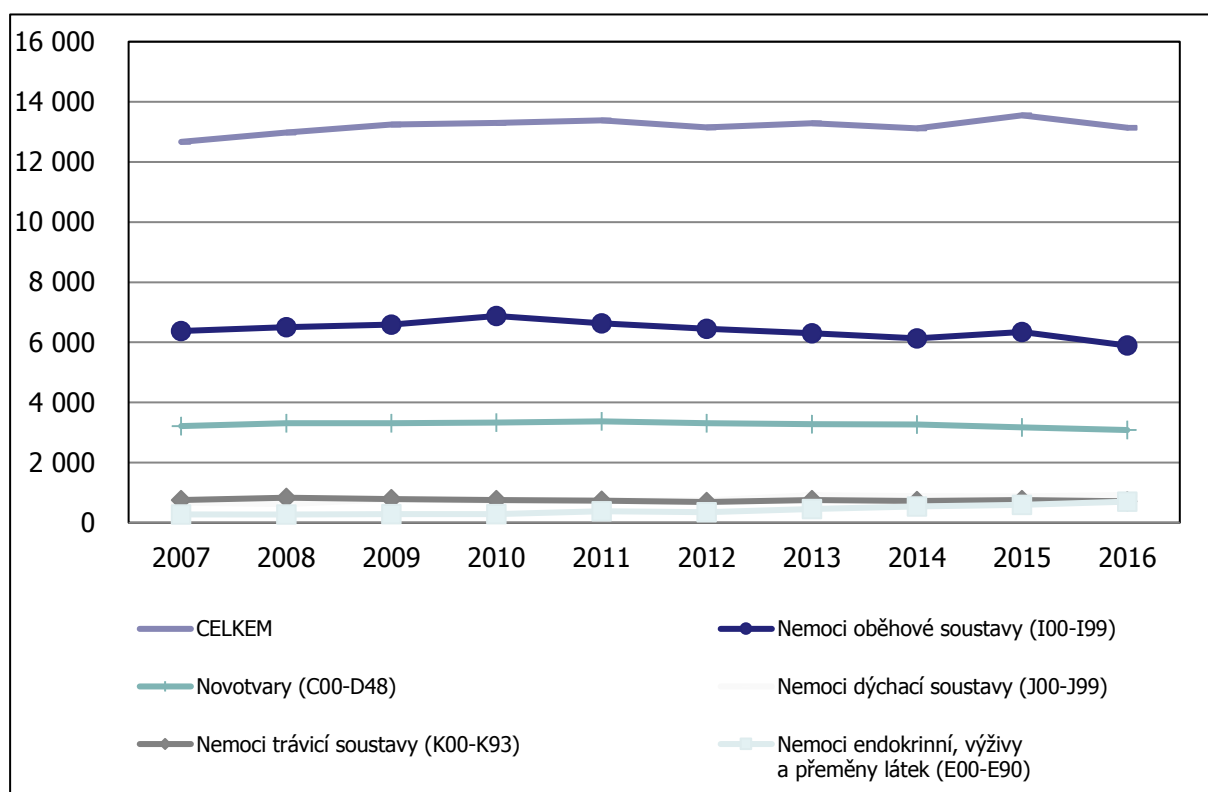


Úmrtnost na nemoci dýchací soustavy

V MSK stejně jako v ČR mírně roste hodnota standardizované úmrtnosti na choroby dýchacího ústrojí. Na nemoci dýchací soustavy v kraji zemřelo v roce 2016 923 osob. Celkové číslo je opět nejvyšší za celou republiku (na druhém místě je Středočeský kraj). Nepopíratelný vliv na úmrtnost na nemoci dýchací soustavy má znečištěné životní prostředí, zejména ovzduší, v MSK, viz kapitola 2.4.3.

V následujícím grafu 12 je zobrazen vývoj 5 nejvýznamnějších příčin úmrtnosti v MSK v letech 2007 – 2016.

Graf 12: Vývoj počtu zemřelých na 5 nejvýznamnějších příčin úmrtí v MSK v letech 2007 - 2016



Zdroj: ÚZIS

SHRNUTÍ

Pravděpodobnost onemocnění obyvatel MSK zhoubným novotvarem je jak u mužů, tak u žen vyšší, nežli je pravděpodobnost tohoto onemocnění u obyvatel ČR. Incidence zhoubnými nádory je vyšší u mužů než u žen. V MSK jsou nejvíce ohroženi nádorovým onemocněním obyvatelé okresů Ostrava – město a Bruntál. U mužů je možno vidět vysokou míru ohrožení nádorovým onemocněním také v okrese Opava.



V rámci MS kraje je také vyšší počet léčených diabetiků na 100 000 obyvatel, nežli je průměrný počet léčených diabetiků na 100 000 obyvatel v ČR. Co se týče okresů, více diabetiků, než je průměr ČR, ale také MSK, je léčeno v okrese Bruntál, Karviná a Ostrava – město.

V MSK je počet živě narozených s vrozenou vadou na 10 000 živě narozených vyšší, než je průměr v ČR.

Incidence nemocí z povolání v kraji je nejvyšší v ČR a výrazně převyšuje počet v ostatních krajích a na celorepublikovém počtu nemocných se MSK podílí 31,3 %.

Výskyt pacientů s alergiemi je v kraji o zhruba 100 případů vyšší než ve zbytku republiky. Od roku 2009 je zaznamenáván mírný nárůst pacientů s alergologickými potížemi, což odporuje celorepublikovému trendu, kde je trend mírně klesající. Astatiků bylo nejvíce v okrese Nový Jičín, který překročil i hodnoty Ostravy.

Výskyt demence v České republice je o něco nižší, než je tomu v průměru v EU a Moravskoslezský kraj je krajem se 4. nejvyšším výskytem demence v ČR.

Co se týče infekčních nemocí, v MSK je incidence nižší, než je průměr v ČR, s výjimkou incidence planými neštovicemi, bakteriální meningitidou a shigelózou.

V MSK roste počet HIV nakažených a stejně jako v celé ČR klesá počet nakažených syfilidou.

Co se týče úmrtnosti, ta je v MSK stále vyšší, než je průměr za celou ČR. Nejčastější příčinou úmrtí byly nemoci oběhové soustavy. Na nemoci oběhové soustavy v MSK zemřelo nejvíce lidí z celé ČR. Trend úmrtnosti v MSK kopíruje trend v ČR, je mírně klesající.

Druhou nejčastější příčinou úmrtí byly novotvary. Úmrtnost na nádorová onemocnění dlouhodobě zaznamenává mírný pokles v MSK, avšak v ČR stagnuje.

V MSK stejně jako v ČR mírně roste hodnota standardizované úmrtnosti na choroby dýchacího ústrojí. Celkové číslo je opět nejvyšší za celou republiku.

2.5 DETERMINANTY ZDRAVÍ

Zdravotní determinanty představují základní aspekty, které ovlivňují zhoršení, udržení nebo zlepšení zdravotního stavu obyvatel pro danou lokalitu v daném časovém období. Jde o chování osob a jejich životní styl, vlivy uvnitř komunit, které mohou zlepšovat, nebo naopak poškozovat zdraví, životní a pracovní podmínky a přístup ke zdravotním službám a obecné sociálně-ekonomické, kulturní a environmentální podmínky.



Pro potřeby této analýzy bude zohledněno pět základních determinantů, a to životní styl, pracovní prostředí, životní prostředí, zdravotní péče a socioekonomické podmínky.

2.5.1 ŽIVOTNÍ STYL

Základním problémem v životním stylu obyvatelstva ČR jsou tyto faktory:

- a) Výživa,
- b) Pohybová aktivita,
- c) Nadváha a obezita,
- d) Návykové látky (kouření, alkohol, léky, drogy),
- e) Hypertenze.

VÝŽIVA

Aktuálním výživovým problémem populace je nevyváženost a skladba stravy. Projevuje se tak trend západní Evropy nadměrného energetického denního příjmu, nedostatek zeleniny a ovoce ve stravě, vysoká konzumace soli, nepravidelné stravování, to vše v protikladu k nedostatečné pohybové aktivitě.

Při srovnání všech populačních skupin v ČR bylo zjištěno, že v případě tuků byl zjištěný příjem vyšší než doporučení, u sacharidů naopak nižší. Příjem nasycených mastných kyselin byl ve všech sledovaných skupinách populace vyšší, stejně tomu bylo také v případě jednoduchých cukrů. Dále bylo zjištěno dle Evropského výběrového šetření o zdraví EHIS 2014, že v populaci konzumuje ovoce alespoň jednou denně 46,8 % lidí, alespoň jednou denně konzumuje zeleninu 41,4 % populace a alespoň pět porcí ovoce a zeleniny denně konzumuje 9,1 % populace.

POHYBOVÁ AKTIVITA

Vzhledem k stále více rozšířenému sedavému způsobu života se volnočasová pohybová aktivita stává nezbytnou pro udržení fyzické kondice a pro prevenci různých onemocnění. Dle EHIS 2014 celkově 44,2 % zaměstnaných deklaruje, že jejich pracovní aktivita je převážně sedavá nebo představuje stání.

Jako ideální se uvádí vykonávání sportovní aktivity 3x týdně, v tempu vhodném pro daného jedince. Aerobní fyzickou aktivitu alespoň mírné intenzity alespoň 150 minut týdně provádí jen 33,8 % obyvatel ČR. Posilování svalů alespoň dvakrát týdně se věnuje 16,5 % populace v ČR.



NADVÁHA A OBEZITA

Česká republika se v počtu obézních osob a osob s nadváhou dostává na přední příčky evropského žebříčku, což z obezity činí významný celorepublikový problém. Dle EHIS 2014 výskyt obézních jedinců v české populaci stále stoupá. Podle průzkumu EHIS z roku 2014 je v ČR 56,2 % dospělých osob s nadváhou (BMI \geq 25). Z toho preobezitou (25 \leq BMI $<$ 30) trpí 37,2 % jedinců a obezitu (BMI \geq 30) vykazuje 18,9 % lidí. Osoby trpící obezitou mívají v porovnání s populací s BMI v normě 2x častěji hypertenzi, a až 3x častěji diabetes II. typu.

NÁVYKOVÉ LÁTKY

V populaci ČR je dle EHIS 2014 celkově 35 % mužů a 22,6 % žen, kteří jsou současnými kuřáky, z toho je 27,6 % mužů a 15,7 % žen, kteří kouří denně. Podíl osob, které v současné době nekouří, ale kouřily v minulosti denně nebo příležitostně je mezi muži 22,8 % a mezi ženami 16,0 %. Pasivních kuřáků, tedy osob, které jsou vystavené tabákovému kouři uvnitř místnosti nejméně hodinu denně, je v populaci ČR 14,4 % mužů a 7,9 % žen.

Podíl osob, které v posledních 12 měsících konzumovaly nápoj obsahující alkohol (pivo, víno, destiláty, likéry, míchané nápoje) každý den nebo téměř každý den je v české populaci 9,5 %. Naproti tomu celoživotními abstinenty je v populaci jen 4,3 %. Podíl osob, které uvedly nárazové pití alkoholu (požití alespoň 60 g čistého alkoholu při jedné příležitosti) alespoň jednou měsíčně v posledních 12 měsících je v populaci ČR 14,9 %.

HYPERTENZE

Hypertenze neboli vysoký krevní tlak je jednou z nejčastějších chorob kardiovaskulárního systému. V roce 2014 se s ním léčilo 23 % dospělých osob. Dle odhadů je navíc až 25 % úmrtí osob nad 40 let způsobeno právě vysokým krevním tlakem.

2.5.2 PRACOVNÍ PROSTŘEDÍ

Pracovní prostředí patří mezi jedny ze základních determinantů zdraví. Na člověka může jak pozitivní, tak negativní dopad. V případě negativního může vést až k rozvoji nemocí z povolání.

Hlavní faktory ovlivňující pracovní prostředí jsou v MSK dle statistik nemocí z povolání:

Fyzikální – mezi fyzikální faktory patří především tepelně-vlhkostní mikroklima. Ideálním stavem je takové mikroklima, kdy zaměstnanec pociťuje tepelnou pohodu. Další určující faktory jsou hluk – tedy jakýkoliv nechtěný zvuk, který se negativně projevuje na zdraví, vibrace, čistota ovzduší, osvětlení, elektromagnetické záření a ionizace.



Prašnost – nejčastější formou prašností na pracovišti bývají prach, dým a kouř. Jejich škodlivost pak závisí na koncentraci, velikosti a vlastnostech rozptýlených částic.

Fyziologické – Řadí se zde fyzická náročnost práce, jednostranné přetěžování některé části těla, ergonomie pracoviště a další. Tyto faktory mají negativní dopad na onemocnění svalů.

2.5.3 ŽIVOTNÍ PROSTŘEDÍ

V kraji se realizuje 100 % výroby železa a oceli a koksu, 100 % těžby černého uhlí, které slouží k výrobě koksu, v pěti hlubinných dolech, umístěných v jedné lokalitě okresu Karviná a mezi Ostravou a Frýdkem-Místkem. Černé uhlí je velmi dobré kvality, a proto je téměř polovina vytěženého množství zpracovávána na koks, který se pro své vlastnosti zde využívá i vyváží. Významným nepřímým determinantem, podílejícím se na kvalitě ovzduší, které determinuje zdraví je také energetika. Realizuje se zde výroba chemická a farmaceutická, těžba surovin, výroba automobilů.

Ovzduší v MSK je dlouhodobě zatěžováno průmyslem, hornictvím, dopravou, lokálními topeništi a geomorfologickými podmínkami hornoslezské pánve, které způsobuje vyšší koncentraci znečištění při špatných rozptylových podmínkách (především v zimních měsících). Znečištění ovzduší je také zvyšováno o znečištění z Polska, které se do Moravskoslezského kraje dostává díky nevhodným povětrnostním podmínkám. Nejvíce postižené okresy jsou okres Ostrava-město, Karviná, a Frýdek-Místek. Z tabulky 10 je patrné, že znečištění ovzduší v MSK je mnoho násobně vyšší, než znečištění ovzduší v ČR.

