národní
úložiště
šedé
literatury

Statistika & My (č. 5/2012)

Český statistický úřad
2012

Dostupný z http://www.nusl.cz/ntk/nusl-203053

Dílo je chráněno podle autorského zákona č. 121/2000 Sb.

Tento dokument byl stažen z Národního úložiště šedé literatury (NUŠL).

Datum stažení: 06.08.2024

Další dokumenty můžete najít prostřednictvím vyhledávacího rozhraní nusl.cz .

STATISTIKA & MY

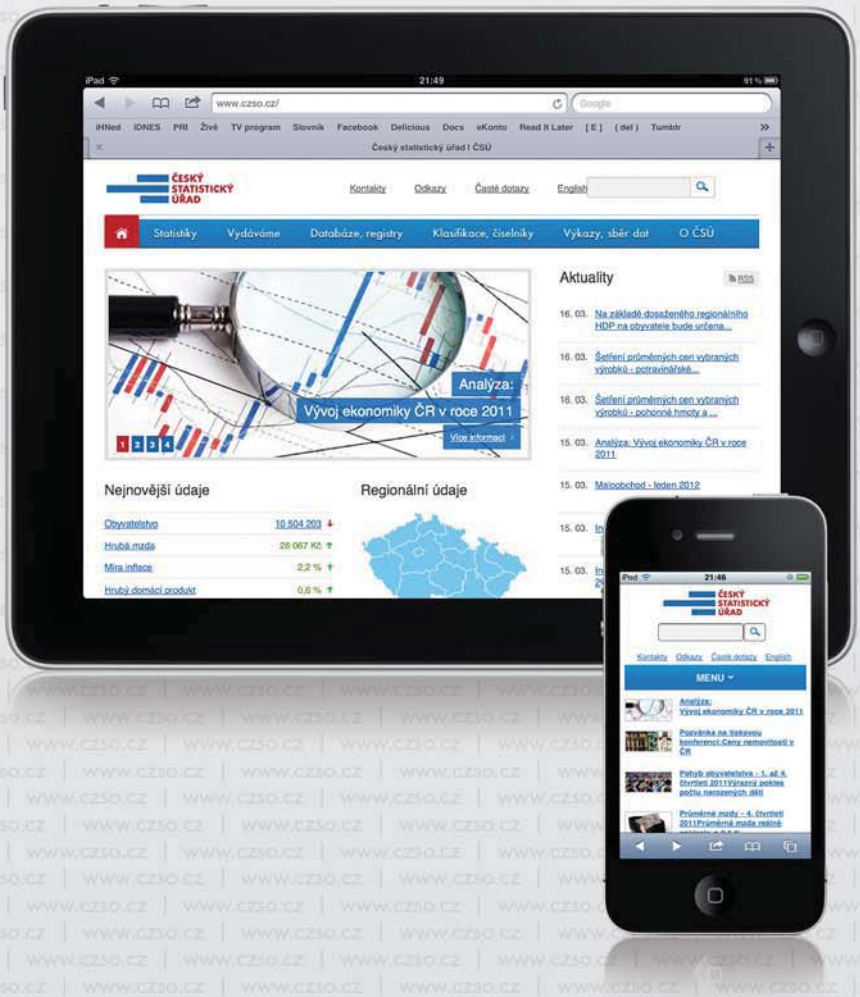
07 Rozhovor s Bedřichem Moldanem o datech a životním prostředí
10 **Téma: Zdravotnictví**
14 Věk členů domácností má vliv na jejich vydání za zdraví
26 Co stojí za vznikem nádorů?
30 Každý pátý v produktivním věku trpí dlouhodobými zdravotními problémy
36 Analýza: Českým potravinovým exportům dominují trhy Evropské unie

číslo 05
rok 2012
ročník 02
web czso.cz

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD

ISSN 1804-7149

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD



WWW.CZSO.CZ

NA TABLETU I V MOBILU

Obsah

05 V ČSÚ se znovu sešla Česká statistická rada
06 Zaměstnání mu bylo koníčkem
07 Spolupráce ČSÚ a ČNB
08 Bez solidní datové základny je výzkum nemyslitelný
09 Věděli jste, že v EU27…
10 Výdaje zdravotních pojišťoven od roku 2000 poklesly
13 Financování rezortu je klíčové
14 Věk členů domácností má vliv na jejich vydání za zdraví
16 Od 60. let se sledují data o léčbě uživatelů drog
18 Zájem o psychiatrickou péči po roce 1989 rostl
20 Jak hodnotíme své zdraví?
21 Máme se bát registrů ve zdravotnictví?
22 Sonda do českého zdravotnictví
24 Statistika zemřelých podle příčin smrti se změnila
26 Co stojí za vznikem nádorů?
28 V Praze se příliš nestoná
29 Čísla o zdravotně postižených
30 Každý pátý trpí dlouhodobými zdravotními problémy
32 Základ pro nový styl využívání dat registrů NZIS je už na světě
33 Děti a senioři nejsou našemu úřadu lhostejní
34 Registr osob? Všem ulehčí!
36 Českým potravinovým exportům dominují trhy EU
38 Vypili jsme méně mléka, snědli více sýrů
40 Kalendář ČSÚ
41 Nákupní košík
42 Výběr výstupů ČSÚ v květnu 2012

Vážené čtenářky, vážení čtenáři,

bez lékařské péče si dnes nikdo neumí svůj život ani představit. Kolik utrácíme za své zdraví a jak jsme na tom v porovnání se světem? Jakými chorobami nejvíce trpíme a která skupina obyvatel je na tom zdravotně nejhůře? Jaký dopad má na nás znečištěné životní prostředí? Odpovědi na tyto a další otázky vám částečně přinášejí Bedřich Moldan, exministr životního prostředí, a odborníci z Českého statistického úřadu, Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky a další.

Vladimíra Kalnická srovnává české zdravotnictví s vybranými zeměmi OECD. Na rozdíl od jiných států je u nás zdravotní péče hrazena převážně z veřejného zdravotního pojištění. Jiří Holub popisuje historii sběru zdravotnických dat od 50. let minulého století. Pavel Širmer dokládá na výsledcích z výběrového šetření statisticky rodinných účtů v letech 2006–2011, že na svém zdraví „škudlíme". Blanka Nechanská popisuje vývoj v oblasti léčby závislosti na drogách. Ve svém dalším příspěvku dokazuje, jak v dlouhodobém vývoji roste počet osob, které vyhledaly pomoc psychiatra. Fares Shima, ředitel odboru informatiky na Ministerstvu zdravotnictví ČR, vysvětluje, jaké výhody budou mít registry ve zdravotnictví. Jitka Řezníčková porovnáním radiometrických map ze tří zdrojů poukazuje na možné příčiny vzniku nádorových onemocnění. Že každý pátý obyvatel České republiky v produktivním věku trpí dlouhodobými zdravotními problémy, dokládá tým autorů z oddělení pracovních sil, migrace a rovných příležitostí z ČSÚ, kteří na toto téma právě zveřejnili rozsáhlou analýzu.

Na naše zdraví má vliv i to, co jíme. Proto jsme téma zdravotnictví doplnili o dva další články. Autorkou analýzy „Českým potravinovým exportům dominují trhy Evropské unie" je Drahomíra Dubská. Zdeněk Kobes vyčísluje údaje, jaká byla spotřeba potravin v roce 2010.

Přeji vám krásné májové dny a hlavně – stonejte co nejméně.

Alena Géblová | editorka a výkonná redaktorka

STATISTIKA & MY | Měsíčník Českého statistického úřadu | 05 / 2012 | Ročník 2
Adresa redakce: Český statistický úřad, Na padesátém 81, 100 82 Praha 10, **telefon:** 274 054 248, **e-mail:** redakce@czso.cz | www.czso.cz
Redakční rada: Ing. Josef Vlášek (předseda), Bc. Michal Novotný (výkonný místopředseda), Mgr. Bohumila Beranová, Ing. Drahomíra Dubská, CSc., Mgr. et Mgr. Alena Géblová, Mgr. Helena Koláčková, RNDr. Tomáš Mládek, Helena Pexová, doc. Ing. Iva Ritschelová, CSc., Ing. Marek Rojíček, Ph.D., Egor Sidorov, Ph.D., Jana Slavníková, Ing. Jan Srb, Ing. Hana Šlégrová, Ing. Veronika Tichá, Ing. Pavla Trendová | **Editorka a výkonná redaktorka:** Alena Géblová | **Korektorka:** Jana Šiková | **Grafická úprava:** Tomáš Kubašta | **Grafický návrh:** Ondřej Pazdera | **Fotografie:** archiv Ivy Novotné, Martin Bílek, Michal Novotný, Jiří Růžička, shutterstock.com | **Tisk:** Jiří Bartoš – Slon, spol. s r. o.
Vydavatel: Český statistický úřad | ISSN 1804-7149 | ev. č. MK ČR E 19925

Glosář

Zdraví není samozřejmost

Vyjádření kvalitativně složitých jevů pomocí číselných dat je a vždy zůstane – navzdory své náročnosti – ne zcela výstižné a věrohodné. Jednou z takových oblastí, zahrnujících jak sociální, tak i přírodní procesy, je zdravotnictví. V posledních desetiletích prochází velmi dynamickým vývojem. Je to dáno na straně jedné velmi rychlým růstem poptávky po zdravotnických službách (stárnutí obyvatelstva, civilizační tlaky na naši psychiku, růst užívání návykových látek atd.) a snahou po optimálním uspořádání stále náročnějšího systému zdravotní péče projevující se v častých organizačních a legislativních změnách. Nehledě na zmíněné obtíže se státní statistice podařilo završit konkrétní zjišťování naturálních údajů komplexním vyjádřením rozsahu poptávky a nabídky zdravotní péče ve formě tzv. zdravotnických účtů, které jsou mimo jiné mezinárodně porovnatelné. K vyjádření růstu naléhavosti zdravotnické problematiky z nich předkládám pouze dva údaje: průměrná roční dynamika celkových výdajů na zdravotnictví v letech 2000–2010 (v běžných cenách) přesáhla 6,8 %, zatímco v případě HDP jen 5,2 %.

Jaroslav Novák

Data bez hranic

V Lucemburku se koncem března konalo první evropské fórum o přístupu k datům. Uskutečnilo se jako jedna z akcí projektu Data without Boundaries, jehož hlavním cílem je podpora rovného a snadného přístupu evropské vědecké a výzkumné obce k oficiálním mikrodatům. Na řadě příkladů byly ilustrovány těžkosti vědců, když se chtějí dostat k datům, která potřebují pro své výzkumy. Jedním z hlavních problémů je nedostatek informací – o existujících datech, o podmínkách jejich dostupnosti, ale také o jejich kvalitě, struktuře a popisech. Důležitým výstupem fóra jsou také nové kontakty, které byly navázány mezi třemi hlavními hráči – národními statistickými úřady, datovými archivy a akademickou obcí.

Výstava v ČSÚ: Voda = život

Dne 11. dubna se v budově ČSÚ v Praze uskutečnila vernisáž k výstavě Voda z projektu Trvale udržitelný rozvoj, proč? Tento vzdělávací projekt je jedním z programů nadace GoodPlanet, jejímž zakladatelem a současným předsedou je Yann Arthus-Bertrand světově uznávaný fotograf, filmový režisér a velvyslanec dobré vůle pro program životního prostředí při OSN. Výstavu uvedli Iva Ritschelová, předsedkyně ČSÚ, a Bedřich Moldan, ředitel Centra pro otázky životního prostředí. Vystavené fotografie byly zapůjčeny z Francouzského institutu v Praze. Fotografie si můžete prohlédnout ve veřejně přístupných prostorách ČSÚ v Praze na Skalce do konce května 2012.

Statistiky v mobilu

Na webové stránky úřadu se uživatelé čím dál častěji dívají z mobilních telefonů či tabletů. Jen za poslední měsíc ČSÚ zaznamenal více než 2 tis. návštěvníků z mobilních zařízení. Od března jsou stránky úřadu optimalizovány i pro tato mobilní zařízení. Fungují na všech platformách (iOS, Android, Windows, atd.). Nejedná se o speciální aplikaci, a proto není potřeba dalších instalací. Stačí přejít na ***www.czso.cz***. Nejčastějším mobilním zařízením, přes které uživatelé náš web prohlížejí, je iPad od Apple.

Mobilní zařízení (operační systémy) na *www.czso.cz*

Operační systém	Návštěvy
Android	873
iOS (iPad)	667
iOS (iPhone)	448
SymbianOS	149
BlackBerry	44
Ostatní	32

Zdroj: Google Analytics, únor 2012

Jednání ve Vídni

Dne 30. března se předsedkyně ČSÚ Iva Ritschelová zúčastnila zasedání skupiny vrcholných představitelů statistických úřadů v rámci EU Partnership Group (PG) ve Vídni. Jednání bylo zaměřeno mj. na problematiku Intrastatu, statistické důvěrnosti a cenové statistiky. Na zasedání PG navázala jednání společné skupiny zástupců Evropského statistického systému a Evropského systému centrálních bank zaměřená zejména na organizačním zajištění další vzájemné spolupráce.

Měny byly v kurzu

V rámci pravidelného cyklu přednášek Statistika statistikům zavítala do ČSÚ v pátek 13. dubna Jaroslava Durčáková z Fakulty financí a úvěru z Vysoké školy ekonomické v Praze. Její přednáška s názvem Systémy měnových kurzů a ekonomické důsledky jejich volby ve vybraných tranzitivních ekonomikách před finanční krizí statistiky zaujala. Po vystoupení bývalou rektorku VŠE přijala předsedkyně ČSÚ Iva Ritschelová.