Tabulka 10: Znečištění ovzduší MS kraji a ČR v letech 2011 - 2015

Emise základních znečišťujících látek			2011	2012	2013	2014	2015	
Všechny zdroje znečištění (REZZO 1-4)	měrné emise (v t/km ²)	tuhé	MSK	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9
			ČR	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
	oxid siřičitý (SO ₂)	MSK	4,0	3,8	3,7	3,5	3,3	
		ČR	2,0	2,0	1,8	1,6	1,6	
	oxidy dusíku (NO _x)	MSK	4,7	4,4	4,5	4,2	4,1	
		ČR	2,6	2,5	2,3	2,2	2,1	
	oxid uhelnatý (CO)	MSK	27,7	26,8	28,1	25,8	29,6	
		ČR	6,6	6,5	6,6	5,9	6,4	

Zdroj: ČSÚ, zpracovatel



SHRNUTÍ

Aktuálním výživovým problémem populace je nevyváženost a skladba stravy. Projevuje se tak trend západní Evropy nadměrného energetického denního příjmu, nedostatek zeleniny a ovoce ve stravě, vysoká konzumace soli, nepravidelné stravování, to vše v protikladu k nedostatečné pohybové aktivitě. Dle EHIS 2014 výskyt obézních jedinců v české populaci stále stoupá, což z obezity činí významný celorepublikový problém. Hypertenze neboli vysoký krevní tlak jako důsledek špatné životosprávy je jednou z nejčastějších chorob kardiovaskulárního systému. V rámci pracovního prostředí na obyvatele MSK nejvíce působí fyzikální a fyziologické faktory a prašnost. Na zdravotním stavu obyvatel MSK se velmi odráží znečištěné životní prostředí, kde jsou dlouhodobě překračovány emise základních znečišťujících látek ve srovnání s hodnotami za celou ČR.

3. ZDRAVOTNÍ PÉČE V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI

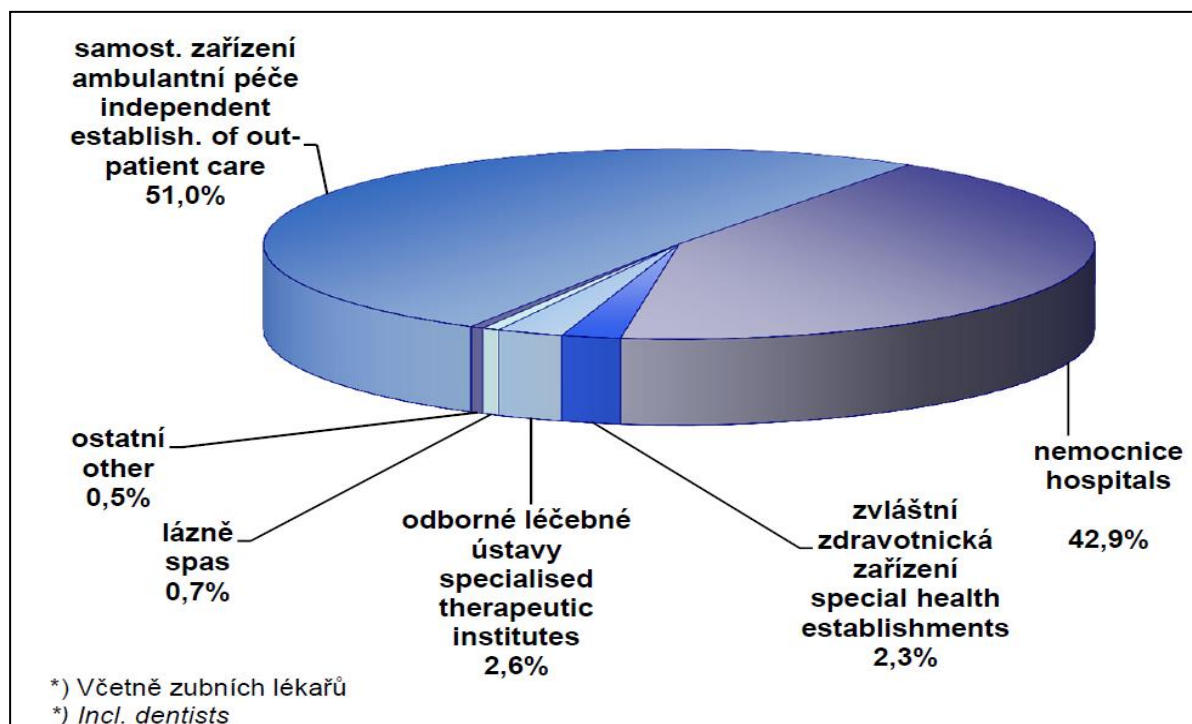
3.1 ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ V ČESKÉ REPUBLICE – ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKY

V České republice bylo k 31. 12. 2016 evidováno celkem 32 064 zdravotnických zařízení, z toho 22 084 samostatných ordinací lékařů primární péče a lékařů specialistů. Státních zařízení (zřizovatel MZ nebo jiný centrální orgán) bylo 150, nestátních 31 914, z toho zřizovatel kraj 261, město, obec 195, fyzická osoba, církev, jiná právnická osoba 31 458.

Ve všech zdravotnických zařízeních pracovalo v přepočtu na celé úvazky k 31. 12. 2016 celkem 49 102 lékařů a 108 522 zdravotnických pracovníků (nelékaři – ZPBD). V průměru na jednoho lékaře připadalo 215 obyvatel. Ve státních zařízeních pracovalo 19,8 % všech lékařů a 25,4 % ZPBD.

Ve zdravotnických zařízeních územních orgánů (zřizovatel kraj, město, obec) pracovalo 23,3 % lékařů a 32,1 % ZPBD. V soukromých zařízeních pracovalo 56,9 % lékařů a 41,2 % ZPBD. Strukturu lékařů podle druhu zařízení prezentuje obrázek 8.

Obrázek 8: Struktura lékařů dle druhu zařízení v ČR v roce 2016



Zdroj: ÚZIS

Lůžkový fond státních zařízení představoval 35,9 % a soukromých zařízení 17,9 %. Z celkového lůžkového fondu 38,4 % byl lůžkový fond, kde zřizovatelem je kraj a lůžkový fond ve správě měst a obcí byl 7,5 % z celku. V lůžkové péči pracovalo 12 805 lékařů a 41 814 zdravotnických pracovníků (ne lékaři).

Akutní péče byla poskytována na 48 511 lůžkách, péče dlouhodobá a následná na 29 463 lůžkách. Nejvyšší počet ošetrovacích dnů dosáhla zařízení řízená krajem, a to 45,5%.

Průměrná ošetrovací doba v nemocnicích se nezměnila a je 6,6 dnů.

Odborné léčebné ústavy jsou určeny zejména pro následnou péči např. rehabilitační, avšak psychiatrické léčebny a léčebny dlouhodobě nemocných poskytují i péči akutní. Psychiatrické léčebny mají vysoké využití lůžek 337,4 dne a léčebny dlouhodobě nemocných 302,8 dne.

Lázeňský lůžkový fond zahrnoval 22 403 lůžek v 92 lázeňských léčebnách.

Lékařská péče byla poskytována v roce 2016 v ČR 2 737 lékárnami, na 1 lékárně připadá 3 865 obyvatel.

3.2 SÍŤ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI

Na území MS kraje se nacházelo dle Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb celkově 4 220 zdravotnických zařízení a to včetně detašovaných pracovišť (viz Tabulka 11). Z pohledu zřizovatele dominují fyzické a právnické osoby tvořící souhrnně 96,5 % zdravotnických zařízení v kraji. Orgány státní správy a samospráv vlastní 3 % zdravotnických zařízení, přičemž největším zřizovatelem je zde MS kraj.

Tabulka 11: Zdravotnická zařízení včetně detašovaných pracovišť na území MS kraje dle zřizovatele (k 15. 11. 2017)

Okres/zřizovatel	Kraj	Ostatní centrální orgány	Ministerstvo zdravotnictví	Obec, město	Církev	Fyzické osoby	Právnické osoby	Celkem
Bruntál	13	1	5	0	6	206	101	332
Frýdek-Místek	14	1	1	3	2	366	324	711
Karviná	17	2	3	4	2	299	420	747
Nový Jičín	10	1	1	2	6	252	234	506
Opava	11	2	7	1	2	318	240	581
Ostrava-město	5	3	5	16	2	601	711	1343
Celkem	70	10	22	26	20	2042	2030	4220

Zdroj: Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb, zpracovatel

Na základě prostorové distribuce zdravotnických zařízení mezi okresy MS kraje lze konstatovat, že tato distribuce odpovídá hustotě obyvatelstva v jednotlivých okresech (viz tabulka 11). Největší podíl zdravotnických zařízení je koncentrován v okrese Ostrava-město 31,8 %, následují okresy Karviná 17,7 %, Frýdek-Místek 16,8 %, Opava 13,8 %, Nový Jičín 12 % a Bruntál 7,9 %.

Z pohledu dominantních zřizovatelů, tj. fyzických a právnických osob, je možno konstatovat, že v okresech Ostrava-město a Karviná převažují právnické osoby nad fyzickými, přičemž v ostatních okresech je tomu naopak. Největším množstvím zdravotnických zařízení zřizovaných veřejnou správou disponuje okres Ostrava-město (29), dále Karviná (26), Opava (21), Frýdek-Místek a Bruntál (19) a okres Nový Jičín (14). MS kraj zřizuje největší počet zdravotnických zařízení v okrese Karviná.

Příloha 3 reflektuje strukturu zdravotnických zařízení dle druhu těchto zařízení, které jsou zároveň rozděleny na nedetašovaná a detašovaná pracoviště. Nedetašovaných pracovišť zdravotnických zařízení je na území MS kraje 80 % (3391) z celkového počtu 4 220 zařízení.

Největší měrou se na celkovém počtu 4 220 zdravotnických zařízení podílí samostatné ordinace lékaře specialisty (26,6 %), dále samostatné ordinace praktického lékaře stomatologa (16 %),



samostatné ordinace praktického lékaře pro dospělé (15,4 %), lékárny (7,2 %) a samostatné ordinace praktického lékaře pro děti a dorost (6,5 %). Těchto pět druhů zdravotnických zařízení tvoří 71,7 % veškerých zdravotnických zařízení na území MS kraje.

Prostorová distribuce druhů zdravotnických zařízení v jednotlivých okresech odpovídá celkové situaci v MS kraji. Mezi pět nejčetnějších zařízení se ve všech okresech řadí opětovně samostatné ordinace lékaře specialisty, samostatné ordinace praktického lékaře stomatologa, samostatné ordinace praktického lékaře pro dospělé, lékárny a samostatné ordinace praktického lékaře pro děti a dorost. Podíl těchto 5 nejčetnějších zařízení na celkovém počtu zdravotnických zařízení se mezi jednotlivými okresy pohybuje v rozmezí 69,2 – 73,3 %. Nad průměrem MS kraje (71,7 %) jsou v tomto ohledu okresy Opava, Karviná a Ostrava-město.

Nedetašovaná pracoviště jsou nejvíce koncentrována v okrese Ostrava-město (34 %) a Karviná (18 %). Dané okresy mají rovněž jako jediné vyšší podíl nedetašovaných pracovišť na celkovém počtu nedetašovaných pracovišť oproti podílu detašovaných pracovišť na celkovém počtu detašovaných pracovišť. Naopak nejnižší podíl nedetašovaných pracovišť i detašovaných pracovišť evidujeme v okrese Bruntál (7 % a 11 %).

Zdravotnická záchranná služba MSK je v současné době druhou největší zdravotnickou záchrannou službou v České republice. Ředitelství organizace se nachází v Ostravě-Zábřehu, ve společném komplexu s Hasičským záchranným sborem MSK. Zřizovatelem Zdravotnické záchranné služby je Moravskoslezský kraj a její spádová oblast činí 5 500 km. ZZS MSK má k dispozici přes 60 posádek. ZZS MSK zajišťuje a poskytuje především přednemocniční neodkladnou péči (dále jen PNP) aktuálně ve smyslu zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. Tato péče zahrnuje zejména rychle dostupnou, kvalifikovanou a vysoce odbornou zdravotnickou pomoc pacientovi přímo na místě vzniku závažného poškození zdraví nebo přímého ohrožení života a během transportu pacienta k cílovému poskytovateli akutní lůžkové péče. Bližší pozornost je dále věnována poloze nemocnic v MS kraji.

3.2.1 POLOHA NEMOCNIC V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI

Na území MS kraje se nachází dle Národního registru poskytovatelů zdravotní péče celkově 20 nemocnic. Z toho je jedna nemocnice fakultní sídlící v Ostravě a jedna nemocnice následné péče v Kopřivnici (THERÁPON 98, a.s.), přičemž specifické postavení zaujímá rovněž nemocnice v Orlové. MS kraj je zřizovatelem 8 nemocnic, 3 nemocnice zřizují obce, respektive města, 8 nemocnic jiné právnické osoby a 1 nemocnici Ministerstvo zdravotnictví ČR. Nemocnice na území MS kraje zřizují také detašovaná pracoviště, přičemž na území MS kraje je těchto detašovaných pracovišť celkově 45. Prostorovou strukturu nemocnic včetně detašovaných pracovišť zobrazuje Tabulka 12.



Největší koncentraci nemocnic a rovněž detašovaných pracovišť nemocnic registrujeme na území okresu Karviná. Zde je umístěno 6 nemocnic (2x Karviná, 1x Havířov, Český Těšín, Orlová a Bohumín). Detašovaných pracovišť je v tomto území celkově 19 (7x Karviná, 5x Havířov, 3x Bohumín, 2x Český Těšín, 1x Orlová a Stonava). Počet obyvatel v okrese Karviná činil (k 31. 12. 2016) celkově 251 370, přičemž hustota osídlení zde dosahovala 705,6 obyvatel na km², což je druhá nejvyšší hodnota v MS kraji.

Na území okresu Frýdek-Místek sídlí 4 nemocnice (3x Třinec, 1x Frýdek-Místek). Detašovaných pracovišť je v tomto území celkově 7 (3x Jablunkov, 2x Frýdek-Místek, 1x Třinec a Bystřice). Počet obyvatel v okrese Frýdek-Místek činil (k 31. 12. 2016) celkově 213 628, přičemž hustota osídlení zde dosahovala 176,8 obyvatel na km², což je třetí nejvyšší hodnota v MS kraji.

Na území okresu Nový Jičín se nachází 4 nemocnice (1x Bílovec, Odry, Nový Jičín a Kopřivnice). Detašovaných pracovišť je v tomto území celkově 6. Detašovaná pracoviště jsou koncentrována pouze do města Nový Jičín. Počet obyvatel v okrese Nový Jičín činil (k 31. 12. 2016) celkově 151 737, přičemž hustota osídlení zde dosahovala 172,1 obyvatel na km². Z pohledu hustoty osídlení se okres řadí na čtvrté místo v MS kraji.

Okres Ostrava-město disponuje celkově 3 nemocnicemi, přičemž všechny sídlí v krajském městě Ostrava. Na území okresu Ostrava-město se nachází 7 detašovaných pracovišť, která jsou rovněž koncentrována do krajského města. Počet obyvatel v okrese Ostrava-město činil (k 31. 12. 2016) celkově 323 464, přičemž hustota osídlení zde dosahovala 975,6 obyvatel na km², což je nejvyšší hodnota ze všech okresů.

Na území okresu Bruntál sídlí 2 nemocnice a to v Krnově a Rýmařově. Nacházejí se zde rovněž 3 detašovaná pracoviště (2x Krnov, 1x Bruntál). Počet obyvatel v okrese Bruntál činil (k 31. 12. 2016) celkově 93 080, přičemž hustota osídlení zde dosahovala 60,6 obyvatel na km². Okres Bruntál se vyznačuje nejnižší hustotou osídlení ze všech okresů MS kraje.

Okres Opava disponuje pouze 1 nemocnicí a to ve městě Opava. V daném okrese se nacházejí 3 detašovaná pracoviště (3x Vítkov). Počet obyvatel v okrese Opava činil (k 31. 12. 2016) celkově 176 600, přičemž hustota osídlení zde dosahovala 158,7 obyvatel na km², což je pátá nejvyšší hodnota v rámci okresů MS kraje.

Tabulka 12: Poloha nemocnic a detašovaných pracovišť v okresech MS kraje

Poloha nemocnic v Moravskoslezském kraji				
Okres	Nemocnice		Detašovaná pracoviště nemocnic přítomna na území okresu	
	<i>název</i>	<i>adresa</i>	<i>název</i>	<i>adresa</i>
Bruntál	1) SZZ Krnov, p.o., Nemocnice 2) Podhorská nemocnice a.s.	1) Krnov, I. P. Pavlova 552/9 2) Rýmařov, Hornoměstská 549/16	1) Podhorská nemocnice a.s., prac.Bruntál 2) Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, p.o. 3) Slezská nemocnice v Opavě, p.o.	1) Bruntál, Nádražní 1589/29 2) Krnov, nám. Hrdinů 933/6 3) Krnov, I. P. Pavlova 552/9
Frýdek-Místek	1) Nemocnice ve Frýdku- Místku, p.o.	1) Frýdek-Místek, El. Krásnohorské 321	1) Nemocnice Podlesí a.s., fyzioterapie	1) Bystřice 1317



	<p>2) Nemocnice Podlesí a.s. 3) CNS-Centrum Třinec s.r.o. 4) Nemocnice Třinec, p.o.</p>	<p>2) Třinec 453 3) Třinec, Kaštanová 268 4) Třinec, Kaštanová 268</p>	<p>2) Nemocnice Třinec, p.o., Frýdek Místek 3) Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o. 4) CNS-Centrum Třinec s.r.o. 5) Nemocnice Podlesí a.s., neurologie, fyzioterapie 6) Nemocnice Třinec, p.o., odborné ambulance 7) Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o.</p>	<p>2) Frýdek-Místek, El. Krásnohorské 321 3) Frýdek-Místek, Dr. Jánského 4) Jablunkov, Školní 474 5) Jablunkov, Bukovecká 106 6) Jablunkov, Dukelská 108 7) Třinec, Kaštanová 268</p>
Karviná	<p>1) Bohumínská městská nemocnice, a.s. 2) Nemocnice Český Těšín a.s. 3) Nemocnice s poliklinikou Havířov, p.o. 4) Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj, p. o. 5) Karvinská hornická nemocnice a.s. 6) Nemocnice Orlová, p.o.</p>	<p>1) Bohumín, Slezská 207 2) Český Těšín, Ostravská 783 3) Havířov, Dělnická 1132/24 4) Karviná, Vydmuchov 399/5 5) Karviná, Zakladatelská 975/22 6) Orlová, Masarykova třída 900</p>	<p>1) Vítkovická nemocnice a.s., neurolog. ambulance 2) Karvinská hornická nem. a.s., ortoped. poradna 3) Bohumínská městská nemocnice, a.s. 4) NsP KA-Ráj, p.o., Zdravotní dopravní služba 5) Nemocnice Podlesí a.s., neurolog. amb. 6) Karvinská horn. nem. a.s., Lékárna KHN U Pramene 7) Karvinská hornická nem. a.s., ortoped. poradna 8) Nemocnice Podlesí a.s., amb. cévní chirurgie 9) Nemocnice s pol. Havířov, p. o., LSPP zubní 10) NsP KA-Ráj, p.o., Zdravotní dopravní služba 11) Nemocnice Podlesí a.s., kardiologická amb. 12) Karvinská horn. nem. a.s., gastr., Lék.KHN v Ráji 13) Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj, p. o. 14) Nemocnice Podlesí a.s., chirurgická amb. 15) NsP Karviná-Ráj, p.o., PL pro dospělé 16) Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o. 17) Nemocnice Nový Jičín a.s., prac. Karviná 18) NsP Karviná-Ráj, p.o., pracoviště Orlová 19) Karvinská hornická nemocnice a.s., OOVL Stonava</p>	<p>1) Bohumín, Slezská 207 2) Bohumín, Slezská 207 3) Bohumín, Čáslavská 1176 4) Český Těšín, Třanovského 1944/2 5) Český Těšín, Ostravská 783 6) Havířov, Generála Svobody 280/24 7) Havířov, Kochova 1227/2 8) Havířov, Mládežnická 1559/1 9) Havířov, Dělnická 969/26 10) Havířov, Dělnická 969/26 11) Karviná, Vydmuchov 399/5 12) Karviná, Kosmonautů 842/48 13) Karviná, Žižkova 2379/54 14) Karviná, Zakladatelská 975/22 15) Karviná, Těšínská 599/15 16) Karviná, Vydmuchov 399/5 17) Karviná, Zakladatelská 975/22 18) Orlová, Masarykova třída 900 19) Stonava 350</p>
Nový Jičín	<p>1) Bílovecká nemocnice, a.s. 2) Nemocnice Nový Jičín a.s. 3) Městská nemocnice v Odrách, p.o. 4) THERAPON 98, a.s.</p>	<p>1) Bílovec, 17. listopadu 538/57 2) Nový Jičín, K Nemocnici 775/76 3) Odry, Nadační 375/1 4) Kopřivnice, Štefánikova 1301/4</p>	<p>1) Nemocnice Nový Jičín a.s. 2) Nemocnice Nový Jičín a.s. 3) Nemocnice Podlesí a.s.,cévní chir.,rtg 4) Nemocnice Nový Jičín a.s. 5) Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o. 6) Nemocnice Nový Jičín a.s.</p>	<p>1) Nový Jičín, Revoluční 2214/35 2) Nový Jičín, Purkyňova 1320/20 3) Nový Jičín, K Nemocnici 775/76 4) Nový Jičín, Purkyňova 2138/16 5) Nový Jičín, Máchova 619/30 6) Nový Jičín, K Nemocnici 1886/57</p>
Opava	<p>1) Slezská nemocnice v Opavě, p.o.</p>	<p>1) Opava, Olomoucká 470/86</p>	<p>1) Slezská nem. v Opavě, p.o., zdrav.doprav.sluzba 2) Nemocnice Nový Jičín a.s., pracoviště Vítkov 3) Fakultní nemocnice Ostrava, LDN</p>	<p>1) Vítkov, Švermova 219 2) Vítkov, Opavská 90 3) Vítkov 59</p>
Ost	<p>1) Vítkovická nemocnice a.s.</p>	<p>1) Ostrava, Zalužanského 1192/15</p>	<p>1) Nemocnice Podlesí a.s., kardiol. amb.</p>	<p>1) Ostrava, Sokolská třída 2587/81</p>



2) Městská nemocnice Ostrava, p.o. 3) Fakultní nemocnice Ostrava	2) Ostrava, Nemocniční 898/20 3) Ostrava, 17. listopadu 1790/5	2) Městská nemocnice Ostrava, p.o., LDN 3) Nemocnice Nový Jičín a.s., prac. Ostrava 4) Nemocnice Podlesí a.s., kardiol. amb. 5) Vítkovická nemocnice a.s., kardiol. amb. 6) MěNO, p.o., Lékařská pohotovostní služba, doprava 7) Fakultní nemocnice Ostrava	2) Ostrava, U Stavisek 235/65 3) Ostrava, Zalužanského 1192/15 4) Ostrava, Opavská 962/39 5) Ostrava, Pavlovova 2624/29 6) Ostrava, Varenská 3131/5 7) Ostrava, Rudná 3114/114
---	---	--	---

Zdroj: Národní registr poskytovatelů zdravotní péče – veřejná část, zpracovatel

3.2.2 HOSPITALIZOVANÍ V NEMOCNICÍCH MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE

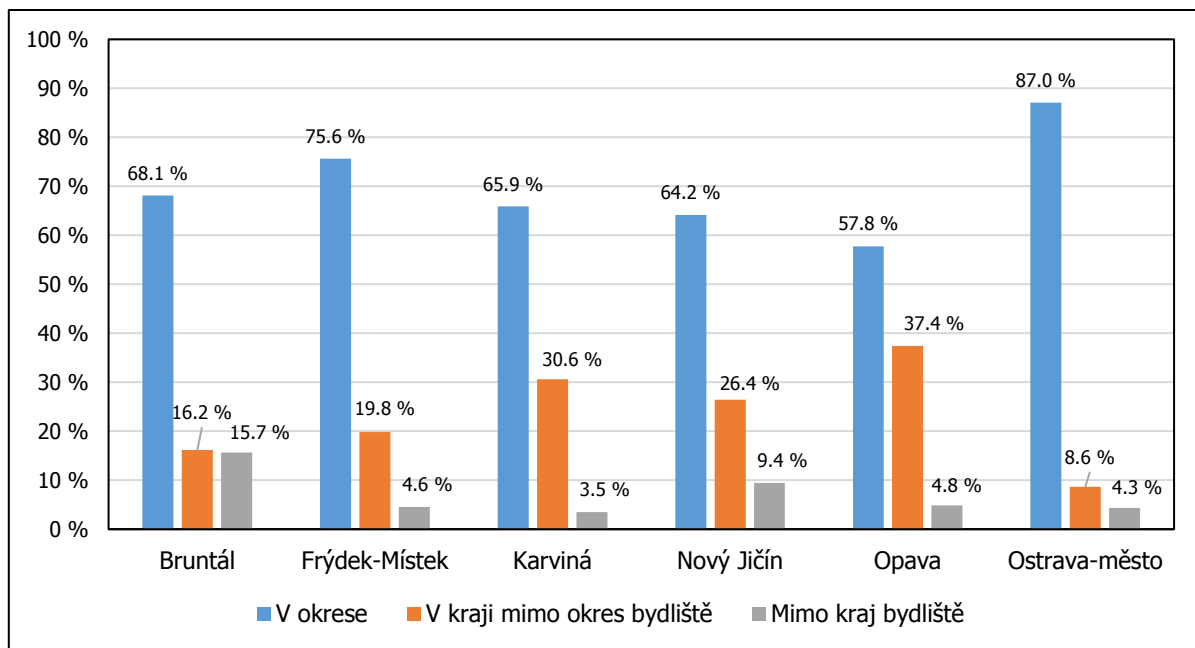
V nemocnicích MS kraje bylo v roce 2016 hospitalizováno celkově 264 154 pacientů. Z toho pacientů s bydlištěm v MS kraji bylo 94,5 %, tj. 249 701 osob. S bydlištěm mimo MS kraj bylo hospitalizováno v nemocnicích MS kraje celkově 4,9 % pacientů (12 875 osob). Zvláště uvádění cizinci a bezdomovci tvořili zbylých 0,6 % (1578). Zde je možno rovněž uvést, že pacientů s bydlištěm v MS kraji, kteří byli evidováni jako hospitalizovaní v nemocnicích v jiném kraji, bylo celkově 15 610. Tedy rozdíl mezi počtem pacientů s bydlištěm v MS kraji, kteří byli hospitalizováni v nemocnicích mimo MS kraj a počtem pacientů s bydlištěm naopak mimo MS kraj, ale kteří byli hospitalizováni v nemocnicích v MS kraji, činí 2 735 pacientů.

Celkově je nutno konstatovat, že MS kraj má druhý nejvyšší podíl, po Ústeckém kraji, hospitalizovaných pacientů s bydlištěm v daném kraji, přičemž průměrná hodnota za Českou republiku činí 86,9 %. Z opačného pohledu lze konstatovat, že v nemocnicích MS kraje bylo hospitalizováno podprůměrné procento pacientů s bydlištěm v jiném kraji, přičemž průměr ČR činí 12,4 %.