Druhé kolo Miniscítání

Po velkém úspěchu Miniscítání, které na podzim roku 2010 předcházelo SLDB 2011, se ČSÚ rozhodl akci zopakovat. Otázky budou jiné, avšak princip stejný: žáci druhého stupně základních škol a studenti nižších ročníků víceletých gymnázií vyplní na ***www.miniscitani.cz*** on-line dotazník. Jejich odpovědi se okamžitě promítnou do interaktivních grafů. S výsledky budou moci pracovat jak děti, tak učitelé. Smyslem Miniscítání je zvyšovat statistickou gramotnost mládeže.

V ČSÚ se znovu sešla Česká statistická rada

Dne 23. března 2012 se na ČSÚ konalo **41. zasedání České statistické rady**. Rozsáhlý program jednání zahrnoval např. informace o výsledcích III. etapy organizačních změn na úřadě, snižování administrativní zátěže respondentů či problematiku řešení projektu základních registrů. Nejživější diskuse se však odehrála u bodu o rozpočtu ČSÚ a jeho střednědobém výhledu.

V úvodu informovala předsedkyně ČSÚ Iva Ritschelová, že během posledních let dochází k významným změnám v oblasti odborné statistiky. Postupně je redukován počet statistických zjišťování a stále intenzivněji jsou využívány administrativní zdroje dat. Prostor pro další redukci zjišťování je však velmi omezený, jelikož asi 90 % z nich je realizováno v návaznosti na právní akty Evropské unie.

Paralelně s tím i v oblasti hospodaření ČSÚ byla realizována řada významných úsporných opatření jako např. organizační změny, výběrová řízení v oblasti telekomunikací, ukončení leasingu automobilů či přehodnocení nájemních smluv. Pro rok 2012 jsou připravována další opatření v oblasti nájemních vztahů a úspor energie v regionech. Předsedkyně ČSÚ zdůraznila, že předpokládaný pokles prostředků úřadu podle střednědobého výhledu Ministerstva financí ČR není pro úřad reálný.

Možnou cestou zvýšení efektivity výkonu státní statistické služby, která však přesahuje interní možnosti ČSÚ, je částečně převedení statistických zjišťování resortních pracovišť do působnosti úřadu. Jedná se především o ta zjišťování, jejichž integrace do systému zjišťování ČSÚ přinese snížení administrativní zátěže, posílí roli ČSÚ jako jediného subjektu realizujícího statistická šetření a umožní optimalizaci a snížení celkových výdajů státního rozpočtu na zajištění státní statistické služby.

Nároky stoupají

Obdobná situace panuje i na Slovensku. Ľudmila Benkovičová, předsedkyně Statistického úřadu Slovenské republiky, sdělila, že již v letošním roce existuje deficit pro realizaci statistických zjišťování ve výši 1,5 mil. eur. Celkem 94 % zjišťování na Slovensku je spojeno s evropskými předpisy a redukce proměnných, modulů či zjišťování je velmi problematická. Nároky na nová zjišťování neustále stoupají, avšak bez příslušného finančního krytí.

Mezi další problémy patří i skutečnost, že se na statistické úřady nahlíží především jako na orgány státní správy, nikoliv jako na znalostní instituce, bez jejichž výstupů není možné realizovat procesy ekonomického a politického rozhodování.

> *Na statistické úřady se nahlíží především jako na orgány státní správy, nikoliv jako na znalostní instituce, bez jejichž výstupů není možné realizovat procesy ekonomického a politického rozhodování.*

V těchto podmínkách se Statistický úřad Slovenské republiky v poslední době, stejně jako ČSÚ, snaží dostat do vládního programu veřejný politický závazek (tzv. Commitment on Confidence in Statistics), což by posloužilo jako další argument pro obhajobu nezávislosti státní statistické služby.

Edvard Outrata, emeritní předseda ČSÚ, upozornil, že když v roce 1993 kanadská vláda výrazně redukovala státní rozpočet, byl rozpočet statistiky dokonce navýšen. Předpokládalo se totiž, že politická rozhodnutí by měla být přijímána především na základě objektivních statistických dat.

Hrozba snížení kvality dat

Na úrovni Evropské poradní komise pro dohled nad statistikou (ESGAB), jejímž členem byl Edvard Outrata znovu jmenován v lednu letošního roku, je vidět, že podobné problémy mají všechny země a existuje nebezpečí snížení kvality dat na území Evropské unie. Jedná se o jednu z příčin, proč je v letošním dotazníku, který ESGAB v březnu rozeslal statistickým úřadům, věnována zvláštní pozornost právě otázkám kvality. Dále Edvard Outrata sdělil, že významnou část zbytečných výdajů způsobuje špatná komunikace mezi rezorty v rámci sdílení registrů a předávání dat a je třeba na danou skutečnost aktivně upozorňovat.

Marie Bohatá, zastupující generální ředitelka Eurostatu, informovala, že i na úrovni Eurostatu dochází k úsporným opatřením. V současnosti si všichni uvědomují důležitost statistiky, proto má daná problematika významnou podporu v Evropském parlamentu.

V rámci novelizace Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 223/2009 o evropské statistice se zdůrazňuje úloha administrativních zdrojů dat a možnost statistiky ovlivňovat podobu těchto zdrojů. Současně aktivně probíhá debata o tzv. negativních prioritách.

Na závěr Marie Bohatá také upozornila, že je nejvyšší čas, aby bylo dosaženo konsensu ohledně definice, co je přiměřená kvalita statistických dat. V případě řady statistik je totiž zcela zřejmé, že by byla dostačující pouze indikativní data odhalující trendy bez nutnosti rozsáhlých a náročných statistických zjišťování.

Egor Sidorov
kancelář předsedkyně

Zaměstnání mu bylo koníčkem

Ráno 1. března 2012 nás zcela nečekaně zasáhla smutná zpráva. Náhle zemřel **Václav Ježdík**, dlouholetý a významný člen naší statistické rodiny, náš dobrý přítel a kamarád. Naplněni smutkem jsme se s ním rozloučili v dojímavém a hudebně romanticky laděném obřadu v Hlinsku 9. března 2012.

Jak šel život

Václav Ježdík nastoupil v roce 1969 na Český statistický úřad do Prahy a stal se vedoucím oddělení oblastních analýz. Rád a velmi fundovaně psal a publikoval v časopise Statistika i v denním tisku. Jeho chuť stále se učit a zdokonalovat se byla neuvěřitelná. Jako příklad uveďme jeho znalosti cizích jazyků – angličtiny, ruštiny, francouzštiny a němčiny. Zpracovával výzkumné práce v oblasti regionální statistiky. Řídil výzkumné týmy složené z předních statistiků a externích odborníků.

V letech 1975–1980 byl pověřen zastupováním statistického úřadu v mezinárodním kolektivu v rámci zemí RVHP v Moskvě. Následně pak v období let 1981–1990 pracoval ve funkci ředitele odboru souborných analýz a publikací Federálního statistického úřadu. Později byl pověřen vedením Federálního statistického úřadu a o pár měsíců později jmenován do funkce náměstka předsedy Českého statistického úřadu. Řídil činnost krajských a okresních pracovišť ČSÚ a spoluvytvářel regionální statistiku.

Po rozdělení federace v roce 1993 zastával v ČSÚ funkci vrchního ředitele. Bylo to období, kdy bylo nutné řešit vazbu národní regionální statistiky na regionální statistiku v rámci Evropské unie. V této souvislosti se účastnil mnoha mezinárodních jednání. Byl i členem Národního řídícího a monitorovacího výboru pro regionální rozvoj. V roce 2000 odešel do důchodu. Ale i po odchodu do penze se věnoval statistice, publikoval, podílel se na vypracovávání evropských projektů a zároveň působil jako poradce předsedů Českého statistického úřadu.

Ing. Václav Ježdík
*25. 11. 1932, † 1. 3. 2012

Životní krédo

Životní principy Vaška jde shrnout následovně: Je důležité mít práci, kterou je třeba dělat poctivě. Mít dobrou rodinu a pár přátel, kteří jsou hodni toho jména. Mít střechu nad hlavou, zajímavé knížky kolem sebe, trochu jídla a dobrého pití a také špetku toho humoru. A když navíc sem tam pomůžeš lidem a snažíš se nikomu neublížit, tak můžeš chodit spát s čistým svědomím.
Vašku, chybíš nám!

Miloš Čadek
Iva Ritschelová

Muž, který miloval Sókrata

Jen velmi nerad a s velkým zármutkem se smiřuji s faktem, že nás navždy opustil pan Václav Ježdík.

Byl výraznou osobností v našich řadách statistiků a svojí prací se výrazně přičinil o utváření dobrého jména československé statistiky u široké veřejnosti doma i v zahraničí.

Svým hlubokým smyslem pro analytickou práci mnohdy působil jako vizionář, což se v řadě případů potvrdilo. Jsem přesvědčen, že i v budoucnu dojde k realizaci některých jeho dalších záměrů, ať se jedná o uplatnění GISu či gridů v naší každodenní práci.

V novodobé historii našeho úřadu zastával řadu významných funkcí. Namátkou mohu vzpomenout například jeho pověření vedením FSÚ při rozluce na stávající Český statistický úřad a Slovenský statistický úřad či pozici náměstka předsedy ČSÚ pověřeného řízením krajských správ ČSÚ a vedením regionální statistiky. V neposlední řadě musím vzpomenout i jeho významný podíl na řízení úřadu v období, kdy zastával místo poradce předsedy ČSÚ pana Fischera či současné předsedkyně paní Ritschelové.

Velmi aktivně se podílel i na řadě projektů zpracovávaných pro různé centrální orgány České republiky, zejména pak spolupracoval s Ministerstvem pro místní rozvoj ČR, Ministerstvem průmyslu a obchodu ČR, Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR a Ministerstvem kultury ČR. Aktivně se zapojil i do práce v akademickém prostředí. Měl velký přínos zejména pro Univerzitu Pardubice, kde zúročil své hluboké metodické znalosti a již zmiňované analytické myšlení. Díky tomu se stal velmi uznávanou osobností v odborných kruzích.

Pan Václav Ježdík vždy vynikal nad ostatními svým pracovním nasazením, byl velmi náročný k sobě i svému okolí. Formoval myšlení lidí, kteří mu chtěli naslouchat. Obdivoval jsem jeho osobitý humor, pro který byl často řadou lidí vyhledáván. Měl rád život v rozumných mantinelech, obdivoval Sókrata, kterého často připomínal zejména díky jeho myšlenkám týkajícím se přiměřenosti, která tolik schází naší dnešní civilizaci, jež si libuje ne zřídka v extrémech.

Jsem velmi vděčný, že jsem měl možnost s ním spolupracovat. Byl mi více než šéfem a kolegou, ale hlavně přítelem, který měl vždy pro každého vlídné slovo, když jej druzí potřebovali.

Děkuji Ti za vše, budu na Tebe navždy s úctou a rád vzpomínat.

Miloslav Chlad

Spolupráce ČSÚ a ČNB

Český statistický úřad a Česká národní banka jsou dvě nezávislé instituce, které jsou pevně ukotveny v právním řádu České republiky. Přestože hlavním cílem banky je udržování měnové stability, mezi její důležité úkoly patří také sestavování statistiky za vybrané oblasti.

Česká národní banka (ČNB) je významným uživatelem statistických údajů, a to jak svých vlastních, tak i sestavovaných Českým statistickým úřadem. Mezi obě instituce je rozdělena gesce za systém makroekonomických statistik. ČSÚ zodpovídá a sestavuje převážnou část národních účtů a ČNB je zase zodpovědná za statistiku platební bilance a čtvrtletní finanční účty. Samostatnou kapitolu tvoří měnová statistika, která je ve výhradní gesci ČNB. V souvislosti s nadcházející revizí standardu platební bilance a národních účtů narůstá trend k ještě vyšší intenzitě spolupráce v oblasti statistické metodiky.

Spravedlivé střídání

Spolupráce obou institucí probíhá jak na pracovní úrovni formou vzájemné výměny dat a metodických konzultací, tak i na úrovni ředitelů a vedení obou institucí. Výroční jednání na vrcholné úrovni se konají každoročně v květnu nebo červnu a v pořadatelství se obě instituce pravidelně střídají. Cílem pravidelného setkání je zejména vyhodnotit spolupráci v uplynulém roce, která se odehrává prostřednictvím řady pracovních jednání a standardní výměny informací a datových zdrojů. Mezi hlavní témata patřila loni a bude patřit i letos revize platební bilance a národních účtů a příprava implementace nových manuálů k těmto statistikám v roce 2014, slaďování čtvrtletních a ročních finančních a nefinančních účtů, vládní statistika a ceny nemovitostí.

Odstraňování duplicit

Spolupráce obou institucí byla v loňském roce rovněž významně posílena podepsáním dohody o předávání individuálních dat za sektor finančních institucí, která umožnila významné snížení duplicit ve statistickém zjišťování a větší konsistenci údajů publikovaných oběma institucemi.

Zástupci ČSÚ a ČNB se spolu setkávají nejen na domácích jednáních, ale také na mezinárodní úrovni. Jsou také členy tzv. Výboru k měnové a finanční statistice a platební bilanci (známý pod zkratkou CMFB), který řeší koordinaci statistických programů Evropského statistického systému a Evropského systému centrálních bank. Vyjadřuje se také k řadě metodických problémů týkajících se makroekonomických statistik. Na expertní úrovni jsou obě instituce zastoupeny také v pracovních skupinách k platební bilanci a k finančním účtům.

Z dosavadních zkušeností vychází najevo, že obě instituce mají řadu společných zájmů. Ukazuje se proto jako smysluplné hledat vzájemnou podporu při jejich prosazování. V neposlední řadě spolupráce funguje dobře také na personální úrovni, což je pro dlouhodobou spolupráci nezbytné.

Marek Rojíček
sekce makroekonomických statistik

Turky zajímají naše průzkumy

Dne 4. dubna navštívil Český statistický úřad pracovník Státní banky Turecka **Aytac Erdogan**.

Turecký specialista navštívil oddělení konjunkturálních průzkumů, kde se zajímal o harmonizaci otázek v průzkumu ve službách a zvláště o to, jak respondenti rozumí znění otázek. Vzhledem k právě probíhající hospodářské krizi diskutovaly obě strany o zvýšené poptávce všech druhů uživatelů statistik po včasných a mezinárodně srovnatelných datech o vývoji hospodářství.

Marie Hörmannová, Jiří Obst a **Aytac Erdogan** (vpravo).

Konjunkturální a spotřebitelské průzkumy mají pro sledování hospodářského vývoje v Evropské unii velký význam, proto jsou harmonizovány. Slouží k výměně názorů mezi jednotlivými národními úřady a institucemi, které průzkumy provádějí.

Na jednání se také hovořilo o vývoji průzkumů na úrovni OECD, kde je míra harmonizace konjunkturálních průzkumů o poznání nižší. Srovnatelné kvalitativní průzkumy se však úspěšně provádějí v Turecku, Spojených státech, Austrálii, Švýcarsku, Japonsku i v dalších zemích. Jejich cílem je včasné zachycení současného hospodářského vývoje a bodů obratu.

Všichni účastníci setkání se shodli na tom, že zejména v době turbulentních změn se tyto průzkumy osvědčily jako včasný a flexibilní nástroj ke sledování ekonomického cyklu.

Marie Hörmannová
oddělení konjunkturálních průzkumů

Bez solidní datové základny je výzkum nemyslitelný

říká **Bedřich Moldan**, první český ministr životního prostředí po listopadu 1989, senátor, přírodovědec a člen České statistické rady.

Řadu let jste ředitelem Centra pro otázky životního prostředí Univerzity Karlovy v Praze. Jak byste formuloval jeho poslání a jaká je jeho spolupráce s Českým statistickým úřadem?

Centrum bylo po schválení Akademickým senátem zřízeno organizačním opatřením rektora Univerzity Karlovy v roce 1992, letos tedy slavíme 20. výročí. Z původní malé skupiny pěti pracovníků se v centru postupně vytvořil podstatně rozsáhlejší kolektiv. Klademe důraz na dva základní směry. Především je to vědecká práce, kterou rozvíjíme zejména s podporou grantů z národních, ale především mezinárodních zdrojů, jako jsou Rámcové programy Evropské unie. Druhým směrem je účast na univerzitní výuce přednáškami, vedením diplomních prací a doktorských studentů. Vždy jsme se opírali o spolupráci s akademickou obcí nejen na naší univerzitě, ale i v rámci republiky i celé Evropy, a od počátku se zabýváme tématy úzce souvisejícími s veřejnou politikou na národní i mezinárodní úrovni. V poslední době jsme například vydali již třetí Situační zprávu ke strategii udržitelného rozvoje České republiky. Tato zpráva je založena na 45 indikátorech, které by měly ukázat, do jaké míry se rozvoj v naší zemi blíží ideálu udržitelnosti. Výzkum indikátorů je jedním z hlavních směrů naší práce vůbec, zabýváme se jím od samého počátku naší existence, a protože se zde opíráme především o statistická data, je nasnadě, že rovněž od samého počátku velmi úzce a v mnoha směrech spolupracujeme s Českým statistickým úřadem.

Bedřich Moldan tvrdí, že se od roku 1992 vážně zhoršila světová environmentální situace.

Aktivně jste se zúčastnil světového summitu v Rio de Janeiro v roce 1992. Letos budete v delegaci pro Rio + 20. Myslíte si, že závěry, které byly před 20 lety přijaty, byly skutečně naplněny? A pokud ne, tak proč?

Konference Spojených národů o životním prostředí a rozvoji, známý Summit Země, který se konal před dvaceti lety v Riu de Janeiro, byla událost výjimečná a neopakovatelná. Jeho přípravě byla věnována mimořádná pozornost, trvala víc než tři roky. Výsledkem byla mohutná tisícistránková Agenda 21, která měla podat detailní návod, jak nasměrovat další světový vývoj udržitelným směrem. Světová atmosféra byla plná nadšení a očekávání příznivého vývoje po všech stránkách, zejména po pádu železné opony a rozpadu Sovětského svazu. Všichni doufali, že zásadní otázky jsou vyřešeny a „duch Ria" přinese harmonii ochrany životního prostředí a rozvoje. Studenou sprchu však přineslo nenápadné „Zvláštní zasedání Valného shromáždění OSN" již v červnu 1997: „Stav životního prostředí se nadále zhoršil a významné environmentální problémy jsou součástí socio-ekonomické struktury zemí ve všech regionech." Různá technická opatření, zákony na ochranu prostředí, summity ani mezinárodní úmluvy až na výjimky žádný zásadní zlom nepřinesly. Základní ekonomický indikátor HDP se od roku 1992 zvýšil v celosvětovém měřítku o 75 %, zároveň se však vážně zhoršila

světová environmentální situace. Již dnes jsou jasně patrné ničivé důsledky zrychlující se změny klimatu, hrozí nedostatek sladké vody, pokračuje ztráta biologické rozmanitosti, lidské zdraví je ohroženo znečištěním ovzduší a rostoucí chemickou kontaminací prostředí z různých zdrojů. Závěry z Ria se nenaplnily. Důvodem je samotný rychlý ekonomický růst – přes současnou krizi – a s ním spojená stále veliká zátěž životního prostředí.

Tématem tohoto vydání časopisu je zdravotnictví. Souvisí podle Vašeho názoru ochrana životního prostředí se zdravotním stavem obyvatelstva?
Téma životního prostředí a zdraví je od samého počátku pevně spojeno, protože jedním ze dvou hlavních důvodů, proč chráníme životní prostředí, je ochrana zdraví. Druhým je ochrana přírodních zdrojů a přírody. Velmi názorně se to ukázalo po listopadu 1989, kdy lidé u nás masivně podporovali opatření na ochranu životního prostředí, protože věděli, že to je spolehlivá cesta, jak chránit zdraví své i svých dětí. Důkazem úspěchu je pak rozsáhlý Program Teplice zaměřený na ochranu zdraví i prostředí, který přinesl pozoruhodné a trvalé výsledky. Jeho základem byl podrobný monitoring stavu zdraví i prostředí, statistická data zde samozřejmě měla nezastupitelnou úlohu. To znamená, že například Systém monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životnímu prostředí je velice důležitý. Doufáme, že se podaří uskutečnit něco podobného v Moravskoslezském kraji, kde je rovněž lidské zdraví akutně ohroženo nebezpečným znečištěním ovzduší.

> *Závěry z Ria se nenaplnily. Důvodem je samotný rychlý ekonomický růst – přes současnou krizi – a s ním spojená stále veliká zátěž životního prostředí.*

Domníváte se, že je danému tématu věnována v České republice odpovídající pozornost? Nepodceňuje česká společnost tyto kauzální vazby? Co by bylo možné změnit a jak by v tom mohla pomoci statistika?
Pozornost věnovaná těmto tématům stále ještě zdaleka není dostatečná. Spolupráce mezi institucemi zabývajícími se výzkumem v environmentální a na druhé straně zdravotnické oblasti není dost rozvinutá, jen zcela výjimečně existují větší společně řešené projekty. Program Teplice byl až dosud, bohužel, jen výjimkou. Je to velká škoda, protože bez dlouhodobě založeného výzkumu se nepodaří řešit naléhavé problémy příčin, dopadů a zmírňujících opatření například ve vztahu ke znečištění ovzduší v Moravskoslezském kraji. Krátkodobá opatření nemohou stačit, pokud se neopírají o široce koncipovaný a velmi solidní multidisciplinární a interdisciplinární výzkum. Zcela zásadní je přitom úloha solidní datové základny, bez níž žádný podobný výzkum není myslitelný. Jde přitom o široký soubor dat a informací jak z oblasti zdravotní a environmentální, tak i z dalších oborů včetně sociální a ekonomické oblasti. Je naprosto zřejmé, že úzká spolupráce se statistikou je bezpodmínečnou podmínkou úspěchu jakéhokoliv podobného projektu.

Alena Géblová | odbor vnější komunikace

VĚDĚLI JSTE, ŽE V EU27…

utratili lidé v únoru 2012 za zboží v maloobchodě reálně jen o 5,1 % více než v průměru v roce 2005, zatímco u nás o 18 % více?
Maloobchodní tržby v EU27 se v únoru snížily meziročně o 1,1 % , výrazněji v zemích eurozóny (–2,1 %). V ČR tyto tržby očištěné o nestejný počet pracovních dní poklesly o 1,6 %. Z dlouhodobého pohledu nakupovali výrazně více lidé v těch zemích, kde byla předtím spotřeba domácností podle nákupů v maloobchodě relativně nízká – proti průměru roku 2005 stouply tržby nejvíce v Polsku (+41 %) a Rumunsku (+46 %), naopak méně nákupů si dopřáli Dánové (–8,8 %) a Němci (–3,4 %), hlavně však Španělé (–16,7 %) a Portugalci (–11,5 %).

žijí více než dvě pětiny obyvatelstva unie ve městech a téměř čtvrtina ve venkovských regionech?
V roce 2010 se prakticky ve všech členských zemí unie znatelně zvýšil počet městského obyvatelstva. Výjimkou bylo Irsko, kde stoupl počet obyvatel žijících na venkově. Česká republika je co do velikosti přírůstku městského obyvatelstva na 3. místě v unii po Švédsku a Dánsku. I přes toto zvýšení je počet městského obyvatelstva v ČR (24 %) pod průměrem EU27 (41 %). Relativně vysoká je však v ČR podle nové typologie Evropské komise osídlenost v tzv. středních regionech (43 %).

neustále roste mezi rezidenty podíl obyvatel, kteří mají jinou národnost oproti zemi, v níž získali trvalé bydliště?
Takovýchto občanů jiné země EU nebo občanů zemí mimo unii žilo v EU27 v roce 2010 už 6,5 %, zatímco v roce 2006 jen 5,6 %. ČR se nachází pod tímto průměrem, ale s poměrně rychlým růstem jejich počtů – v roce 2010 měly u nás trvalé bydliště 4 % obyvatel jiné národnosti, v roce 2006 jen 2,5 %. Jejich podíl na celkovém počtu pracovních sil je v EU27 ještě vyšší (7,4 %), v ČR však podstatně nižší (1,5 %). Stejný podíl má i Slovinsko, výrazně nižší pak Slovensko či Polsko (shodně 0,2 %).

je energetická závislost podstatně vyšší než v ČR?
Podíl čistých dovozů energií na jejich hrubé spotřebě podle dostupných dat za rok 2009 dosahoval v ČR 26,9 % a proti EU27 (53,9 %) byl jen poloviční.

Drahomíra Dubská
oddělení svodných analýz

Vládní deficit v EU27
rok 2011
–4,5 %

Téma: Zdravotnictví

Výdaje zdravotních pojišťoven poprvé od roku 2000 poklesly

Zdravotní péče je v našem systému hrazená převážně z veřejného zdravotního pojištění, někdy bývá doplněna o spoluúčast neboli soukromé výdaje. Česko patří mezi evropské země s největším podílem veřejných výdajů na zdravotnictví.

Největší podíl na financování zdravotní péče, více než 75 % výdajů na zdravotnictví, připadá dlouhodobě na zdravotní pojišťovny. V ČR působilo v roce 2010 devět zdravotních pojišťoven, které zajišťovaly výběr zdravotního pojištění a úhrady zdravotním zařízením za poskytnutou zdravotní péči pro obyvatele. Zdravotní pojišťovny se staraly téměř o 10,4 mil. klientů. Nejvíce, přes 60 %, jich bylo pojištěno u Všeobecné zdravotní pojišťovny.

Celkové náklady systému veřejného zdravotního pojištění v ČR na zdravotní péči za rok 2010 dosáhly částky zhruba 214 mld. Kč. V přepočtu na jednoho pojištěnce to bylo 20 639 Kč. Výdaje z veřejného zdravotního pojištění poklesly oproti předchozímu roku o 1,7 %. První mu poklesu výdajů na zdravotnictví od roku 2000 nasvědčovalo chování zdravotních pojišťoven v období ekonomického poklesu. Teprve další roky však ukážou, zda se jednalo o náhodný výkyv nebo zda bude úsporné hospodaření zdravotních pojišťoven pokračovat.

Na léčebnou péči připadlo více než 135 mld. Kč, což jsou té-

měř dvě třetiny celkových nákladů zdravotních pojišťoven. Základní pilíře léčebné péče (96,5 %) tvoří lůžková a ambulantní péče. Za léky a prostředky zdravotnické techniky uhradily zdravotní pojišťovny více než 38 mld. Kč ze svých výdajů. Největší část z celkových výdajů zdravotních pojišťoven (53 %) vyčerpaly nemocnice a 25 % zařízení ambulantní péče.