Ve sledovaném roce 2016 byl celkový počet hospitalizovaných pacientů s bydlištěm v MS kraji 265 311 osob. Jak již bylo uvedeno, 249 701 pacientů bylo hospitalizováno v nemocnicích MS kraje a 15 610 pacientů s bydlištěm v MS kraji bylo hospitalizováno v nemocnicích mimo MS kraj. Největší celkový počet hospitalizovaných pacientů bylo evidováno s bydlištěm v okrese Ostrava-město (64 450 osob), dále pak v okrese Karviná (59 964), Frýdek-Místek (48 901), Opava (36 349) a Nový Jičín (31 517).

Níže uvedený graf 13 zachycuje vztah mezi okresem bydliště pacienta v MS kraji a místem hospitalizace. Místem hospitalizace pacienta je myšleno buď okres bydliště pacienta, jiný okres v MS kraji nežli je místo bydliště pacienta či jiný kraj.

Graf 13: Případy hospitalizace podle místa bydliště v roce 2016 (%)



Zdroj: ÚZIS, zpracovatel

Největší podíl hospitalizovaných osob v okrese svého bydliště lze pozorovat v okresech Ostrava-město, 87 % (56 103 osob) a Frýdek-Místek 75,6 % (36 975 osob). Naopak nejmenším podílem hospitalizovaných osob v místě bydliště se vyznačuje okres Opava a to pouze 57,8 % (20 997 osob).

Není nikterak překvapivé, že největší podíl pacientů, kteří byli hospitalizováni v nemocnicích v jiném okrese MS kraje, nežli je jejich místo bydliště, evidujeme v okrese Opava 37,4 % (13 590), přičemž nad 30 % se v tomto ohledu pohybují pacienti rovněž z okresu Karviná (18 377 osob). V tomto ohledu nejnižší podíl je zřejmý v okrese Ostrava-město 8,6 % (5 561 pacientů).

Mimo MS kraj jsou největší měrou hospitalizováni pacienti s bydlištěm v okrese Bruntál 15,7 % (3 782 osob) a pacienti s bydlištěm v okrese Nový Jičín 9,4 % (2 970 pacientů).

SHRNUTÍ

Dle Národního registru poskytovatelů zdravotnických služeb se na území MS kraje nachází 4 220 zdravotnických zařízení, přičemž je z toho 80 % (3391) nedetašovaných pracovišť a 20 % (829) tvoří pracoviště detašovaná.

Dle zřizovatele převládají na území MS kraje zdravotnická zařízení fyzických osob nad osobami právními. MS kraj zřizuje 3 % (70) zdravotnických zařízení na



území MS kraje, což je největší množství z pohledu orgánů státní správy a samosprávy.

Dle druhu zdravotnického zařízení převládají samostatné ordinace lékaře specialisty (26,6 %) na celkovém počtu 4 220 zdravotnických zařízení na území kraje.

Lze konstatovat, že prostorová distribuce zdravotnických zařízení mezi okresy MS kraje odpovídá hustotě osídlení v jednotlivých okresech.

Celkově evidujeme v MS kraji 20 nemocnic, přičemž kraj je zřizovatelem 8 nemocnic. Další 3 nemocnice zřizují obce. Největší koncentraci nemocnic včetně detašovaných pracovišť evidujeme na území okresu Karviná.

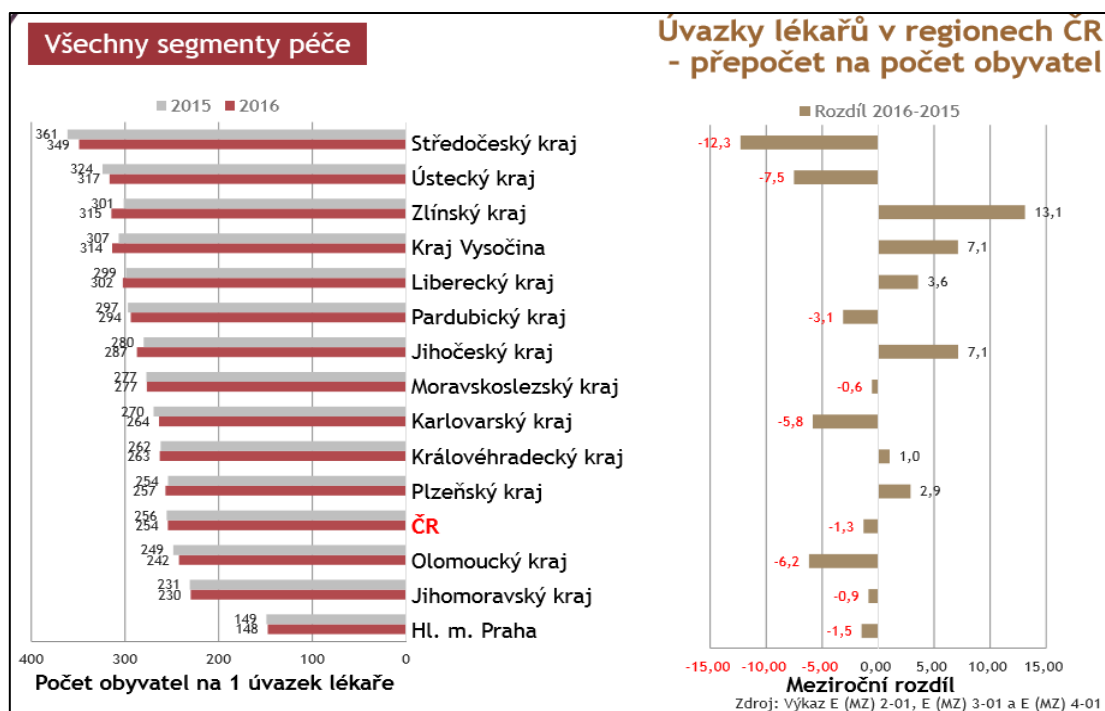
V nemocnicích na území MS kraje bylo v roce 2016 hospitalizováno celkově 264 154 pacientů. Celých 94,5 % tvořili pacienti s bydlištěm v kraji, což je druhý nejvyšší a zároveň výrazně nadprůměrný podíl v ČR.

Největší podíl hospitalizovaných osob v okrese svého bydliště lze pozorovat v okresech Ostrava-město a Frýdek-Místek. Naopak na druhém konci spektra se nachází okres Opava. Největší podíl pacientů, kteří byli hospitalizováni v nemocnicích v jiném okrese MS kraje, nežli je jejich místo bydliště, evidujeme v okrese Opava a Karviná a to v obou případech více než 30 %. Mimo MS kraj jsou největší měrou hospitalizováni pacienti s bydlištěm v okrese Bruntál a Nový Jičín.

3.3 SPEKTRUM POSKYTOVANÉ PÉČE A JEJÍ KAPACITY

Základní formy zdravotní péče jsou ambulantní péče, jednodenní péče, lůžková a zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta. V roce 2016 bylo v MSK 4 372 úvazků lékaře, což odpovídá počtu úvazků v MSK v roce 2015 a představuje 3. nejvyšší počet v porovnání s ostatními regiony ČR. Co se týče počtu úvazků přepočtených na počet obyvatel, je možno na obrázku 9 vidět, že v MSK na jeden úvazek lékaře připadá 277 obyvatel (průměr ČR je 254).

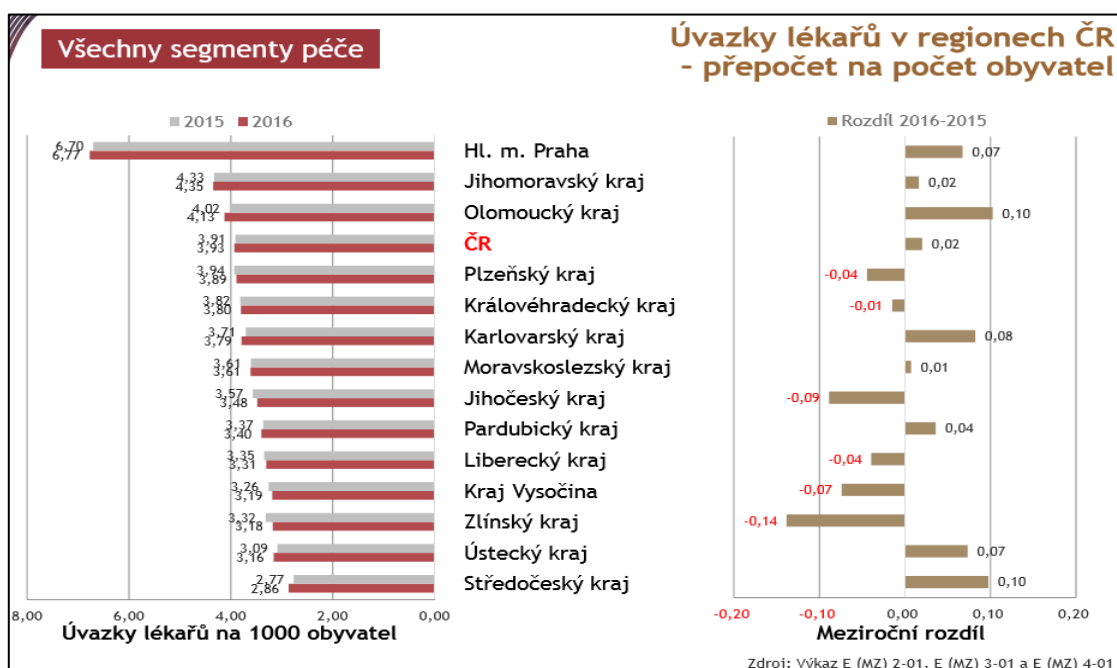
Obrázek 9: Úvazky lékařů v regionech ČR v přepočtu na počet obyvatel v roce 2016



Zdroj: ÚZIS

Jak je možno vidět na následujícím obrázku 10, v MSK v roce 2016 připadalo 3,61 úvazků lékařů na 1000 obyvatel, zatímco v ČR připadalo na 1000 obyvatel 3,93 úvazků.

Obrázek 10: Úvazky lékařů v regionech ČR v přepočtu na počet obyvatel v roce 2016



Zdroj: ÚZIS

3.3.1 AMBULANTNÍ PÉČE

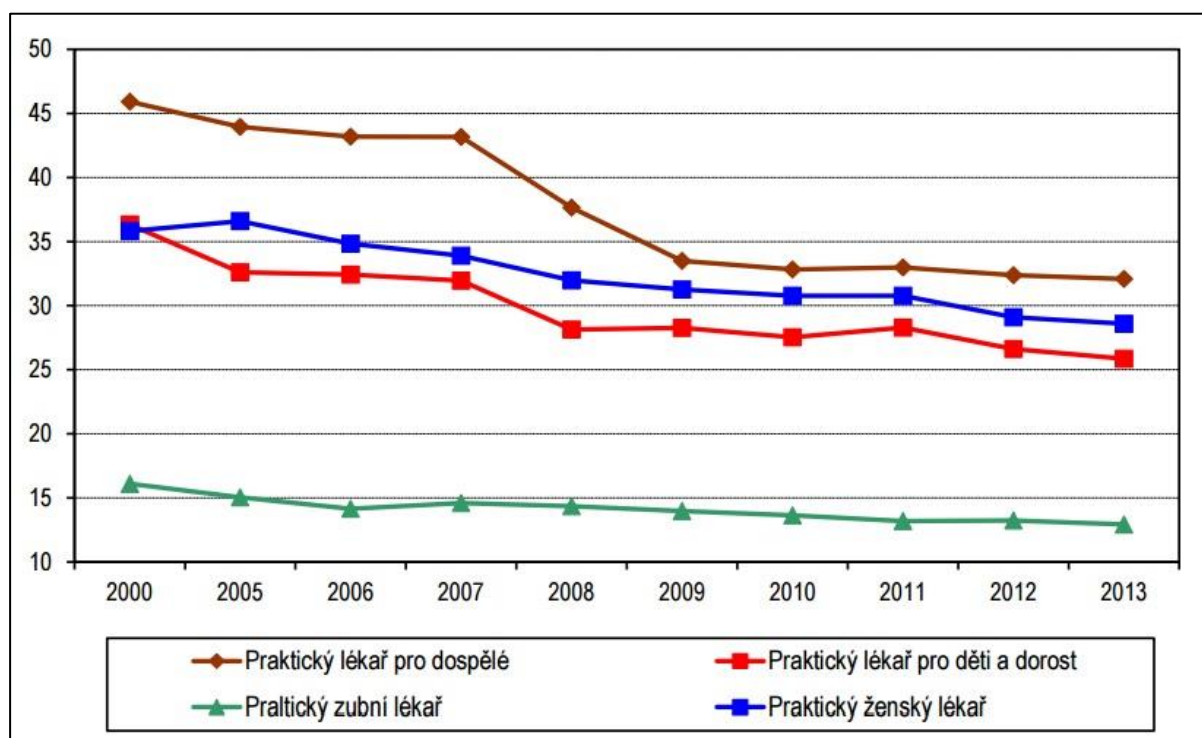
Ambulantní péče je poskytována v ambulantních částech nemocnic, ostatních lůžkových zařízeních a v samostatných ambulantních zařízeních. Zahrnuje péči praktických lékařů pro dospělé, praktických lékařů pro děti a dorost, zubních lékařů a praktických ženských lékařů. Lékařů poskytujících ambulantní péči v těchto oborech je v MSK celkem 3 499, což je 70 % všech lékařů.