Nemoci oběhového systému, především ischemická choroba srdeční, cévní onemocnění mozku a ateroskleróza, jsou dlouhodobě nejčastější příčinou hospitalizace, ale také úmrtí obyvatel v České republice. První místo na pomyslném žebříčku zaujímají již od roku 2001 i ve výši nákladů na jejich léčení. Výjimkou byl rok 2000, kdy byly nejnákladnější diagnózou nemoci trávicí soustavy.

Výdaje na nemoci oběhové soustavy velmi rychle rostou. Od roku 2000 se zvýšily více než trojnásobně (z původních 7,5 mld. Kč v roce 2000 na 26,8 mld. Kč v roce 2010).

Podle věku a pohlaví

Při vyčíslení výdajů na jednoho pojištěnce se ukazuje jako potřebné vzít v úvahu i věk pojištěnce. V rozličném věku se stejná nemoc projevuje např. jinou délkou léčení, závažností průběhu, různými komplikacemi a tudíž i odlišnými výdaji.

V roce 2010 byly poměrně vysoké výdaje na jednoho pojištěnce vykazovány ve skupině 0–4 let, pak jejich hodnota klesala až na 6 871 Kč (muži 20–24 let), resp. 7 342 Kč (ženy 5–9 let). Následně se výdaje na zdravotní péči zvyšovaly s narůstajícím věkem.

Od roku 2000 vzrostly průměrné výdaje na jednoho pojištěnce – muže o 93 % a ženu o 77 %. Největší nárůst výdajů byl zaznamenán ve věkové skupině mužů 85 a více let a ve skupině žen 30–34 let. Nejméně výdaje rostly ve věkové skupině 20–24 let, a to jak v případě mužů, tak i žen. V roce 2010 činily celkové průměrné výdaje na jednu ženu 21 738 Kč, což bylo o 11 % více než průměrné výdaje na jednoho muže (19 502 Kč). V roce 2000 činil tento rozdíl 21,5 %.

Mezinárodní srovnání

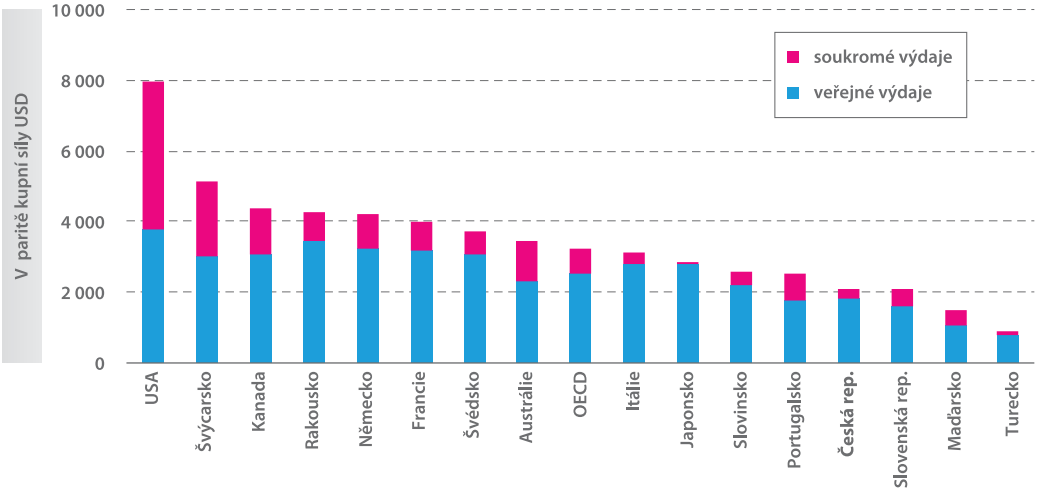
Poskytování zdravotní péče se stává v mnoha zemích jedním z největších odvětví ekonomiky. Ve všech vyspělých zemích je zaznamenávána snaha o zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. Rychlé technologické změny, rostoucí očekávání pacientů a stárnutí populace vyvolávají potřebu reforem v oblasti zdravotnictví. Systém zdravotnických účtů je vhodným nástrojem pro zabezpečení srovnatelnosti údajů v čase a mezi jednotlivými zeměmi.

V listopadu 2011 představila Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) další vydání své publikace Health at a Glance (Stručný pohled na zdraví). Jednotlivé kapitoly přinášejí údaje za ukazatele zdravotního stavu a jeho nezdravotnických determinant, pracovníků ve zdravotnictví, zdravotnických kapacit a činností, kvality zdravotní péče, přístupu ke zdravotní péči, výdajích na zdravotnictví a jeho financování a nově za dlouhodobou péči.

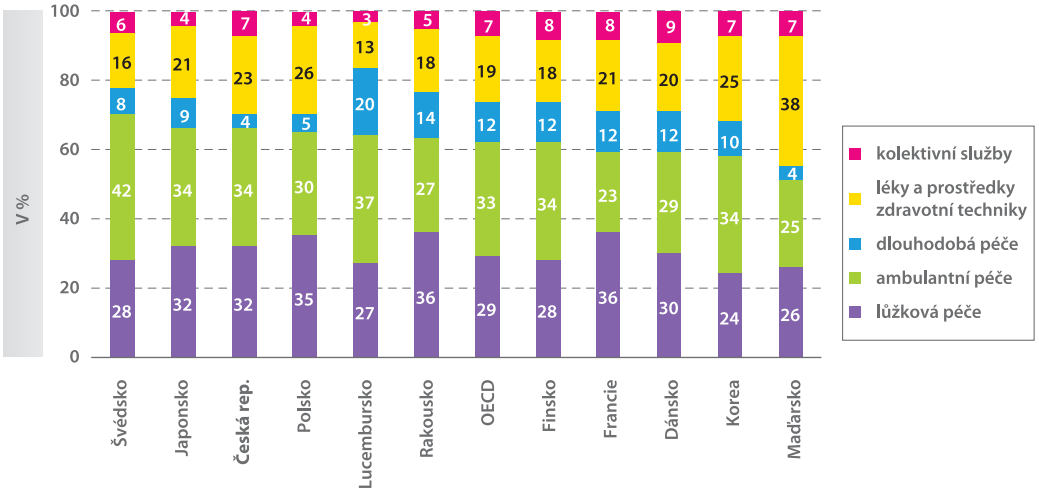
Při mezinárodním srovnání výdajů na zdravotnictví se jako měrná jednotka používá například americký dolar v paritě kupní síly přepočtený na jednu osobu. Přesto znázorněný graf ukazuje veliké odlišnosti mezi zeměmi OECD.

V roce 2009 připadaly nejvyšší výdaje zdravotnictví na Spojené státy následované Švýcarskem. Mezi státy s nejnižšími výdaji za stejné

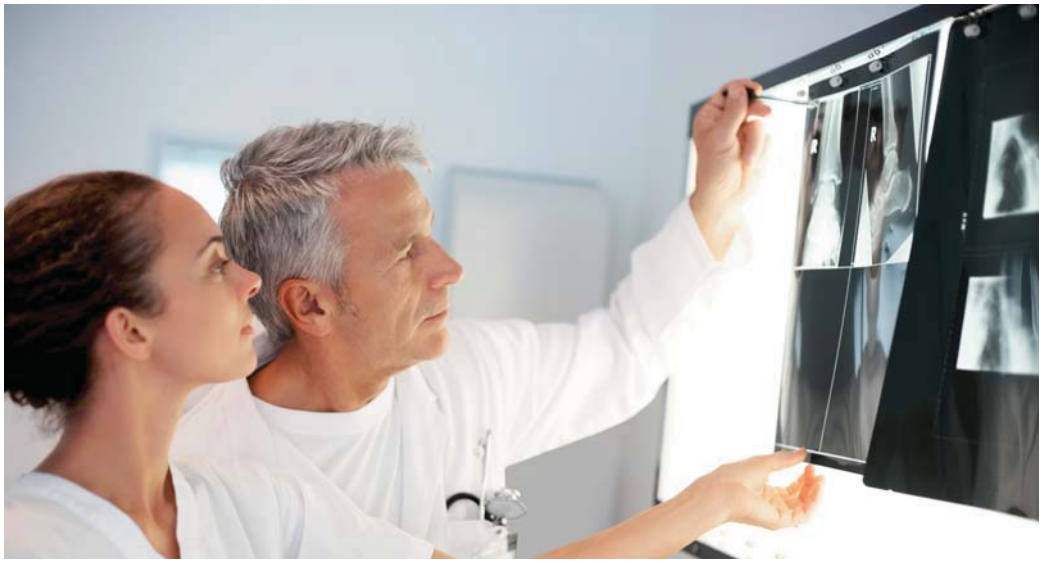
Graf 1 | Výdaje na zdravotnictví ve vybraných zemích OECD v roce 2009



Graf 2 | Běžné výdaje na zdravotnictví ve vybraných zemích OECD podle druhů zdravotní péče, 2009

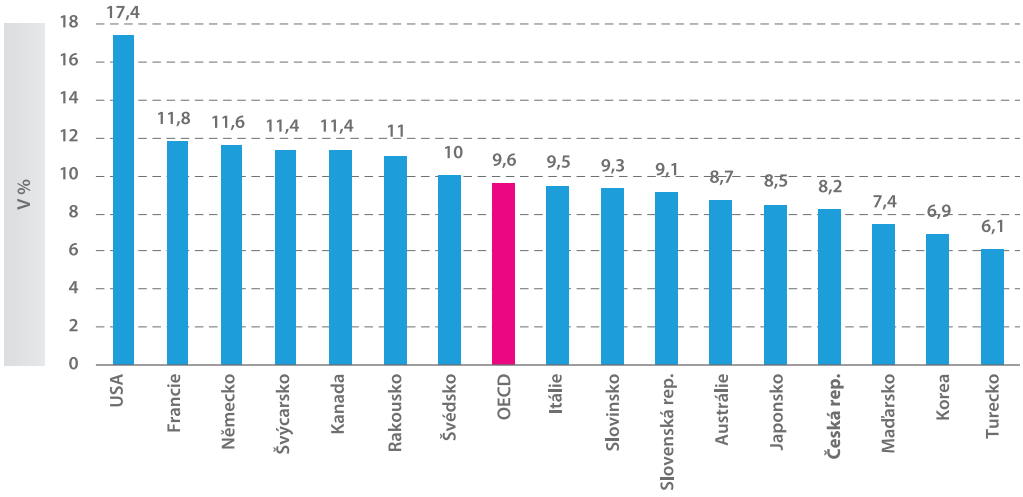


Zdroj: Health at Glance OECD



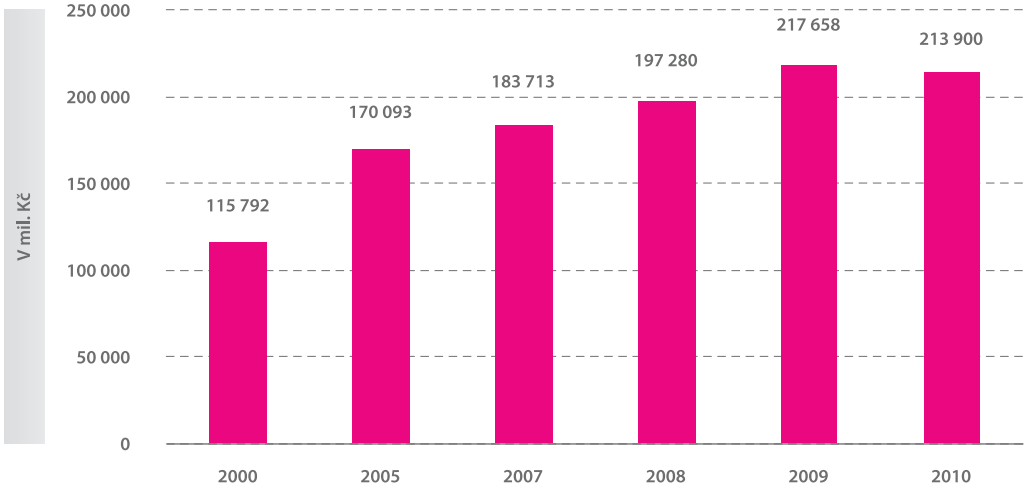
Největší část z celkových výdajů zdravotních pojišťoven vyčerpaly nemocnice (53 %) a zařízení ambulantní péče (25 %).

Graf 3 | Podíl zdravotnictví na HDP ve vybraných zemích OECD v roce 2009



Zdroj: Health at Glance OECD

Graf 4 | Výdaje zdravotních pojišťoven v České republice v letech 2000–2010



Zdroj: ČSÚ

období patří Maďarsko a Turecko. Česká republika se spolu se Slovenskem pohybuje v tomto ohledu mezi slabšími státy OECD. Na grafu 1 je také vidět rozložení veřejných a soukromých výdajů v jednotlivých zemích. Česká republika spolu s Japonskem, Itálií a Tureckem patří tradičně k zemím s nejvyšším podílem veřejných výdajů na financování zdravotnictví.

Největší část výdajů tvoří ve většině zemí ambulantní péče. Průměr zemí OECD dosahuje 33 % a za lůžkovou péči 29 % (graf 2). V České republice dosáhly obě uvedené položky zhruba stejných hodnot pohybujících se v průměru 33 %. Přestože od roku 2005 výdaje za léky a prostředky zdravotnické techniky u nás mírně klesají, v roce 2009 tvořil jejich podíl 23 % celkových nákladů na zdravotní péči, přičemž průměr zemí OECD je 19 %. Česká republika a Maďarsko se řadí mezi země s nejnižšími výdaji na dlouhodobou péči, které představují 4 % z celkových výdajů na zdravotnictví. Průměr zemí OECD za výdaje na dlouhodobou péči je 12 %.

Kvalita a dostupnost zdravotní péče úzce souvisí s ekonomikou. Podíl nákladů na zdravotní péči na celkovém HDP je v České republice jeden z nejnižších mezi zeměmi OECD. V roce 2009 tvořil 8,2 %, nižší byl např. v Maďarsku – 7,4 %. Bohatší státy, jako jsou Francie a Německo, vydaly na zdravotnictví v průměru 11,7 %. Průměr za státy OECD tvořil 9,6 %.

Podrobné informace o vývoji výdajů na zdravotnictví i z ostatních finančních zdrojů najdete na: ***http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/p/3306-12***

Vladimíra Kalnická
oddělení statistiky vzdělávání, zdravotnictví, kultury a sociálního zabezpečení

Financování rezortu je klíčové

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR) má za sebou šedesát let existence. V průběhu let došlo k řadě organizačních změn včetně měnících se názvů, počtu pracovníků či používání výpočetní techniky a zapojení do národní i mezinárodní spolupráce v oblasti zdravotnické statistiky.

Po celou dobu existence ústavu však zůstává stejné jeho základní poslání, a to statistické sledování zdravotního stavu obyvatel a činnosti zdravotnických zařízení. Pochopitelně v průběhu času a s měnícími se potřebami, vývojem statistických metod a zejména s rozvojem výpočetní techniky se vyvíjely a zdokonalovaly metody a postupy statistické práce včetně elektronického sběru dat a jejich zpracování.

Na počátku 50. let zajišťovalo zdravotnickou statistiku Ministerstvo zdravotnictví ČR. V listopadu 1960 vznikla samostatná rozpočtová organizace Ústav pro zdravotnickou statistiku, jejímž posláním bylo zpracování statistických údajů o zdravotním stavu obyvatelstva a činnosti zdravotnických zařízení. V 70. letech byly v rámci krajských ústavů národního zdraví vytvořeny samostatné odbory sociálního lékařství a organizace zdravotnictví. Pořizování a předzpracování dat tak bylo decentralizováno na oddělení v krajích, která ústav metodicky řídil. V souvislosti s nástupem nové výpočetní techniky – velkých sálových počítačů – se začala měnit i koncepce zpracování zdravotnických dat. V lednu 1981 se ústav přejmenoval na Ústav zdravotnických informací a statistiky. Jeho úkolem bylo navíc metodicky a organizačně vést statistickou činnost ve zdravotnických zařízeních.

Po roce 1989 začala transformace i v systému zdravotní péče. Nastalo „rozvolňování" krajských i okresních ústavů národního zdraví na jednotlivá zdravotnická zařízení. Začaly přípravy na vznik systému zdravotního pojištění. Bohužel se rozpadla i organizační struktura pracovišť zdravotnické informační soustavy. Ústav se tedy snažil v tomto období zajistit v okresech a krajích alespoň minimální množství pracovníků, kteří zajišťovali sběr a předzpracování dat ze zdravotnických zařízení. V roce 1992 byla schválena koncepce Národního zdravotnického informačního systému (NZIS) a byl vydán nový statut Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky. Od roku 1993 začíná nová etapa ústavu – realizace NZIS. Snahou ústavu bylo vytvořit takový systém, který by nezatěžoval zdravotnická zařízení dvojí evidencí – pro systém zdravotního pojištění a pro zdravotnickou statistiku. V těchto letech byl v rámci evropského projektu Phare realizován rozsáhlý mezinárodní projekt ústavu – Národní zdravotnický informační systém, jehož hlavním cílem bylo zdokonalit a upravit stávající NZIS na podmínky Evropské unie.

> *Po roce 1989 začala transformace i v systému zdravotní péče. Nastalo „rozvolňování" krajských i okresních ústavů národního zdraví na jednotlivá zdravotnická zařízení.*

V roce 1995 vstoupil v platnost nový zákon č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, který zavedl systém Programu statistických zjišťování na každý rok. Součástí Programu statistických zjišťování resortu zdravotnictví jsou výkazy o ekonomice zdravotnických zařízení, výkazy o činnosti ambulantních zařízení všech oborů, případně dalších zvláštních zařízení, dále o činnosti lůžkových zařízení, o činnosti hygienické služby, o přístrojovém vybavení zdravotnických zařízení a další. V tomto roce ústav připravil jednotnou koncepci systému výkazů pro všechna zdravotnická zařízení, která je stále platná.

Informatika ve zdravotnictví

Mezi stálé úkoly ústavu patří zlepšování řízení a koordinace úkolů Národního zdravotnického informačního systému (NZIS). Ústav se podílí na přípravě a naplňování koncepce informatiky ve zdravotnictví a na tvorbě Datového standardu, zpracovává také metodiky jednotlivých agend. Plní funkci správce (a zpracovatele) zdravotních registrů a úzce spolupracuje s Koordinačním střediskem pro resortní zdravotnické informační systémy (KSRZIS), které plní funkci zpracovatele pro vybrané Národní zdravotní registry. Důležitou prioritou zůstává dohled nad kvalitou dat a zlepšování služeb uživatelům při poskytování informací a publikování souhrnných statistických analýz a informací z NZIS. Všechny tyto činnosti ústav zajišťuje v těsné spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví ČR, Českým statistickým úřadem, Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně a dalšími rezortními i mimorezortními organizacemi.

Sběr dat do NZIS probíhá prostřednictvím Centrálního úložiště dat pro NZIS, které umožnilo další rozšíření elektronického sběru dat. Je realizován prostřednictvím dvou webových portálů – Centrálního úložiště výkazů a Centrálního úložiště povinných hlášení. Ústav tak vytváří podmínky k rozšiřování elektronickému sběru dat a přispívá k naplňování vizí a záměrů eHealth.

Ústav zajišťuje mezinárodní spolupráci v oblasti zdravotnické statistiky a je za ČR předkladatelem oficiálních informací z NZIS do mezinárodních databází zdravotnických ukazatelů. Hlavními partnery v této oblasti jsou WHO, OECD a Eurostat. Spolupráce se zahraničím neustále roste, zejména významnějším zapojováním do mezinárodních projektů a aktivní účastí v mezinárodních týmech a pracovních skupinách v oblasti informatiky a statistiky zaměřené na vybrané ukazatele zdravotního stavu obyvatelstva, ukazatele kvality poskytované péče, ukazatele o síti a činnosti zdravotnických zařízení, pracovnících a o ekonomice zdravotnických zařízení.

Jiří Holub
ředitel ÚZIS ČR

Věk členů domácností má vliv na jejich vydání za zdraví

Z výběrového šetření statistiky rodinných účtů, které sleduje hospodaření soukromých domácností, vyplynuly dva důležité závěry. Vydání za zdraví představují pro domácnosti s rostoucím věkem stále významnější zátěž. Příjem domácností není u výdajů za zdraví zdaleka nejdůležitějším faktorem.

Domácnosti zpravodajského souboru (asi 3 tis. respondentů) dlouhodobě průměrně vynakládají na vydání související se zdravím pouze zlomek svých prostředků. V letech 2006 až 2011 to bylo maximálně 2,5 % čistých peněžních vydání a mezi 2 až 2,7 % „běžných" spotřebních vydání. Méně svých prostředků domácnosti investují pouze do vzdělávání, které dlouhodobě dosahuje podílu cca 0,5 %.

Za zmínku stojí, že přibližně stejně jako za zdraví utrácejí domácnosti za alkoholické nápoje a tabák, některé „zbytné" potřeby je stojí i několikanásobně více. Tato situace souvisí i s tím, že v České republice jsou zdravotní péče i vzdělávání ve velké míře službami bezplatnými (například školné se platí v menší míře, na léčbu a pobyty v nemocnicích je obvykle nezbytné doplácet pouze minimální částky apod.). České domácnosti vynakládaly za zdraví nižší podíl svých prostředků, než jaký byl vykázán v průměru za EU27 v roce 2005 (prozatím nejnovější dostupné srovnání).

Vydání v letech 2006 až 2011

Celková vydání za zdraví u domácností statistiky rodinných účtů v roce 2006 dosáhla průměrné výše 166 Kč na osobu a měsíc. Následující dva roky nominálně vzrostla poměrně výrazně, v prvním roce o bezmála 20 %, v druhém o necelých 30 %, což představuje vzhledem k menším absolutním částkám přírůstky v řádech desetikorun na osobu a měsíc.

Od roku 2009 se vydání za zdraví každoročně nominálně zvyšovala o jedno až dvě procenta a v předběžných výsledcích za rok 2011 představovala v průměru 269 Kč na osobu a měsíc. Nominální nárůst mezi roky 2006 a 2011 o 62 % (tedy asi 100 Kč) je nutno posuzovat s přihlédnutím ke zvyšování cen; reálný přírůstek vydání za zdraví v tomto období činil jen cca 13,5 %.

Regulační poplatky domácnosti obvykle příliš nezatěžují.

Ve vydáních za zdraví zaujímají zhruba 70 % vynaložených prostředků platby související s léčivy a zdravotnickými prostředky (ceny léků na předpis i bez předpisu, regulační poplatky placené v lékárnách, zdravotnické výrobky, ortopedické a terapeutické pomůcky aj.). Dalších necelých 25 % souvisí s ambulantní zdravotní péčí (placené výkony u obvodních i odborných lékařů vč. stomatologů, regulační poplatky placené při ambulantní lékařské péči apod.). Zbylých asi 5 % pak představují částky vynaložené na ústavní zdravotní péči (regulační poplatky či nadstandardní služby v nemocnicích, léčebnách, sanatoriích, ozdravovnách, hospicech, dále poplatky za lázně, za plastické operace apod.).

Vydání domácností statistiky rodinných účtů za zdraví v letech 2006–2011

	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
Čistá peněžní vydání celkem (Kč/os./měsíc)	8 965	10 017	10 330	10 719	10 835	11 010
Spotřební vydání (Kč/os./měsíc)	8 112	8 668	9 355	9 609	9 687	9 829
Vydání za zdraví (Kč/os./měsíc)	166	197	256	260	264	269
Podíl vydání za zdraví na čistých peněžních vydáních (%)	1,9	2,0	2,5	2,4	2,4	2,4
Podíl vydání za zdraví na spotřebitelských vydáních (%)	2,0	2,3	2,7	2,7	2,7	2,7
Nominální index vydání za zdraví (min. rok = 100)	-	118,8	129,5	101,9	101,3	102,0
Reálný index vydání za zdraví (min. rok = 100)	-	114,6	98,5	105,2	96,3	99,2

Zdroj: ČSÚ *předběžné údaje

Regulační poplatky

Od začátku roku 2008 byly ve zdravotnictví zavedeny mediálně diskutované regulační poplatky, které se na žádost Ministerstva zdravotnictví ČR v šetření statistiky rodinných účtů (SRÚ) začaly zvlášť sledovat. Ukázalo se, že v roce 2008 veškeré regulační poplatky zatížily domácnosti SRÚ částkou 49 Kč na osobu a měsíc, což představovalo 19 % vydání za zdraví a 0,5 % všech vydání domácností. Celková vydání za zdraví se meziročně nominálně zvýšila o necelých 30 % (58 Kč na osobu a měsíc). Zjednodušeně řečeno, zavedené regulační poplatky se sice pro domácnosti SRÚ staly vydáním navíc, ale domácnosti návštěvy lékařů ani využívání ústavní zdravotní péče v roce 2008 patrně neomezovaly.

V následujících třech letech bylo zaznamenáno snížení celkových regulačních poplatků, které domácnosti SRÚ uhradily. Tento pokles však nemusí souviset jen s menší četností využívání zdravotnických služeb, ale i s tím, že v určitých krajích docházelo k částečnému promíjení těchto poplatků. Z výsledků lze rovněž vyvodit, že v důsledku rozšíření nabídky volně prodejných léků domácnosti upřednostňovaly jejich přímý nákup bez lékařského předpisu.

Podle předběžných údajů v roce 2011 domácnosti SRÚ vynaložily na regulační poplatky v průměru 36 Kč na osobu měsíčně, což představuje 14 % celkových vydání za zdraví a 0,3 % všech vydání.

Vliv věku a příjmu

V šetření SRÚ je sledovanou jednotkou hospodařící domácnost, není možné přiřadit konkrétní výdaj jednotlivým členům domácnosti. Nesporný vliv věku na výši vydání za zdraví lze prokázat na stáří tzv. osoby v čele domácnosti (viz grafy na str. 22). Domácnosti s osobou v čele ve věku do 29 let v roce 2010 průměrně zaplatily za vydání související se zdravím pouze 179 Kč na osobu a měsíc a na podobné výši se vydání pohybovala i u dalších dvou skupin domácností se staršími osobami v čele. Výraznější zlom je patrný u domácností s osobou v čele ve věku 50 až 59 let a další zvyšování jsou vidět s rostoucím věkem osoby v čele. U domácností s osobou v čele starší 70 let dosáhla v roce 2010 průměrná výše vydání za zdraví měsíční hodnoty 489 Kč na osobu a měsíc, což je oproti domácnostem s „nejmladšími" osobami v čele rozdíl více než 300 Kč na osobu za měsíc. Podobný vývoj související s věkem osoby v čele lze zaznamenat i u podílů, které vydání za zdraví představují na čistých peněžních vydáních (od 1,4 % do 4,3 %). Tato fakta dokazují, že s rostoucím věkem představují vydání vynaložená na zdraví pro domácnosti stále větší zátěž.