Celkový počet ambulantních ošetření resp. vyšetření v ambulantní péči v MSK za rok 2013 byl 15 898 845, v přepočtu na jednoho obyvatele 13, nejvíce ošetření bylo provedeno v ambulancích praktických lékařů, došlo k výraznému poklesu počtu ošetření u praktických lékařů pro dospělé (o 11%) i u praktických lékařů pro děti a dorost (o 15%). Nárůst počtu ošetření byl zaznamenán pouze u stomatologických ambulancí (o 1%).

V ambulantní péči o děti a dorost bylo provedeno 1 367 725 ošetření, na 100 pacientů bylo uskutečněno 547,9 ošetření.

Vývoj počtu ošetření na jednoho lékaře a den v letech 2000 – 2013 v MSK je zachycen na obrázku 11.

Obrázek 11: Počet ošetření na jednoho lékaře a den v MS kraji za období 2000 – 2013

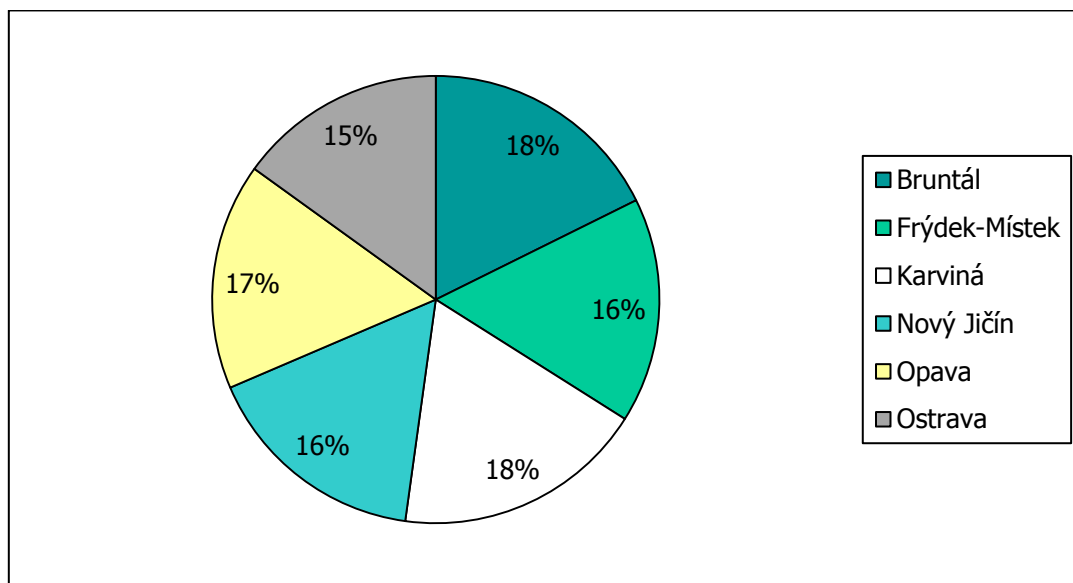


Zdroj: ÚZIS – Primární péče v MSK 2013

PRAKTICKÝ LÉKAŘ PRO DOSPĚLÉ

Na 1 praktického lékaře v kraji připadá průměrně 1 651 pacientů, lékař v průměru provede 32,1 ošetření denně (průměr ČR 32,8). Nejvíce ošetření provedli lékaři v okrese Nový Jičín 34,7 a nejméně v okrese Ostrava 30. Počet registrovaných pacientů v jednotlivých okresech MSK na jednoho lékaře zachycuje graf 14.

Graf 14: Počet registrovaných pacientů na 1 lékaře v jednotlivých okresech MS kraje v roce 2013



Zdroj: ÚZIS, zpracovatel

Celkový počet ošetření se v roce 2013 činil necelých 4 160 tis. ošetření. Nejvíce registrovaných pacientů bylo ošetřeno v ORP Český Těšín (2141) a nejméně v ORP Vítkov 26,4. Vliv na snížení počtu ošetření mělo zavedení regulačních poplatků v roce 2008 a také změny ve vyplácení náhrady mzdy v době pracovní neschopnosti. Dnem 1. 1. 2015 nabyl účinnosti zákon č. 256/2014 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony a tato novela zákona zrušila regulační poplatky za ošetření regulační poplatek za recept. V důsledku této skutečnosti se v roce 2015 projevil nárůst počtu ošetření u praktického lékaře o 15 %.

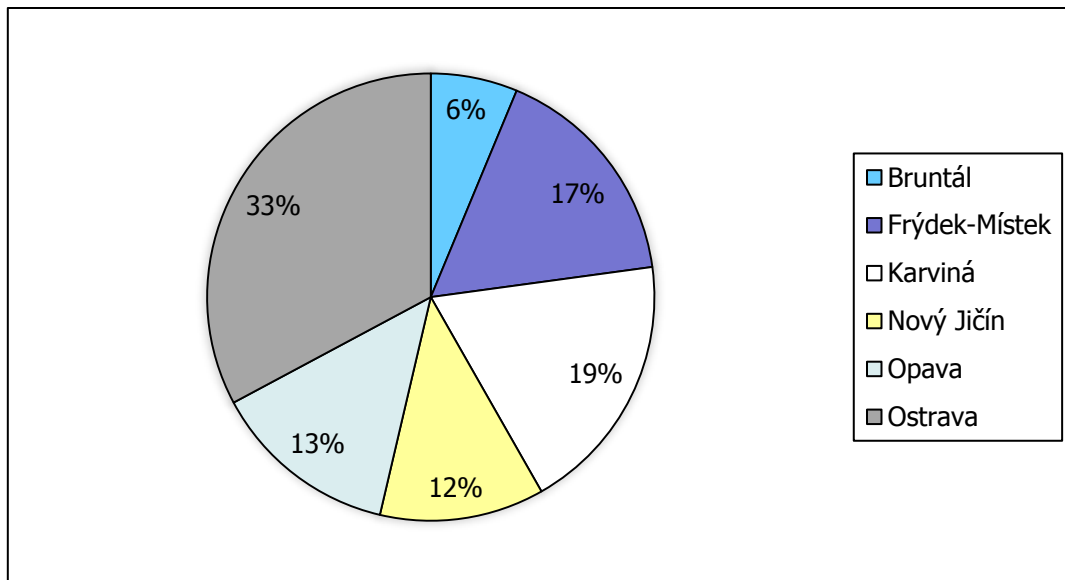
PRAKTICKÝ LÉKAŘ PRO DĚTI A DOROST

Na 10 000 obyvatel do 19 let v MSK v roce 2013 připadalo 9,4 dětských lékařů. Celkem v kraji bylo 245 ordinací pro děti a dorost, odbornou péči zajišťovalo 12 odborných dětských ambulancí. Provedených ošetření bylo 1 286 330, na jednoho lékaře připadalo 5 688 ošetření,



což je mírně nad průměrem ČR (5 577 ošetření). Nejvíce 6 567 ošetření připadlo na lékaře okresu Ostrava-město.

Graf 15: Počet praktických lékařů pro dorost v jednotlivých okresech MS kraje v roce 2013



Zdroj: ÚZIS, zpracovatel

V roce 2013 byl zaznamenán nárůst alergických onemocnění mezi dětmi a dorostem, a to o 1,8 % oproti roku 2012. Narůstá také počet obézních dětí, meziročně o 10,1 %, u dorostenců byl zaznamenán nárůst tohoto ukazatele o 4,7 %.

STOMATOLOGICKÁ PÉČE

Stomatologové pracující na území ČR jsou ze zákona povinně členy České Stomatologické Komory, která shromažďuje údaje o jejich kvalifikaci, výkonech, atp.

Z ročenky ČSK 2014 vychází, že v roce 2014 bylo v kraji 812 zubních praktických lékařů, 31 ortodontistů a 8 zubních chirurgů. Na jednoho zubního lékaře v kraji připadá 1500,9 pacientů, což odpovídá průměru ČR.

GYNEKOLOGICKÁ PÉČE

V MSK bylo v roce 2013 v přepočtu na celé úvazky 188,32 lékařů gynekologů. Na jednoho lékaře připadlo v průměru 3 134 pacientek z celkového počtu 590 271 registrovaných, tento počet výrazně převyšuje republikový průměr 2 728 pacientek. Celkem bylo realizováno



1 176 644 ošetření z celkových 10 005 495 v ČR, což v průměru činí dvě ošetření na jednu pacientku. Na jednoho lékaře připadlo 6 248 ošetření (průměr ČR 6 099).

CHIRURGICKÁ PÉČE

V roce 2013 bylo v MSK celkem 193 chirurgických ambulantních pracovišť, ve kterých pracovalo 188,67 lékařů. V relaci počtu obyvatel připadajících na 1 lékaře oboru (6 487) převyšuje Moravskoslezský kraj vysoce relaci za Českou republiku, 5 386 obyvatel.

NEUROLOGICKÁ PÉČE

Počet lékařů poskytujících neurologickou péči v roce 2013 v MSK klesl o 3,02 lékaře. Na jednoho lékaře připadlo 9,13 pacientů (průměr ČR 7,99). V kraji bylo za rok 2013 celkem 226 890 pacientů s neurologickým onemocněním a bylo realizováno 626 512 ošetření.

PSYCHIATRICKÁ PÉČE

Ambulantní psychiatrickou a sexuologickou péči v kraji provozuje 69 oddělení a pracovišť s úvazkem 68,77 lékařů. Bylo realizováno celkem 273 801 ambulantních vyšetření. Na 10 000 obyvatel připadlo 2 237 vyšetření (průměr ČR 2 756). Na jednoho pacienta v kraji připadlo 4,66 vyšetření (průměr ČR 4,8).

Alkoholicko-toxické poradny v kraji navštívilo 4 533 osob, častěji byly ošetřeny ženy (59 % pacientů), muži (41 % pacientů). Děti ve věku 0-14 let představovaly 4 % pacientů.

Tabulka 13: Porovnání lékařské péče v jednotlivých oborech v MS kraji za rok 2013

	Počet lékařů	Počet pacientů na lékaře	ošetření na 1 pacienta	Trend ČR
Praktický lékař pro dospělé	589,6	1 651	4,3	MSK odpovídá průměru ČR
Dětská a dorostová péče	245	1094	5,2	MSK je mírně nad průměrem ČR
Stomatologická péče	851	1500,9	-	MSK odpovídá průměru ČR
Gynekologická péče	188,32	3 134	2	MSK je nad průměrem ČR
Chirurgická péče	188,67	6487	1,12	MSK je nad průměrem ČR
Neurologická péče	111,36	2037	2,76	MSK je nad průměrem ČR
Psychiatrická péče	68,77	3981	4,66	MSK je pod průměrem ČR

Zdroj: ÚZIS, zpracovatel



Počty lékařů v ambulantních zařízeních v MSK ve srovnání s celorepublikovým průměrem uvádí následující tabulka 14.

Tabulka 14: Počet lékařů na 10 000 obyvatel v zařízeních ambulantní péče v roce 2013

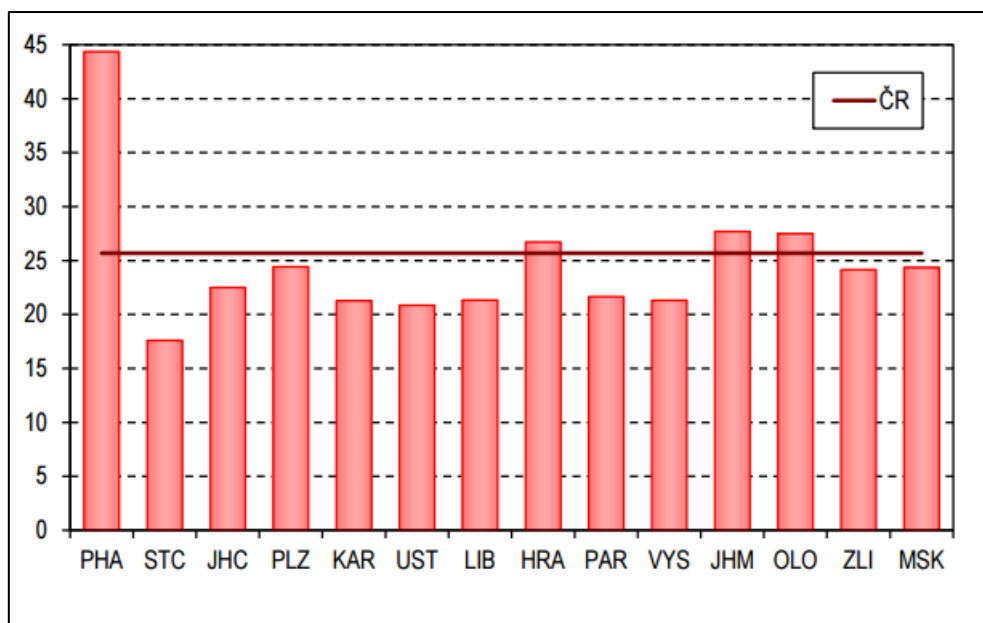
OBOR	ČR	MSK	% podíl MSK vůči ČR
Interní	2,08	1,77	85%
Diabetologie	0,35	0,36	103%
Gastroenterologie	0,36	0,36	100%
Geriatric	0,02	0,01	50%
Infekční	0,06	0,03	50%
Alergologie a imunologie	0,43	0,37	86%
Pneumologie a ftizeologie	0,34	0,33	97%
Neurologie	0,81	0,9	111%
Psychiatrie a sexuologie	0,73	0,56	77%
Nemocní z povolání	0,06	0,11	183%
Dětský, dorostový a novorozenci	2,1	2,03	97%
<i>z toho PL pro děti a dorost</i>	1,92	1,82	95%
Gynekologie	1,63	1,54	94%
<i>z toho PL gynekolog</i>	1,28	1,4	109%
Chirurgie vč. Cévní a hrudní chirurgie	0,98	0,75	77%
Neurochirurgie	0,04	0,03	75%
Kardiochirurgie	0,03	0,03	100%
Traumatologie	0,06	0,03	50%
Plastická chirurgie a léčba popálenin	0,14	0,14	100%
Ortopedie	0,61	0,58	95%
Urologie	0,38	0,41	108%
Ušní, nosní, krční vč. Foniatrie	0,66	0,6	91%
Oční	1,02	0,95	93%
Stomatologie	6,7	6,49	97%
<i>z toho PL zubní</i>	6,14	6,11	100%
Dermatovenerologie	0,65	0,64	98%
Radiační a klinická onkologie	0,32	0,32	100%
Tělovýchovné lékařství	0,03	0	0%
Lékařská genetika	0,09	0,09	100%
Ordinace PL pro dospělé	4,88	4,84	99%
Pracovní lékařství	0,09	0,04	44%
Léčba bolesti	0,04	0	0%
CELKEM	25,68	24,35	95%

Zdroj: ÚZIS, zpracovatel

Počty lékařů v ambulantních zařízeních v MSK ve srovnání s celorepublikovým průměrem jsou nižší zejména v oborech geriatric, infekčního a pracovního lékařství a traumatologie, ale také alergologie a imunologie, psychiatrie a sexuologie, chirurgie vč. cévní a hrudní chirurgie a neurochirurgie. Naopak v oborech nemoci z povolání, urologie, PL gynekologie, a diabetologie počet lékařů převyšuje celorepublikový průměr.