S rostoucím příjmem domácnosti (viz grafy na str. 22) vynakládají na vydání související se zdravím vyšší objem svých finančních prostředků. „Bohatší" kupují dražší léky, u stomatologů platí větší částky, využívají více placených služeb v ústavní zdravotní péči atd. Naproti tomu domácnosti s nejnižšími příjmy se patrně snaží na zdraví vynakládat jen ty nejnutnější platby. Při posouzení všech „útrat" domácností se však ukazuje, že u vydání za zdraví není výše příjmu pro domácnosti hlavním faktorem. U domácností s nejnižšími i s nejvyššími příjmy byly v roce 2010 podíly vydání za zdraví takřka totožné; větší vliv na vydání za zdraví má například zmíněný věk či počet dětí, pro něž je charakteristická vyšší frekvence návštěv u lékaře a větší míra preventivní péče.

Vydání domácností statistiky rodinných účtů za zdraví v podrobném členění
(měsíční průměry na osobu v Kč)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011*
ZDRAVÍ	166	197	256	260	264	269
Léčiva a zdravotnické prostředky	130	153	176	181	187	189
Léčiva	101	119	140	143	146	153
Léky předepsané lékařem	43	54	78	71	74	76
léky placené částečně	-	-	43	42	46	49
léky placené plně	-	-	17	14	14	13
regulační poplatky za léky	-	-	18	15	14	14
Léky bez receptu a další léčiva	58	65	62	71	71	77
Ostatní zdravotnické výrobky	3	4	4	4	6	3
Ortopedické a terapeutické pomůcky	25	30	32	35	35	33
Ambulantní zdravotní péče	30	36	63	63	61	64
Ambulantní lékařská péče	7	11	26	25	25	25
lékařská péče	7	11	11	13	14	13
regulační poplatky u lékaře	-	-	15	12	12	12
Ambulantní stomatologická péče	21	23	32	34	33	36
stomatologická péče	21	23	28	30	31	34
regulační poplatky u stomatologa	-	-	4	4	2	2
Ambulantní zdravotní péče ostatní	2	3	4	4	3	3
Ústavní zdravotní péče	6	8	18	16	16	16
ústavní zdravotní péče	6	8	7	6	8	7
regulační poplatky v léčebných, lázeňských a podobných zařízeních	-	-	11	10	8	9
Regulační poplatky celkem (Kč/os./měs.)	-	-	*49*	*42*	*35*	*36*
Podíl regulačních poplatků na celkových vydáních za zdraví (%)	-	-	*19,0*	*16,1*	*13,4*	*13,5*
Podíl regulačních poplatků na čistých peněžních vydáních (%)	-	-	*0,5*	*0,4*	*0,3*	*0,3*

Zdroj: ČSÚ *předběžné údaje

Pavel Širmer
oddělení sociálních šetření

Od 60. let se sledují data o léčbě uživatelů drog

Léčba závislosti na psychoaktivních látkách, zejména léčba alkoholizmu, má v České republice přibližně stoletou tradici.

První ambulantní zařízení na území dnešní České republiky zaměřená na léčbu alkoholizmu byly tzv. protialkoholní poradny v Brně v roce 1910 a v Praze-Vršovicích v roce 1928. V roce 1948 bylo profesorem Jaroslavem Skálou zřízeno první specializované lůžkové zařízení pro léčbu závislostí u „Apolináře" v Praze, kde postupně vznikl celý komplex služeb včetně ambulance, střediska pro děti, mládež a rodinu a řady svépomocných a režimových aktivit.

Ambulantní péče

V letech 1963–2010 došlo ke změně sledovaných ukazatelů o ambulantně léčených uživatelích návykových látek i metodiky jejich sběru. V roce 1984 byli k evidovaným uživatelům alkoholu připočítáni také pacienti užívající nealkoholové drogy. Od roku 1986 jsou místo všech evidovaných pacientů sledováni pacienti skutečně ošetření.

Na trendy pozorované v ambulantní péči o uživatele návykových látek měla vliv celá řada faktorů – vývoj léčebného systému, sítě protialkoholních poraden a později AT ordinací (pozn. red. – zkratka výrazů alkoholizmus a toxikománie), společenské a politické změny, změny ve výkaznictví a klasifikaci poruch spojených s užíváním drog.

Od roku 1993 jsou pacienti sledováni podle jednotlivých látek, což umožňuje získat komplexní pohled na strukturu a charakteristiky ambulantních pacientů užívajících návykové látky.

Největší podíl (v průměru téměř tři čtvrtiny) na celkovém počtu pacientů užívajících návykové látky měli uživatelé alkoholu. K jejich největšímu úbytku došlo v letech 1993–1996, zejména u ambulantně léčených mužů užívajících alkohol. Na tomto poklesu se velmi pravděpodobně podílely polistopadové změny ve financování a organizaci systému zdravotní péče, ale také snížení počtu soudně nebo administrativně nařízených protialkoholních léčeb (tzv. ochranné léčby a léčby na základě výměru okresních národních výborů, resp. okresních úřadů). Počet léčených žen byl v jednotlivých letech poměrně stabilní. Na počátku sledovaného období byl poměr mužů a žen asi 4:1, na konci zhruba 2:1.

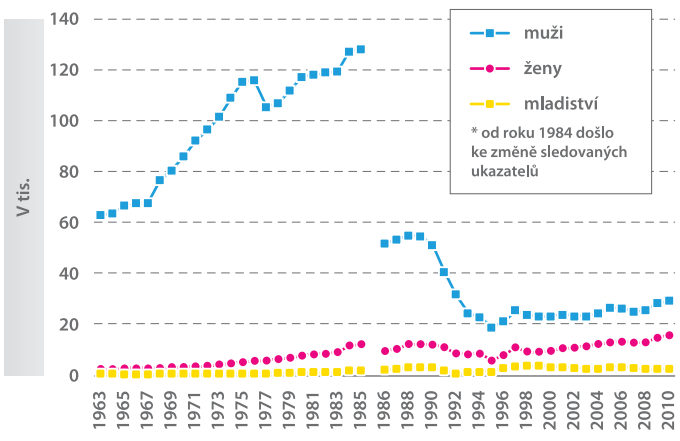
Na počátku 90. let se více než polovičním dílem na celkovém počtu pacientů užívajících návykové látky podíleli pacienti léčení pro užívání alkoholu ve věku 20–39 let. Postupně však jejich podíl klesal a současně rostl podíl osob ve věku 40 a více let, který v roce 2010 dosáhl téměř dvou třetin. Děti a mladiství tvořili ve sledovaném období necelá dvě procenta.

Po roce 1995 sledujeme vzestupný trend počtu evidovaných pacientů s problémy s nealkoholovými drogami. Týká se to prakticky všech typů drog kromě těkavých látek. Významný nárůst byl zaznamenán u tzv. problémových uživatelů drog (pozn. red. – intravenózní /injekční/ užívání drog, dlouhodobé užívání opiátů, kokainu nebo drog amfetaminového typu; vzhledem k časté přítomnosti opiátů nebo pervitinu v kombinacích drog v ČR byla mezi problémové užívání drog zařazena i kombinace drog), a to zejména uživatelů opiátů a metamfetaminu (pervitinu). Jejich počet ve sledovaném období vzrostl více než 6,7krát a udával vývoj v celé skupině nealkoholových drog. Počet evidovaných uživatelů kokainu, i když vykazující rostoucí trend, je stále velmi nízký.

V letech 1993–2000 lze pozorovat přibližně stejný podíl uživatelů opiátů a stimulancií (tedy v praxi zejména pervitinu) mezi klienty ambulantních psychiatrických zařízení. Od roku 2000 byl podíl uživatelů opiátů vyšší než podíl uživatelů stimulancií a uživatelé opiátů se stali nejpočetnější skupinou uživatelů v kontaktu s psychiatrickými ambulancemi. Velmi pravděpodobně se zde projevil vliv opiátové substituční léčby, která je v České republice standardně dostupná právě od roku 2000.

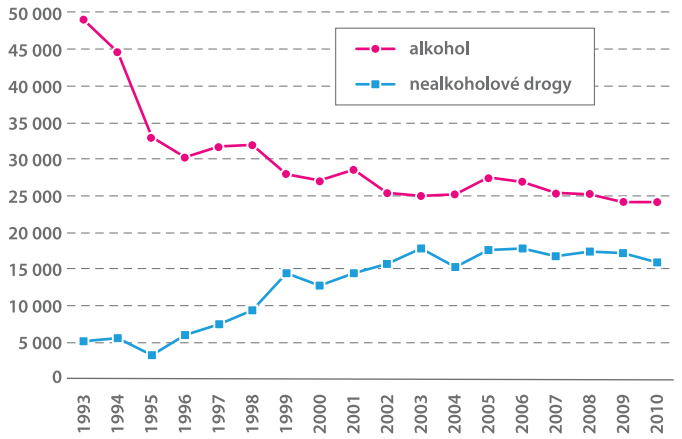
Více mužů než žen bylo hlášeno u všech sledovaných skupin návykových látek s výjimkou sedativ a hypnotik, kde byl podíl žen v průměru 58 %. Ve druhé polovině 90. let minulého století narůstal počet a podíl mladistvých léčených pro užívání nealkoholových návykových látek. Naopak v posledním desetiletí je patrný pokles jejich

Vývoj počtu evidovaných, resp. ošetřených, pacientů užívajících návykové látky v protialkoholních poradnách (v letech 1963–1980), AT ordinacích (v letech 1981–1991) a ambulantních psychiatrických zařízeních (v letech 1992–2010)*



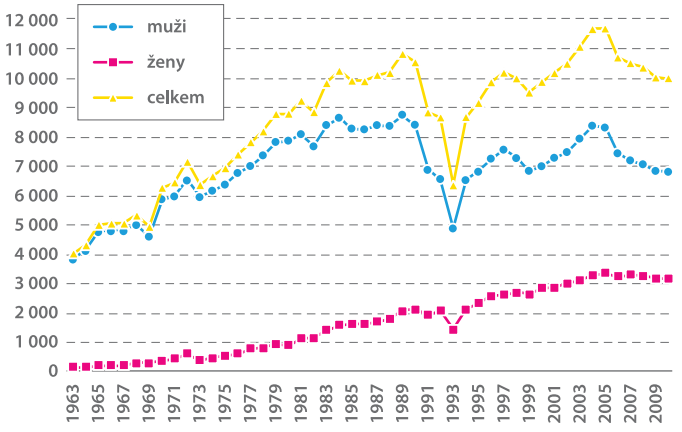
Zdroj: ÚZIS ČR

Vývoj počtu ambulantně léčených pacientů užívajících návykové látky v letech 1993–2010



Zdroj: ÚZIS ČR

Vývoj počtu hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním alkoholu v psychiatrických lůžkových zařízeních podle pohlaví v letech 1963–2010



Zdroj: ÚZIS ČR

podílu a nárůst podílu starších pacientů ve věku 20–39 let a v posledních letech také pacientů ve věku 40 a více let.

Vývoj podílu injekčních uživatelů drog mezi tzv. problémovými uživateli drog, zejména mezi uživateli opiátů a pervitinu, má v posledních letech příznivý klesající trend, a to z více než 64 % v roce 1997 na 45 % v roce 2010.

Lůžková péče

Počet hospitalizací pro poruchy způsobené alkoholem rostl v celém sledovaném období již od konce 50. let minulého století. Po období stabilizace koncem 60. let a jejich snížení v roce 1969 došlo v 70. letech ke strmému růstu hospitalizací pro alkohol. K meziročnímu poklesu došlo pouze v roce 1973, kdy bylo odděleno vykazování hospitalizací pro alkohol a jiné drogy.

Na počátku 90. let došlo v krátkém období k výraznému poklesu hospitalizací pro alkohol, který byl téměř z poloviny případů dán snížením počtu soudně nebo administrativně nařízených hospitalizací. Dále se v tomto poklesu velmi pravděpodobně odrazily také změny v síti lůžkových psychiatrických zařízení (zejména pokles lůžkové kapacity) a v organizaci a financování léčebné péče v tomto období. Po roce 1993 následuje opět období růstu, historického maxima bylo dosaženo v roce 2005.

Většina výkyvů ve vývoji počtu hospitalizací pro alkohol byla způsobena muži. Počet i podíl žen ve sledovaném období naopak plynule rostl, a to ze zhruba 5 % na začátku sledovaného období na přibližně třetinu v roce 2008. Hospitalizovaní uživatelé alkoholu v letech 1973–2010 stárli, na konci sledovaného období byli nejčetnější věkovou skupinou 40–49 letí, ve věku 30–59 let bylo evidováno více než 80 % hospitalizací.

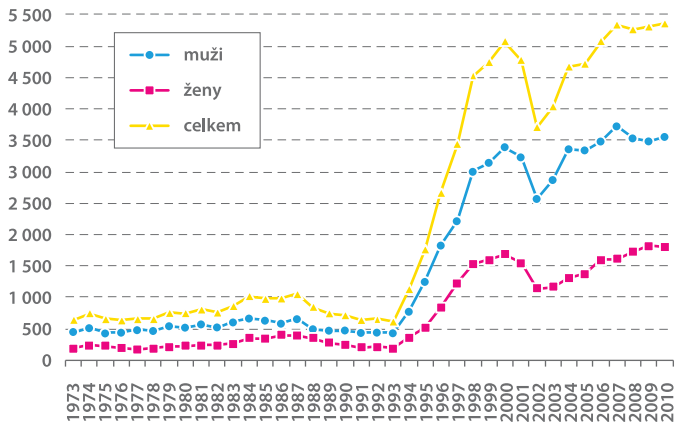
Údaje o délce hospitalizace jsou k dispozici až od roku 1994. Je nicméně patrné, že průměrná délka hospitalizace pro poruchy spojené s alkoholem je dlouhodobě asi 52 dní a je přibližně o 25 dní delší než průměrná délka hospitalizace pro nealkoholové návykové látky.