Nejvíce léčených pacientů na průměrný roční úvazek lékaře vykazoval kraj Moravskoslezský (2 857). V zařízeních ambulantní péče lze pro MSK konstatovat soulad s celorepublikovým průměrem, viz následující obrázek 12.

Obrázek 12: Počet lékařů na 10 000 obyvatel v zařízeních ambulantní péče v roce 2013



Zdroj: ÚZIS

3.3.2 LŮŽKOVÁ PÉČE

Lůžková péče je poskytována v nemocnicích včetně soukromých, léčebnách pro dlouhodobě nemocné, léčebnách tuberkulózy a respiračních nemocí, psychiatrických léčebnách, lázeňských léčebnách a ostatních lůžkových zařízeních.

V akutní péči bylo v roce 2016 celkově 6 454 lůžek, v ostatní lůžkové péči 2 426 lůžek, což odpovídá celkovému počtu 8 880 lůžek přítomných v MS kraji.

Celkově lze konstatovat, že v MS kraji v zásadě počet lůžek na 10 000 obyvatel odpovídá průměrným hodnotám ČR. Velmi malé odchylky od průměru lze spatřit jak v případě lůžek akutní péče, tak ostatních lůžek.



Tabulka 15: Počty lůžek v krajích ČR na 10 000 obyvatel v roce 2016

Kraj/lůžka	Akutní péče	Ostatní lůžková péče	Celkem
Praha	72,60	19,91	92,51
Středočeský	40,45	18,96	59,41
Jihočeský	51,50	10,44	61,94
Plzeňský	57,81	28,36	86,17
Karlovarský	44,41	16,71	61,12
Ústecký	56,86	16,93	73,79
Liberecký	55,42	6,38	61,80
Královéhradecký	59,62	19,73	79,35
Pardubický	41,91	30,85	72,76
Vysočina	52,62	34,46	87,08
Jihomoravský	61,10	10,29	71,39
Olomoucký	49,20	26,31	75,51
Zlínský	45,18	23,08	68,26
Moravskoslezský	53,34	20,05	73,39
ČR	54,18	19,52	73,70

Zdroj: ÚZIS, zpracovatel

SHRNUTÍ

V MSK připadá na 10 000 obyvatel kraje nižší počet lůžek, než je průměr lůžek v ČR. Počet hospitalizovaných v nemocnicích v MSK zaznamenal nepatrný pokles. Nejvíce pacientů bylo hospitalizováno v Ostravě. Nejvíce hospitalizovaných bylo na oddělení interny, dále chirurgie, pediatrie, gynekologie a neurologie.

V roce 2016 byl v MSK 3. nejvyšší počet úvazků lékaře v porovnání s ostatními regiony ČR. Nejvíce ošetření provedli praktičtí lékaři v okrese Nový Jičín a nejméně v okrese Ostrava. Na jednoho dětského lékaře připadalo mírně nadprůměrný počet ošetření, než je průměr v ČR. Nejvíce ošetření připadalo na lékaře okresu Ostrava-město.

Na jednoho zubního lékaře v kraji připadá stejný počet pacientů jako je průměr ČR. Na jednoho gynekologa připadá výrazně vyšší počet pacientek, než je republikový průměr.

V relaci počtu obyvatel připadajících na 1 lékaře oboru chirurgie převyšuje Moravskoslezský kraj vysoce relaci za Českou republiku. Počet lékařů poskytujících neurologickou péči v MSK klesl. Na jednoho lékaře tak připadalo více pacientů, než je průměr.

Počty lékařů v ambulantních zařízeních v MSK ve srovnání s celorepublikovým průměrem jsou nižší zejména v oborech geriatry, infekčního a pracovního lékařství



a traumatologie, ale také alergologie a imunologie, psychiatrie a sexuologie, chirurgie vč. cévní a hrudní chirurgie a neurochirurgie. Naopak v oborech nemoci z povolání, urologie, PL gynekologie, a diabetologie počet lékařů převyšuje celorepublikový průměr.

4. PRÁVNÍ, POLITICKÉ, EKONOMICKÉ A TECHNOLOGICKÉ FAKTORY

4.1 POLITICKÉ A PRÁVNÍ FAKTORY

I přesto, že se jedná o relativně samostatné oblasti, byly tyto s ohledem na celkový rozsah a charakter studie integrovány do jednoho celku. Navíc jsou legislativa a předpisy ve sféře zdravotnictví poměrně úzce provázány s politickým sektorem.

Nutno zmínit, že politická situace je v prostředí České republiky odrazem výsledků svobodných voleb, u nichž pochopitelně nelze předjímat výsledek dopředu. Budiž ale obecně řečeno, že je v posledních desetiletích – a na našem území po roce 1989 – patrný určitý kvalitativní posun v oblasti vlastnictví zdravotnických zařízení. Zatímco v dávnějších dobách bývalo zdravotnictví výhradně v gesci a vlastnictví veřejného sektoru, dnes je v jeho určitých oblastech poměrně standardní vlastnictví soukromé. Tento posun je dán všeobecnými společensko-hospodářskými tendencemi, nicméně může být potlačen anebo naopak akcelerován právě výsledky voleb a to především na národní a krajské úrovni, v menší míře pak na úrovni obecní. Zatímco strany z pravé části politického spektra s velkou pravděpodobností budou posun zdravotnictví směrem k soukromému vlastnictví podporovat, levice bude mít tendenci udržovat, resp. posilovat spíše sektor veřejný, což se pochopitelně nemůže neprojevit také na charakteru zdravotnictví jako celku.

Pokud jde o legislativu zdravotnictví v České republice, jedná se o dosti komplikovaný systém vymezený celou řadou zákonů o zdravotních službách, pracovnících ve zdravotnictví, léčivech a zdravotnických prostředcích, zdravotním pojištění, ochraně veřejného zdraví, problematice návykových látek, lázeňství, statistice a ostatním. Ministerstvo zdravotnictví je přitom ústředním orgánem státní správy na úseku zdravotní péče a ochrany veřejného zdraví.

Z dalších relevantních dokumentů nutno zmínit Národní strategii ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí Zdraví 2020, dále Strategii reformy psychiatrické péče a konečně Národní strategii elektronického zdravotnictví, která je – především z pohledu tzv. telemedicíny - částečně zachycená v subkapitole „technologické faktory“.

Hlavním cílem Národní strategie je zlepšit zdravotní stav populace a snižovat výskyt nemocí a předčasných úmrtí, kterým lze předcházet. Strategickým cílem č. 1 pak je zlepšit zdraví obyvatel a snížit nerovnosti v oblasti zdraví. Strategický cíl č. 2 spočívá v posílení role veřejné správy v oblasti zdraví a přizvání všech složek společnosti, sociálních skupin i jednotlivců k řízení a rozhodování.



Strategie pak vytyčuje následující prioritní oblasti:

- Realizovat celoživotní investice do zdraví a prevence nemocí, posilovat roli občanů a vytvářet podmínky pro růst a naplnění jejich zdravotního potenciálu.
- Čelit závažným zdravotním problémům v oblasti neinfekčních i infekčních nemocí a průběžně monitorovat zdravotní stav obyvatel.
- Posilovat zdravotnické systémy zaměřené na lidi, zajistit použitelnost a dostupnost zdravotních služeb z hlediska příjemců, soustředit se na ochranu a podporu zdraví a na prevenci nemocí, rozvíjet kapacity veřejného zdravotnictví, zajistit krizovou připravenost, průběžně monitorovat zdravotní situaci a zajistit vhodnou reakci při mimořádných situacích.
- Podílet se na vytváření podmínek pro rozvoj odolných sociálních skupin, tedy komunit žijících v prostředí, které je příznivé pro jejich zdraví.

Pokud jde o Strategii reformy psychiatrické péče, je jejím globálním cílem zlepšit kvalitu života lidem s duševním onemocněním. Kvalita života úzce souvisí s naplňováním lidských práv duševně nemocných, proto hlavním motivem Strategie je právě důraz na uplatňování, prosazování a naplňování lidských práv duševně nemocných v nejširším možném výkladu.

Velmi užitečným dokumentem je Národní strategie elektronického zdravotnictví České republiky 2016 – 2020, která obsahuje základní strategické cíle jako zvýšení zainteresovanosti občana na péči o vlastní zdraví, zvýšení efektivity zdravotnického systému, zvýšení kvality a dostupnosti zdravotnických služeb a zkvalitnění infrastruktury a správy elektronického zdravotnictví. Tyto cíle jsou platné pro území celé České republiky. Kromě těchto obecných cílů u Moravskoslezského kraje stojí za zmínku také možnost přeshraniční spolupráce a to jak ve vztahu k Polsku, tak také Slovensku. V této souvislosti nutno zohlednit spádovost a stejně tak populační váhu kraje a jeho širšího okolí. První podmínkou k praktické realizaci přeshraniční spolupráce je zachování schengenského režimu pro celý prostor, bude však nutná realizace mnoha dalších opatření a to jak technického, tak i administrativního rázu.

4.1.1 ZÁVAZEK VEŘEJNÉ SLUŽBY

V případě služeb obecného zájmu se nejedná o klasické služby poskytované na trhu, ale o služby, které se vyznačují svým zvláštním charakterem. Tyto služby jsou obvykle zajišťovány státem, krajem či obcemi ve veřejném zájmu (tzn. v zájmu veřejnosti) a specifickým znakem těchto služeb je fakt, že pokud by nebyly finančně podporovány veřejnými subjekty, nebyly by poskytovány na trhu vůbec nebo by byly poskytovány v nižší kvalitě či rozsahu. Opodstatněnost finanční podpory služeb obecného zájmu ze strany veřejných subjektů vychází z tržního selhání v oblasti nabídky těchto služeb.

Služby *obecného hospodářského zájmu* (dále též „SGEI“) jsou podskupinou služeb obecného zájmu. Jejich označení vypovídá o faktu, že mají hospodářskou (resp. ekonomickou) povahu.



Je nutné zdůraznit, že ekonomický rys SGEI se vztahuje na povahu činnosti a nikoli její zájem, resp. cíl. Z toho vyplývá, že i některé služby v sociální oblasti mohou být pojímány jako SGEI. Na služby, které mají ekonomickou povahu, se vztahují soutěžní pravidla a tedy i pravidla veřejné podpory. Služby obecného zájmu jsou mimo jiné poskytovány rovněž v oblasti zdravotní péče a sociálních služeb.

Evropská komise v závěru roku 2011 přijala nové právní předpisy, které regulují poskytování vyrovnávací platby (resp. kompenzace) za výkon služeb obecného hospodářského zájmu. Zásadní je v této souvislosti zejména Rozhodnutí Evropské Komise ze dne 20. 12. 2011 o použití čl. 106 odst. 2 Smlouvy o fungování Evropské unie na státní podporu ve formě vyrovnávací platby za závazek veřejné služby udělené určitým podnikům pověřeným poskytováním služeb obecného hospodářského zájmu (2012/21/EU). Z uvedeného Rozhodnutí mj. vyplývá, že pokud Kraj pověří určitý subjekt poskytováním služeb obecného hospodářského zájmu a pokud tomuto subjektu vzniká ztráta v souvislosti s plněním závazku veřejné služby, může Kraj použít veřejné finanční prostředky na poskytnutí vyrovnávací platby za závazek veřejné služby.

Členské státy (potažmo municipality) mají širokou pravomoc v uvážení, kterou službu budou považovat jako SGEI. Jedinými omezujícími faktory této pravomoci jsou pravidla stanovená unijním právem (v případě harmonizovaných sektorů nemůže být tato pravomoc vykonávána v rozporu s pravidly harmonizace) a kontrola zjevných chyb vykonávaná Evropskou komisí a unijními soudy.

4.2 SOCIOEKONOMICKÉ FAKTORY

Mezi nejdůležitější socioekonomické determinanty řadíme:

- a) míru nezaměstnanosti,
- b) průměrnou hrubou mzdu,
- c) čistý disponibilní důchod,
- d) cizince v MS kraji,
- e) výdaje na zdravotní péči.

MÍRA NEZAMĚSTNANOSTI

Ze srovnání zaměstnanosti v ČR a MSK vyplynulo, že lze pozorovat pozitivní trend klesající míry nezaměstnanosti ve srovnání let 2011 a 2015, jak v ČR, tak v MSK.

Problémem je zvyšující se nezaměstnanost u starších věkových kategorií, které trpí více onemocněními, a tudíž si nebudou moci dovolit rozšířenou lékařskou péči. Stejně tak nárůst



nezaměstnanosti u osob s vyšším vzděláním není pozitivní, jelikož lze očekávat, že lidé s vyšším vzděláním by mohli mít zájem o kvalitnější zdravotní péči, poněvadž si uvědomují její významnost.

PRŮMĚRNÁ HRUBÁ MZDA

Stejně jako v ČR, tak v MSK dochází k růstu průměrné hrubé měsíční mzdy, což je pozitivním trendem.

ČISTÝ DISPONIBILNÍ DŮCHOD

Je významné, že čistý disponibilní důchod domácnosti na 1 obyvatele je v MSK nižší, než je průměr ČR a v průběhu let 2011 – 2015 se tato situace nelepší.

CIZINCI V MSK

V roce 2013 byla poskytnuta zdravotní péče v nemocnicích kraje 3 763 cizincům, což je o 27 % více než v roce 2012, z nichž 2 612 bylo ze zemí EU. Zdravotní péče čerpaná cizinci v kraji představovala pouze 4 % z celkové péče poskytnuté cizincům v České republice.

Nejvíce léčených zahraničních pacientů ze zemí EU pocházelo ze Slovenska (45 %) a Polska (26 %). Mimo země EU bylo ošetřeno 31 % cizinců z celku. Velkou část ošetřených pacientů se státní příslušností mimo EU tvořili také příslušníci Vietnamu (13 %) a Ukrajiny (9 %).

Největší počet cizinců čerpal zdravotní péči v okrese Ostrava (47 %), následuje okres Frýdek-Místek (22 %). Vzhledem k průmyslové lokalitě území se zřejmě jedná hlavně o osoby pracující v uvedených okresech.

Podle věku byla zdravotní péče cizincům nejčastěji poskytována v tzv. produktivním věku 20-59 let, tj. 73 % ze všech věkových skupin.

Celková výše nákladů poskytnutých na zdravotní péči o cizince v kraji dosáhla o 29 % více než v předešlém roce 2012. Nejvýznamnějším způsobem platby (50 %) byla úhrada ze zahraničního pojištění, nárůst proti roku 2012 činil 21 %. Pak následuje platba v hotovosti 28 %. Ze smluvního pojištění v ČR bylo uhrazeno 12 % a státními orgány pouze 1,5 % nákladů. Celkově nejvyšší náklady byly vynaloženy na zdravotní péči o cizince EU, z toho pacienti ze Slovenska 45 %, Polska 29 % a Německa 14 %. Mimo EU to pak byla kategorie „ostatní“ a také cizinci z Vietnamu. V průměru za kraj činily náklady na zdravotní péči o jednoho cizince 10,82 tis. Kč a byly nepatrně vyšší než v minulém roce (10,67 tis. Kč).

Ke konci roku 2013 zůstalo neuhrazeno 3 641 tis. Kč. Pohledávky po lhůtě splatnosti činily 5,4 % celkových nákladů na cizince. Největšími „dlužníky“ po lhůtě splatnosti byli cizinci v kategorii „ostatní“ a dále z ostatních zemí bývalého SSSR. Ze zemí EU nebylo celkem uhrazeno po lhůtě



splatnosti 14 % z celkových neuhrazených nákladů po lhůtě splatnosti, z toho 33 % zaujímali občané Slovenska.

VÝDAJE NA ZDRAVOTNÍ PÉČI

V roce 2016 činily veřejné výdaje, tzn. výdaje veřejných rozpočtů a výdaje systému veřejného zdravotního pojištění 276,2 miliardy Kč. Následující tabulka 16 ukazuje strukturu veřejných výdajů na zdravotnictví v roce 2016.

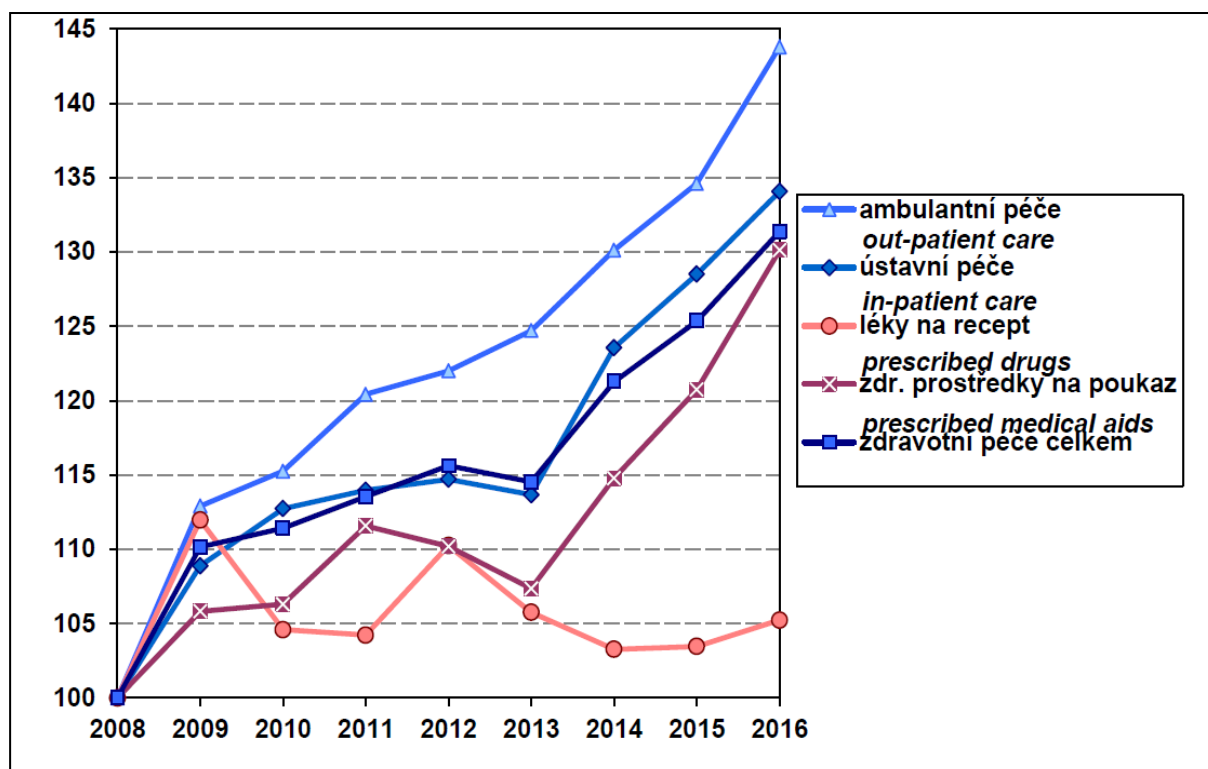
Tabulka 16: Veřejné výdaje na zdravotnictví v ČR v roce 2016 (mil. Kč)

		Rok Year					
		1995	2000	2005	2010	2015	2016
Státní a územní rozpočty	State and territorial budgets	15 076	17 170	21 263	20 781	17 244	17 284
v tom: státní rozpočet	incl.: state budget	7 796	8 319	12 334	10 147	6 844	7 810
územní rozpočty	territorial budgets	7 280	8 851	8 930	10 634	10 400	9 474
Zdravotní pojišťovny	Health insurance corporations	78 233	115 792	170 093	222 500	251 945	258 930
Celkem		93 309	132 962	191 356	243 281	269 189	276 214

Zdroj: ÚZIS

Následující obrázek 14 zobrazuje vývoj nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči dle segmentů.

Obrázek 14: Index nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči dle segmentů (rok 2008 = 100)



Zdroj: ÚZIS

SHRNUTÍ

Ze srovnání zaměstnanosti v ČR a MSK vyplynulo, že lze pozorovat pozitivní trend klesající míry nezaměstnanosti ve srovnání let 2011 a 2015, jak v ČR, tak v MSK. Problémem je zvyšující se nezaměstnanost u starších věkových kategorií. Stejně tak nárůst nezaměstnanosti u osob s vyšším vzděláním není pozitivní.

Přestože stejně jako v ČR, tak v MSK dochází k růstu průměrné hrubé měsíční mzdy, čistý disponibilní důchod domácnosti na 1 obyvatele je v MSK nižší, než je průměr ČR a v průběhu let 2011 – 2015 se tato situace nelepší.

Nejvíce cizinců, kterým je poskytována v MSK zdravotní péče, pochází ze zemí EU, konkrétně ze Slovenska a Polska. Z třetích zemí jsou to Ukrajina a Vietnam. Cizinci vyhledávají ošetření nejčastěji v Ostravě a ve Frýdku – Místku. Celková výše nákladů poskytnutých na zdravotní péči o cizince v kraji je v meziročním srovnání rostoucí.



4.3 TECHNOLOGICKÉ FAKTORY

Je nesporné, že se enormní technologický rozvoj posledních desetiletí velmi významně projevuje právě v oblasti zdravotnictví. Moravskoslezský kraj, který se ze sociálně-zdravotnického hlediska projevuje dosti specificky, by v žádném případě neměl výzvy, změny a transformace v široce pojaté sféře technologických faktorů opomíjet. Racionální využívání zdravotnické techniky se navíc může výrazně projevit v oblasti úspory nákladů. Nutno však mít na paměti potřebu rovnováhy mezi zdravotním stavem obyvatelstva v kraji a ekonomickým hlediskem.

Mezi typická témata, se kterými se v současnosti krajské zdravotnictví stále intenzivněji zabývá a jejichž význam bude v blízké i vzdálenější budoucnosti ještě narůstat, patří tzv. eHealth care, tedy elektronické zdravotnictví a v návaznosti na tuto sféru pak nemocniční informační systémy, které by měly přispět k racionálnější práci s informacemi v oblasti zdravotnictví.

Protože populace ve vyspělých zemích stárne a nejinak je tomu také v Moravskoslezském kraji, jak již bylo uvedeno v demografické části studie, je nutno speciální pozornost věnovat skupině lidí starších 65 let a to především v souvislosti s jejich zvýšenými nároky na zdravotní péči. V této souvislosti možno zmínit tendenci, aby se pacienti léčili, resp. doléčovali v prostředí domova a to za dohledu kvalifikovaných zdravotníků v případech, kdy to je možné. Tento přístup umožňuje překonávat subjektivní, ale i objektivní potíže vyplývající z léčby ve zdravotnických zařízeních a může napomoci uzdravení.

Sledování zdravotního stavu pacienta na dálku pak představuje další zajímavou výzvu, která v určitých případech může napomoci zvýšení komfortu příslušného pacienta. U tohoto přístupu však nutno upozornit na potřebu silné diferenciací v jednotlivých zdravotnických disciplínách.

Dalším momentem, který může přispět ke zlepšení efektivity léčby v Moravskoslezském kraji, pak je personalizovaná farmakoterapie, která zohledňuje specifika jednotlivých pacientů. S ohledem na charakter kraje také nutno věnovat adekvátní pozornost také tzv. zdravotnictví katastrof, protože v kraji existují objektivní rizika environmentálního, dopravního, technického a v narůstající míře též bezpečnostně-politického charakteru, kdy nelze zcela vyloučit například riziko teroristických útoků.

Z Národní strategie elektronického zdravotnictví nutno zmínit především problematiku tzv. telemedicíny. Jak je ve Strategii uvedeno „Současná medicína je komplexní, multioborová a týmová disciplína, vyžadující úzkou specializaci jednotlivých zdravotnických týmů a zároveň jejich těsnou kooperaci. Zajištění sdílení informací a podpora týmové kooperace a koordinace je dosud pouze částečně naplňovanou výzvou pro moderní digitální zdravotnictví. V této oblasti lze očekávat nejvýraznější přínosy elektronizace. Rozšíření běžného rozsahu zdravotních služeb o telemedicínská řešení, která zásadně rozvíjí komunikaci mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem, je cestou ke zvýšení kvality péče, zpřesnění informací o vývoji stavu pacienta a



zvýšení efektivity služeb, např. snížení počtu nezbytných ambulantních návštěv a hospitalizací u chronicky nemocných pacientů.“

PŘÍLOHY

Příloha 1: Pohyb obyvatelstva přirozenou měnou a migrací v okresech MS kraje mezi roky 2001-2016