Do roku 1993 byl počet hospitalizací pro poruchy způsobené nealkoholovými drogami 5–10krát nižší než počet hospitalizací v důsledku užívání alkoholu. Od roku 1994 došlo k dramatickému nárůstu počtu hospitalizací v důsledku užívání nealkoholových drog, ke konci sledovaného období je jejich počet ve srovnání s alkoholem poloviční. Tento nárůst souvisí především s prudkým rozšířením heroinu od poloviny 90. let minulého století a s dalším rozšířením užívání pervitinu.

K nejvýraznější změně došlo v posledním desetiletí u počtu hospitalizací pro opiáty – v letech 2000–2002 klesl jejich počet o více než polovinu. Tento trend velmi významně koreluje s nástupem substituční léčby od roku 2000 – lze tedy předpokládat, že došlo k odlivu pacientů se závislostí na opiátech z lůžkové do ambulantní péče, kde je substituční léčba poskytována.

Na hospitalizacích pro poruchy způsobené užíváním ostatních návykových látek, především nelegálních drog a těkavých látek, se muži podíleli asi 70–90 % a nejvyšší podíl měly osoby ve věku 20–29 let. Výjimkou byli uživatelé sedativ a hypnotik s podílem žen zhruba 65 % a nejvyšším podílem osob ve věku 40–49 let.

Vývoj počtu hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním ostatních návykových látek v psychiatrických lůžkových zařízeních podle pohlaví v letech 1973–2010



Zdroj: ÚZIS ČR

Blanka Nechanská
Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
Viktor Mravčík
Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

Zájem o psychiatrickou péči po roce 1989 rostl

Počet osob, které vyhledaly ambulantní či lůžkovou psychiatrickou péči, v dlouhodobém vývoji roste. Příčinou nárůstu může být vedle **zhoršování psychické kondice lidí** i větší odvaha navštívit při osobních problémech specialistu – psychiatra.

Psychiatrická péče je pacientům v České republice poskytována v ambulantních a lůžkových psychiatrických zařízeních.

Ambulantní psychiatrická péče

Počet pacientů ošetřených v psychiatrických ambulancích po roce 1989 mírně klesal až do roku 1995, kdy bylo ošetřeno o necelou pětinu méně pacientů (z 323 tis. léčených pacientů na 269 tis., tj. pokles o 17 %). V následujících deseti letech jejich počet téměř plynule rostl, a to o 80 % do roku 2006 – na 483 tis. pacientů. V letech 2007 až 2008 dochází k nepatrnému poklesu o necelá 3 % na 470 tis. pacientů. V následujících letech 2009–2010 opět jejich počet rostl. V roce 2010 bylo v psychiatrických ambulancích léčeno téměř půl milionu pacientů, což je historické maximum.

V roce 1994 byla v České republice zavedena 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), která zásadně změnila kódování psychiatrických diagnóz. Z toho důvodu není možné před rokem 1994 sledovat pacienty podle skupin diagnóz definovaných v MKN-10.

Nejčastějšími diagnózami, pro které byli pacienti v letech 1994 až 2010 léčeni v psychiatrických ambulancích, byly neurotické poruchy (37 % z celkového počtu pacientů ve sledovaném období) a afektivní poruchy (18 %). Dalšími častými poruchami, které byly u pacientů diagnostikovány, byly organické duševní poruchy a schizofrenie, i když jejich výskyt byl v porovnání s nejčastějšími skupinami diagnóz výrazně nižší, u organických duševních chorob 10 % a u schizofrenie 9 %.

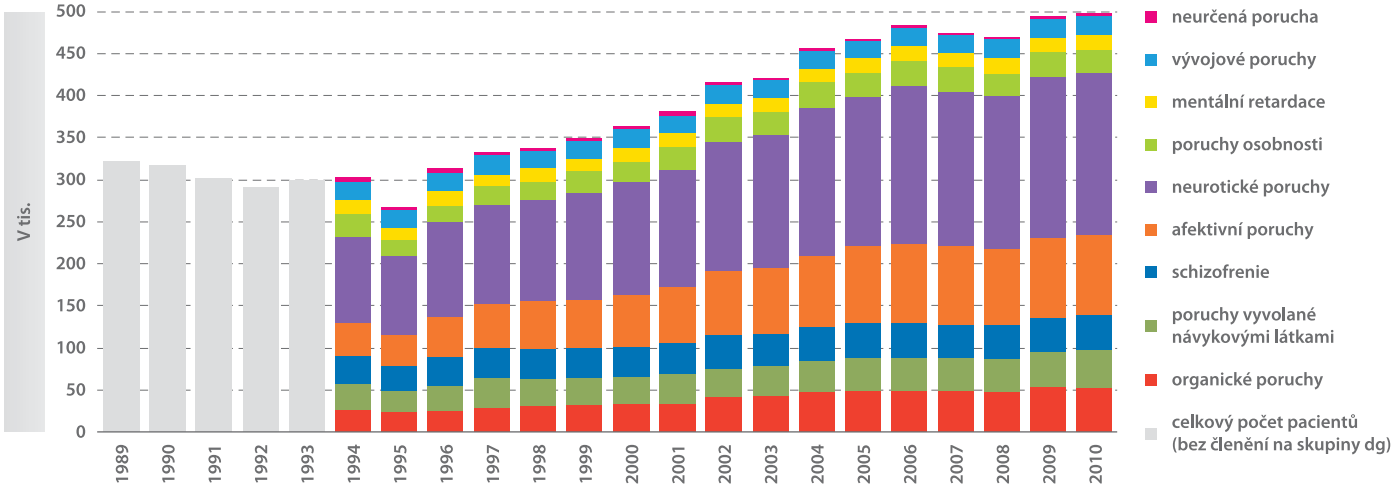
V letech 1994–2010 vzrostl nejvíce počet pacientů léčených pro afektivní poruchy, a to téměř 2,5krát (z 38 tis. na více než 94 tis.). K téměř dvojnásobnému nárůstu došlo u pacientů s poruchami organickými (z více než 27 tis. na 54 tis.) a neurotickými (z téměř 104 tis. na 193 tis.). Naopak pokles počtu pacientů (z 23 460 v roce 1994 na 22 907 v roce 2010) byl evidován u vývojových poruch v dětství a adolescenci (vývojové poruchy) a u neurčené duševní poruchy.

V celém sledovaném období byl podíl žen léčených pro poruchy duševní a poruchy chování téměř 56 % (vzrostl ze 44 % v roce 1994 na 60 % v roce 2003), v následujících letech se již neměnil. Podíl dětí do 15 let se na celkovém počtu ambulantně léčených pacientů snížil z 12 % v roce 1994 na 5 % v roce 2004 a až do roku 2010 zůstal stejný. Podíl mladistvých ve věku 15–19 let vzrostl z 5 % v roce 1989 na téměř 8 % v roce 1999 a do roku 2010 opět klesl na 5 %.

Lůžková psychiatrická péče

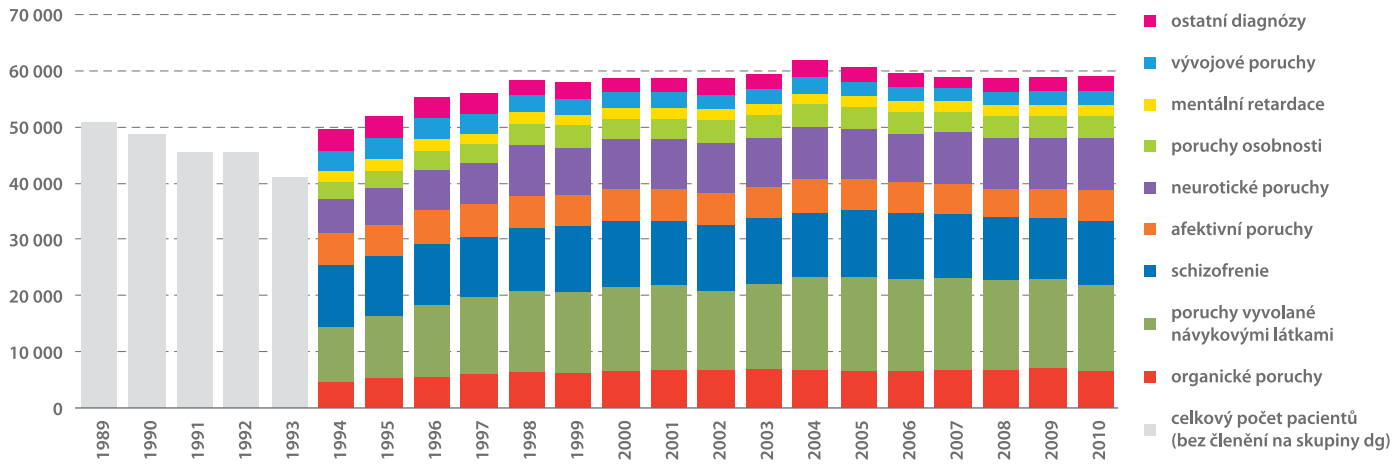
Psychiatrická lůžková péče je v České republice zajišťována na psychiatrických odděleních nemocnic a v psychiatrických léčebnách pro děti i dospělé.

Vývoj počtu pacientů ošetřených v psychiatrických ambulancích podle skupin diagnóz v letech 1994–2010



Zdroj: ÚZIS ČR

Vývoj počtu hospitalizací v psychiatrických lůžkových zařízeních podle skupin diagnóz v letech 1994–2010



Zdroj: ÚZIS ČR

V letech 1989–1993 počet hospitalizací v těchto zařízeních klesl o téměř pětinu (z 51 tis. na 41 tis.), poté až do roku 1998 vzrostl o více než 43 % na 58,5 tis. hospitalizací. Počet evidovaných hospitalizací mírně rostl ještě do roku 2004, kdy dosáhl svého maxima. V následujících letech jejich počet klesl o necelých 5 % na 59 tis. v roce 2010.

V letech 1994–2010 byly nejčetnější skupinou diagnóz, pro kterou byli pacienti hospitalizováni v psychiatrických zařízeních, poruchy způsobené užíváním návykových látek a tvořily více než čtvrtinu z celkového počtu hospitalizací. Dalšími častými příčinami hospitalizace byla léčba schizofrenie, téměř jedna pětina, a neurotické poruchy, a to necelých 15 % z celkového počtu hospitalizací.

K největšímu nárůstu v období let 1994–2010 došlo u poruch způsobených užíváním návykových látek, jejichž počet vzrostl o téměř 57 % (z necelých 10 tis. v roce 1994 na více než 15 tis. v roce 2010) a u neurotických poruch, a to o více než polovinu (z 6 tis. na více než 9 tis.). Ke zvýšení došlo také u organických poruch (o 37 %) a poruch osobnosti (o 32 %).

Podíl žen na celkovém počtu hospitalizací v psychiatrických lůžkových zařízeních byl v letech 1989–2010 téměř 47 % a v průběhu tohoto období zůstával přibližně stejný. Děti do 15 let se podílely na těchto hospitalizacích téměř 6 % (od r. 1989 pokles z necelých 8 % na více než 4 % v roce 2010). Podíl mladistvých ve věku 15–19 let nejdříve od roku 1989 až do roku 1998 rostl (z 5 na 8 %) a do roku 2010 plynule klesl na 5 %.

Blanka Nechanská
Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

U příležitosti 20. výročí zahájení prací na sestavování národních účtů v ČR vychází

Historická ročenka národních účtů1990–2010

Publikace ČSÚ představuje **završení mimořádné revize národních účtů**, kterou jsou vytvořeny dlouhé časové řady metodicky srovnatelných ukazatelů národních účtů od počátku existence samostatné ČR. Titul poskytuje zrekonstruované a metodicky srovnatelné údaje o úrovni a vývoji základních makroekonomických ukazatelů od roku 1990, resp. 1993, včetně základních údajů o československé federaci a srovnání ekonomického vývoje v obou jejích následnických státech.

Titul v tištěné i elektronické podobě si můžete objednat na *www.czso.cz.*

Jak hodnotíme své zdraví?

Výběrová šetření typu HIS (Health Interview Survey) slouží k doplnění informací o zdravotním stavu populace, které nejsou běžně dostupné z rutinní statistiky.

V České republice tato šetření realizoval ÚZIS ČR v letech 1993, 1996, 1999 a 2002 a i když vycházela z mezinárodně doporučované metodiky, lze je označit jako šetření národní. Po roce 2002 se v rámci celoevropských aktivit začalo hovořit o harmonizaci národních šetření a vytvoření jednotného Evropského šetření o zdraví pro členské země EU (EHIS). Toto šetření země EU provedly v rozmezí let 2007–2010, v České republice bylo uskutečněno v roce 2008.

Vzorek populace

Jak národní šetření, tak šetření EHIS byla prováděna na vzorku populace starší 15 let s trvalým bydlištěm v ČR. Pro náhodný stratifikovaný výběr respondentů byl využit Centrální registr obyvatel, velikost vzorku se pohybovala od 1 500 do 3 000 respondentů. Šetření byla provedena formou face-to-face rozhovorů, kdy tazatel provedl rozhovor s respondentem podle připraveného dotazníku, do nějž odpovědi zaznamenal. Míra účasti v těchto šetřeních byla zpočátku relativně vysoká (70 %), v roce 2008 však výrazně klesla na pouhých 51 %.