Bruntál																
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Živě narození	919	957	911	953	976	952	1 064	1 014	1 021	957	867	868	828	944	839	894
Zemřelí	932	950	1 021	971	988	1 006	929	1 016	947	966	1 015	964	1 083	1 015	1 130	1 100
Rozdíl	-13	7	-110	-18	-12	-54	135	-2	74	-9	-148	-96	-255	-71	-291	-206
hmpp (‰)	-0,13	0,07	-1,11	-0,18	-0,12	-0,55	1,38	-0,02	0,76	-0,09	-1,53	-1,00	-2,67	-0,75	-3,09	-2,21
Přistěhovalí	844	857	916	801	888	870	1 010	968	770	827	805	826	890	883	938	1 002
Vystěhovalí	1 142	1 191	1 136	1 154	1 290	1 186	1 170	1 246	1 079	1 082	1 051	1 186	1 336	1 411	1 502	1 434
Rozdíl	-298	-334	-220	-353	-402	-316	-160	-278	-309	-255	-246	-360	-446	-528	-564	-432
hmms (‰)	-2,97	-3,34	-2,21	-3,56	-4,07	-3,21	-1,63	-2,84	-3,16	-2,61	-2,55	-3,74	-4,67	-5,56	-5,99	-4,63
Frýdek-Místek																
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Živě narození	1 835	1 864	1 928	1 951	1 965	2 032	2 246	2 207	2 254	2 302	2 027	2 148	2 034	2 159	2 077	2 157
Zemřelí	2 195	2 178	2 254	2 290	2 144	2 111	2 101	2 175	2 151	2 205	2 252	2 229	2 215	2 136	2 305	2 160
Rozdíl	-360	-314	-326	-339	-179	-79	145	32	103	97	-225	-81	-181	23	-228	-3
hmpp (‰)	-1,72	-1,50	-1,56	-1,62	-0,86	-0,38	0,69	0,15	0,49	0,46	-1,06	-0,38	-0,85	0,11	-1,07	-0,01
Přistěhovalí	1 700	2 111	2 161	1 975	2 118	2 028	2 405	2 306	2 062	2 342	2 583	2 729	2 445	2 536	2 690	2 714
Vystěhovalí	1 624	1 819	1 656	1 697	1 929	1 690	1 766	1 637	1 753	1 821	1 897	2 053	2 175	2 109	2 189	2 343
Rozdíl	76	292	505	278	189	338	639	669	309	521	686	676	270	427	501	371
hmms (‰)	0,36	1,40	2,41	1,33	0,90	1,61	3,04	3,18	1,46	2,46	3,24	3,19	1,27	2,01	2,35	1,74
Karviná																
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Živě narození	2 403	2 449	2 368	2 487	2 439	2 549	2 737	2 805	2 728	2 765	2 375	2 406	2 262	2 347	2 296	2 315
Zemřelí	2 873	2 939	2 943	2 935	2 869	2 837	2 793	2 817	3 028	2 989	2 990	2 953	3 067	2 965	3 033	2 913
Rozdíl	-470	-490	-575	-448	-430	-288	-56	-12	-300	-224	-615	-547	-805	-618	-737	-598
hmpp (‰)	-1,68	-1,75	-2,07	-1,61	-1,55	-1,04	-0,20	-0,04	-1,09	-0,83	-2,33	-2,09	-3,10	-2,40	-2,90	-2,37
Přistěhovalí	1 790	2 514	2 598	2 797	2 355	2 111	2 642	2 218	2 050	2 067	1 939	2 158	1 996	2 262	2 366	2 463
Vystěhovalí	2 765	2 955	2 891	2 786	2 803	2 729	2 943	2 740	3 476	4 568	3 513	3 767	3 770	4 039	4 056	4 013
Rozdíl	-975	-441	-293	11	-448	-618	-301	-522	-1 426	-2 501	-1 574	-1 609	-1 774	-1 777	-1 690	-1 550
hmms (‰)	-3,47	-1,58	-1,05	0,04	-1,62	-2,24	-1,09	-1,90	-5,20	-9,22	-5,96	-6,14	-6,83	-6,91	-6,64	-6,14
Nový Jičín																
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Živě narození	1 466	1 443	1 470	1 480	1 539	1 544	1 714	1 647	1 727	1 683	1 501	1 485	1 507	1 551	1 584	1 569
Zemřelí	1 501	1 491	1 601	1 394	1 559	1 378	1 373	1 499	1 556	1 516	1 506	1 506	1 544	1 504	1 453	1 483
Rozdíl	-35	-48	-131	86	-20	166	341	148	171	167	-5	-21	-37	47	131	86
hmpp (‰)	-0,23	-0,31	-0,86	0,57	-0,13	1,09	2,24	0,97	1,12	1,09	-0,03	-0,14	-2,67	0,31	0,86	0,57
Přistěhovalí	1 130	1 248	1 341	1 244	1 246	1 321	1 443	1 396	1 269	1 306	1 384	1 300	1 465	1 446	1 529	1 611
Vystěhovalí	1 392	1 434	1 412	1 526	1 261	1 365	1 389	1 390	1 383	1 512	1 479	1 541	1 489	1 668	1 622	1 722
Rozdíl	-262	-186	-71	-282	-15	-44	54	6	-114	-206	-95	-241	-24	-222	-93	-111
hmms (‰)	-1,71	-1,22	-0,47	-1,86	-0,10	-0,29	0,36	0,04	-0,75	-1,35	-0,62	-1,58	-4,67	-1,46	-0,61	-0,73
Opava																
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Živě narození	1 574	1 600	1 613	1 711	1 738	1 813	1 950	1 966	1 893	1 788	1 749	1 685	1 750	1 753	1 795	1 822
Zemřelí	1 786	1 803	1 859	1 812	1 775	1 823	1 823	1 875	1 900	1 922	1 834	1 858	1 777	1 867	1 839	1 806
Rozdíl	-212	-203	-246	-101	-37	-10	127	91	-7	-134	-85	-173	-27	-114	-44	16
hmpp (‰)	-1,19	-1,14	-1,39	-0,57	-0,21	-0,06	0,72	0,51	-0,04	-0,76	-0,48	-0,98	-0,85	-0,64	-0,25	0,09
Přistěhovalí	1 227	1 190	1 230	1 231	1 295	1 350	1 532	1 739	1 453	1 739	1 650	1 670	1 629	1 692	1 745	1 688
Vystěhovalí	1 309	1 412	1 231	1 300	1 475	1 369	1 463	1 437	1 526	1 502	1 571	1 591	1 671	1 781	1 766	1 846
Rozdíl	-82	-222	-1	-69	-180	-19	69	302	-73	237	79	79	-42	-89	-21	-158
hmms (‰)	-0,46	-1,25	-0,01	-0,39	-1,02	-0,11	0,39	1,71	-0,41	1,34	0,45	0,45	1,27	-0,50	-0,12	-0,89
Ostrava-město																
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Živě narození	3 095	3 085	3 227	3 201	3 520	3 491	3 662	3 763	3 615	3 604	3 288	3 195	3 222	3 245	3 275	3 295
Zemřelí	3 699	3 705	3 669	3 603	3 656	3 502	3 649	3 592	3 663	3 695	3 787	3 638	3 598	3 630	3 790	3 671
Rozdíl	-604	-620	-442	-402	-136	-11	13	171	-48	-91	-499	-443	-376	-385	-515	-376
hmpp (‰)	-1,76	-1,81	-1,30	-1,19	-0,40	-0,03	0,04	0,51	-0,14	-0,27	-1,51	-1,35	-3,10	-1,18	-1,58	-1,16
Přistěhovalí	3 310	3 775	4 025	3 721	3 645	3 939	5 195	4 522	3 724	3 631	3 660	4 003	4 146	4 436	4 589	4 963
Vystěhovalí	3 855	4 468	4 456	4 737	4 463	4 483	5 594	4 769	4 986	5 386	5 025	5 198	5 219	5 285	5 403	5 434
Rozdíl	-545	-693	-431	-1 016	-818	-544	-399	-247	-1 262	-1 755	-1 365	-1 195	-1 073	-849	-814	-471
hmms (‰)	-1,59	-2,03	-1,27	-3,00	-2,42	-1,61	-1,18	-0,73	-3,75	-5,25	-4,13	-3,63	-6,83	-2,60	-2,50	-1,45

Hmpp – hrubá míra přirozeného přírůstku, hmss – hrubá míra migračního salda

Zdroj: ČSÚ, zpracovatel



Příloha 2: Metodická východiska Projekce obyvatelstva v krajích ČR do roku 2050

„Projekce obyvatelstva v krajích ČR do roku 2050 navazuje na Projekci obyvatelstva České republiky do roku 2100 (dostupná na: <http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/p/4020-13>), vydanou v červenci 2013, resp. na její mírně modifikovanou střední variantu. Stejně jako v celorepublikové Projekci 2013 je prahem Projekce krajů 2013 demografická struktura obyvatelstva daného kraje k 1. 1. 2013 (podle pohlaví a jednotek věku), která navazuje na výsledky Sčítání lidu, domů a bytů 2011. Horizontem projekce krajů je rok 2050, resp. stav 1. 1. 2051. Ve srovnání s Projekcí 2013 pro celou Českou republiku došlo ke zkrácení projektovaného období, nicméně autoři věří, že i tak přináší Projekce krajů 2013 potřebné a dostatečně kvalitní údaje¹.

Na rozdíl od předchozích krajských projekcí byla totiž do zpracování Projekce krajů 2013 zahrnuta také migrace, jejíž vliv na vývoj obyvatelstva není zanedbatelný a jejíž váha s výpočtem regionálních projekcí roste. Přestože vývoj migrace (a v tomto případě jak migrace zahraniční, tak vnitřní) je velmi obtížně předvídatelný, s předpokladem nulové migrace pro celou dobu projekce by se demografický vývoj některých krajů (např. Praha, Středočeský kraj) výrazně lišil. Že zkrácení projektovaného období nebude mít vliv na možnosti využití výsledků projekce, dokládají i výsledky Projekce 2013 za celou Českou republiku, které ukázaly, že k nejvýznamnějším změnám v demografických strukturách dojde ještě během první poloviny tohoto století.

Projekce krajů 2013 byla zpracována komponentní metodou v jednoletém projekčním kroku podle jednotek věku, a to v jedné variantě. Hlavními předpoklady projekce v oblasti přirozené změny jsou mírný růst úrovně plodnosti a pokles intenzity úmrtnosti ve všech krajích ČR. Projekce přitom ve scénáři očekává plynulý vývoj jednotlivých demografických procesů. Není totiž schopna předvídat náhlé působení vnějších vlivů, např. hluboké ekonomické krize, výrazné změny v systému sociálních opatření, epidemie nemocí či živelné děje, které mohou mít z krátkodobého hlediska na populační vývoj výrazný vliv. Projekce zároveň odráží úroveň poznání populačního vývoje v čase sestavení projekce a aktuální situaci v daném regionu, zejména co se týče migračních toků. Projekce tak ukazuje na hypotetický vývoj počtu obyvatel a věkového složení daného kraje, který by byl výsledkem naplnění scénáře vývoje jednotlivých složek populačního vývoje v daném regionu. V tomto smyslu je třeba výsledky projekce chápat a interpretovat.“ Bližší informace k samotné projekci lze nalézt na uvedeném webovém odkazu: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-v-krajich-cr-do-roku-2050-ua08v25hx9>

¹ Vzhledem k rozsahu dat publikace obsahuje základní výsledky za pětileté věkové skupiny. Detailní výstupy za jednotky věku lze získat prostřednictvím oddělení informačních služeb a krajských správ ČSÚ.



Příloha 3: Struktura zdravotnických zařízení včetně detašovaných pracovišť v MS kraji dle druhu zařízení (15. 11. 2017)

Druh zařízení/okres	Bruntál		Frýdek-Místek		Karviná		Nový Jičín		Opava		Ostrava-město		MSK	
		det.		det.		det.		det.		det.		det.		det.
Dětský domov pro děti do 3 let	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	4	0
Dětský stacionář	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1	3	1
Domácí zdravotní péče	5	2	15	2	10	1	19	3	5	0	19	2	73	10
Fakultní nemocnice	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2
Hemodialyzační středisko	1	0	1	0	2	0	2	1	0	0	1	0	7	1
Hospic	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0
Krajská hygienická stanice	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	5
Lázeňská léčebna	1	2	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	3	3
Léčebna pro dlouhodobě nemocné (LDN)	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	4	1
Léčebna tuberkul.a respir.nemocí (TRN)	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Lékárna	20	2	47	4	62	0	31	1	35	5	96	2	291	14
Nemocnice	2	3	4	7	5	19	3	6	1	2	2	6	17	43
Nemocnice následné péče	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Oční optika	2	3	5	4	6	4	3	0	6	1	7	11	29	23
Ostatní ambulantní zařízení	0	0	2	0	1	0	1	1	1	0	6	7	11	8
Ostatní dětské odborné léčebné ústavy	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Ostatní odborné léčebné ústavy	0	0	1	7	1	0	0	0	0	0	1	0	3	7
Přeprava pacientů neodkladné péče	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Psychiatrická léčebna	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	2
Psychoterapeutický stacionář	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	3	0
Rehabilitační ústav	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
Sam.ord.prakt.lékaře pro děti a dorost	19	12	40	16	50	4	25	9	28	8	55	10	217	59
Samostatná ordinace prakt.lék.pro dospělé	37	15	91	19	105	14	67	18	77	32	157	19	534	117
Samostat.zař.nelék. - návš.slуж.sestry	0	0	3	1	2	1	0	0	1	1	1	0	7	3
Samostatná odborná laboratoř	0	0	1	3	1	3	1	9	1	2	8	12	12	29
Samostatná ordinace lékaře specialisty	60	28	132	34	138	47	84	42	107	39	337	73	858	263
Samostatná ordinace PL - gynekologa	13	7	17	10	31	8	17	0	20	16	50	9	148	50
Samostatná ordinace PL - stomatologa	36	2	107	9	121	4	71	2	86	9	220	8	641	34



Samostatná stomatologická laboratoř	8	0	31	2	31	5	24	0	19	1	57	7	170	15
Samostatná transfuzní stanice	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Samostatné zařízení fyzioterapeuta	13	2	27	2	6	1	20	7	15	1	42	3	123	16
Samostatné zařízení logopeda	3	5	6	15	12	6	8	2	6	6	9	9	44	43
Samostatné zařízení nelékaře - jiné	2	0	4	0	2	0	0	0	6	0	11	0	25	0
Samostatné zařízení psychologa	5	2	12	2	12	1	7	0	8	1	27	1	71	7
Sdružené ambulantní zařízení - malé	0	0	3	4	1	2	0	0	1	4	5	0	10	10
Sdružené ambulantní zařízení - velké	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	5	3	5	6
Sdružení lékáren	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Sdružení zdravotnických zařízení	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Stacionář	0	0	4	0	2	1	2	2	1	1	3	1	12	5
Výdejna zdravotnických prostředků	0	0	1	1	2	1	3	0	3	1	12	2	21	5
Záchytná stanice	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	4	0
Zařízení závodní preventivní péče	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0
Zdravotní péče v ústavech sociální p.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Zdravotní ústav	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	1	1	4
Zdravotnická dopravní služba	5	0	1	0	1	1	1	2	5	1	5	0	18	4
Zdravotnická záchranná služba	0	5	0	5	0	5	0	8	0	5	1	4	1	32
Zdravotnické středisko	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	3	0	5	5
Celkem	237	95	562	149	612	135	390	116	439	142	1151	192	3391	829
Celkem nedetaš. a detaš.	332	711	747	506	581	1 343	4 220							

Zdroj: Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb, zpracovatel