Využívání prevence

Jeden z nejvýznamnějších ukazatelů, který výběrová šetření poskytují, je ukazatel subjektivně hodnoceného zdraví. V ČR se v průběhu let 1993–2008 struktura obyvatel podle subjektivního hodnocení vlastního zdraví poměrně výrazně změnila – Češi hodnotí své zdraví stále častěji jako pozitivní. V roce 2008 se cítilo velmi dobře nebo dobře 83 % mužů a 67 % žen, v roce 1993 jich bylo výrazně méně (45 % mužů a 40 % žen). Naopak špatně či velmi špatně vnímalo v roce 2008 svůj zdravotní stav 6,5 % mužů a 10 % žen. Ženy obvykle hodnotí své zdraví hůře než muži, s věkem se zvyšuje podíl osob hodnotících své zdraví jako špatné či velmi špatné.

Další důležitý pohled na zdraví populace je popis rozšíření některých onemocnění, včetně věkového profilu jejich výskytu. Nejčastěji respondenti uváděli, že trpí hypertenzí (celkem 22 % osob s nemocí v posledních 12 měsících). Četné byly také problémy s bederní páteří (21 % mužů a 23 % žen), potíže s páteří krční a alergie. Zatímco výskyt většiny onemocnění jako např. hypertenze, diabetes, bolesti páteře či artritida s věkem roste, alergie jsou nejčastější v nejnižším věku (15–35 let), poté se jejich výskyt snižuje. Migréna je nejčastější u žen ve středním věku (35–45 let).

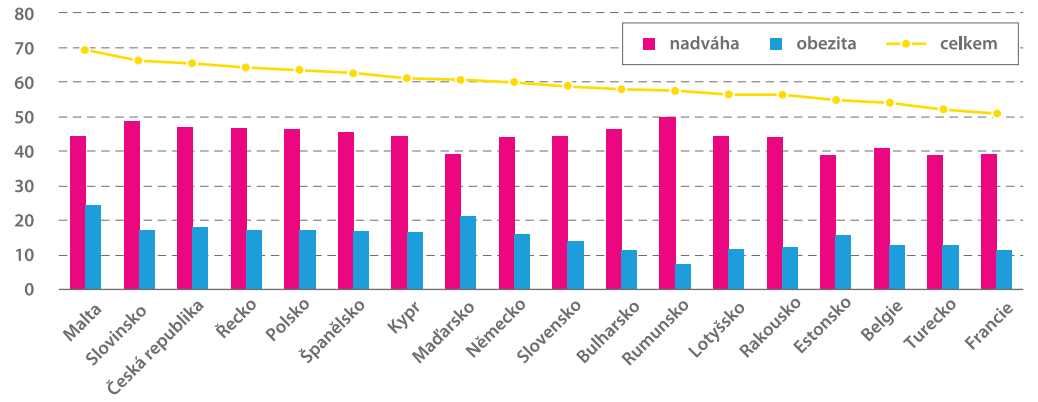
Proti chřipce se nechalo očkovat celkem 10 % respondentů. Zhruba 2/3 respondentům byl měřen krevní tlak, měření hladiny cholesterolu bylo provedeno u 46 % dotázaných, glykémie rovněž. Onkologická prevence nebyla respondenty v posledních 12 měsících využívána tak často, zatímco stěr z děložního čípku byl proveden u 41 % žen, mamografické vyšetření podstoupilo jen 18 % žen a test na okultní krvácení byl proveden zhruba 6 % respondentů. Ve věkových skupinách, na které jsou screeningové programy zaměřeny, jsou však podíly osob s vyšetřením vyšší.

Obezita a nadváha

Šetření přináší cenné informace např. o výskytu obezity a nadváhy v populaci, ale i o kuřáctví apod. Nadváhu, tedy index vyšší než 25 kg/m^2, mělo v roce 2008 celkem 63 % mužů a 54 % žen, přitom zhruba 17 % všech respondentů spadá do kategorie obezity (BMI v hodnotě 30 kg/m^2 a více). Denně kouřilo v roce 2008 zhruba 30 % mužů a 20 % žen, dalších 8 % představují kuřáci příležitostní. Nikdy nekouřilo 43 % mužů a 59 % žen.

Velice důležitou roli zde hraje možnost srovnání s ostatními zeměmi a zařazení ČR v mezinárodním kontextu. Z grafu je zřejmé, že například z hlediska výskytu obezity a nadváhy není situace v ČR nikterak příznivá, zejména u mužů je podíl osob s obezitou či nadváhou relativně vysoký, také u žen se však jedná o údaj nadprůměrný.

Výskyt nadváhy a obezity v ČR a vybraných zemích EU, muži, 2007–2010 (v %)



Zdroj: Eurostat

Výsledky šetření EHIS jsou zpracovány formou publikace dostupné zde ***http://www.uzis.cz/publikace/evropske-vyberove-setreni-zdravi-ceske-republice-ehis-2008***. Další šetření EHIS bude provedeno v zemích EU v letech 2013–2015.

Šárka Daňková
Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Máme se bát registrů ve zdravotnictví?

Odpověď hledal časopis Statistika & My u **Farese Shimy,** ředitele odboru informatiky na Ministerstvu zdravotnictví ČR.

Evropská unie přechází k „evropskému prostoru elektronického zdravotnictví". Co je tím hlavním důvodem?
Aby zdravotnické informace, které mohou vést k záchraně života, byly k dispozici v potřebném místě a čase. To je velmi důležité v souvislosti s tím, jak roste přeshraniční pohyb občanů a pacientů. Aby k tomu vůbec mohlo dojít, musí se zlepšit spolupráce mezi členskými státy v oblasti tzv. interoperability elektronických zdravotnických systémů a aplikací. Ty totiž tvoří základní součást systémů elektronického zdravotnictví. Zpřístupnění informací o pacientech by mělo zlepšit kvalitu a bezpečnost jejich péče v celé Evropské unii.

V České republice byla v minulosti zavedena celá řada registrů pro potřeby rezortu Ministerstva zdravotnictví ČR. Vznikaly na různých místech a spravovaly je různé subjekty, které přitom používaly různé technologie. Jejich využití je dost komplikované, co s tím?
Ministerstvo zdravotnictví začalo problém registrů systémově řešit, a proto zřídilo Koordinační středisko pro resortní zdravotnické informační systémy. Do něj byly soustředěny technologie velké části strategických zdravotních registrů. Patří sem národní zdravotní registry, které tvoří Národní zdravotní informační systém, dále registry hygienické služby a specializované zdravotnické informační systémy.

Zmínil jste Národní zdravotnický informační systém. Můžete, prosím, vysvětlit jeho hlavní význam?
Tak to je určitě sběr dat k hodnocení zdravotního stavu obyvatelstva a jeho vývoje. Měl by sloužit také ke sledování výskytu společensky závažných nemocí a jejich důsledků. Zároveň slouží jako podklad pro hodnocení účelnosti diagnostických a léčebných postupů a sledování vývoje, příčin a důsledků nejenom závažných onemocnění, ale i důsledků ekonomických a jejich dopady do sociální sféry a ekonomiky sociálního systému. Registry slouží jako zdroj informací pro státní i zdravotnickou statistiku a pro výpočty potřebných zdravotnických ukazatelů. Význam zdravotních registrů mimo jiné také spočívá v jejich možnosti monitorovat současné trendy v kvalitě poskytování zdravotní péče v celé České republice v porovnání s ostatními evropskými státy.

Jakou mají pacienti jistotu, že data v registrech budou dobře střežena a nedojde k jejich zneužití?
Předávání osobních a dalších údajů do Národního zdravotnického informačního systému a pro potřeby vedení národních zdravotních registrů se vždy řídí rozsahem vymezeným zákonem a je vždy v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů. Individuální osobní údaje z registrů nejsou veřejně přístupné. Údaje z registrů jsou poskytovány pouze v agregované podobě (např. za územní celky, za druhy zdravotnických zařízení, za skupiny diagnóz, za jednotlivé diagnózy). Pouze pro vědecké a výzkumné účely lze poskytnout neagregované anonymizované údaje. Ochrana dat ve zdravotních registrech je na vysoké úrovni. Přístup k individuálním údajům mají pouze pověření pracovníci správce a zpracovatele registrů, tvz. správci databáze, a oprávnění pracovníci poskytovatelů zdravotních služeb, kteří do registru vkládají data za své pacienty a vidí jen svá data.

„Ochrana dat ve zdravotních registrech je na vysoké úrovni," říká **Fares Shima**.

Vraťme se ještě k otázce elektronizace zdravotnictví. Co si pod tím máme konkrétně představit?
Elektronizace zdravotnictví je důležitým krokem ke korektní výměně dokumentace mezi zdravotnickými zařízeními. Přinese zrychlení a zkvalitnění péče o pacienta, poskytne komplexní dokumentaci ošetřujícímu lékaři v daleko kratším čase, než tomu bylo možné u papírové dokumentace. Pokud bude zapotřebí zásahu lékaře záchranné služby, zase tu bude hrát čas pro pacienta. A v neposlední řadě dojde k výrazným úsporám nákladů v souvislosti se specializovanými vyšetřeními a konzultací specialisty. Tady bych rád zmínil projekt výměny elektronické obrazové dokumentace mezi zdravotnickými zařízeními, tzv. ePOS, který zaštítila Všeobecná fakultní nemocnice v Praze.

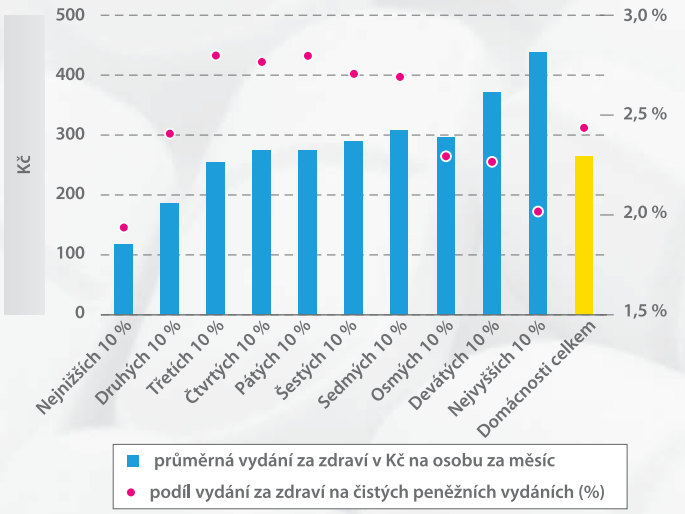
K čemu takový registr bude?
Registr obrazových informací poskytne lékařům informace o provedených vyšetřeních pro zvoleného pacienta ve všech zdravotnických zařízeních zapojených do systému.

Michal Novotný | odbor vnější komunikace

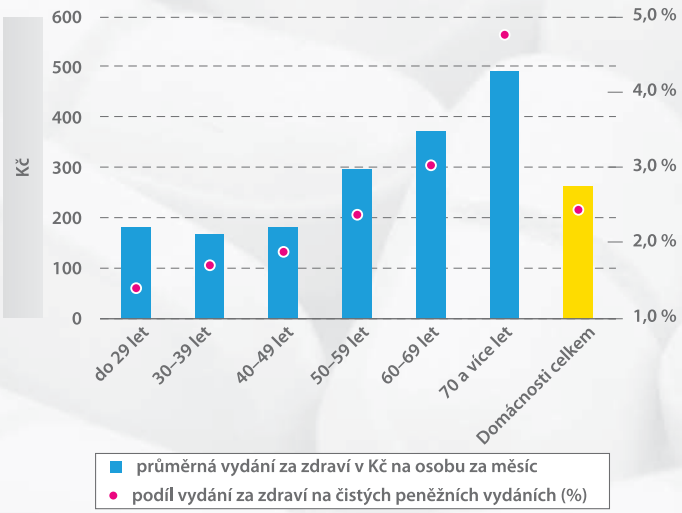
Sonda do českého zdravotnictví

Kolik utratily české domácnosti za zdraví v letech 2006–2011 a jaká byla jejich vydání v roce 2010 se dozvíte z grafů a kartogramu na str. 22 z výběrového šetření statistiky rodinných účtů. Grafy na str. 23 shrnují výdaje na zdravotní péči z pohledu zdravotnických účtů v ČR.

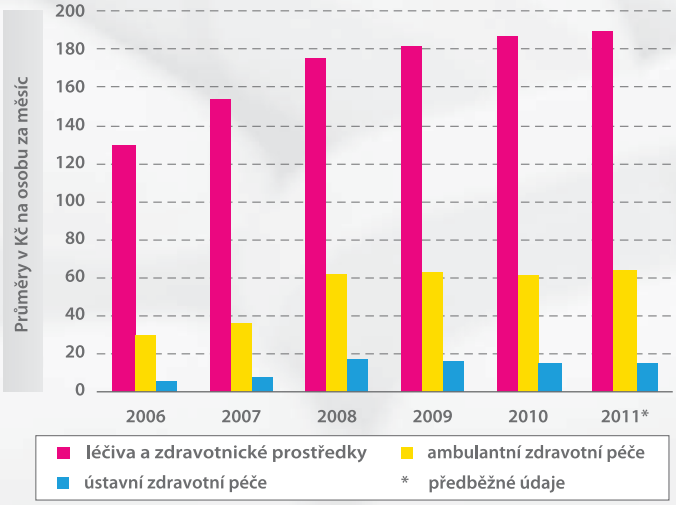
Vydání domácností statistiky rodinných účtů za zdraví podle čistého peněžního příjmu (decily) v roce 2010



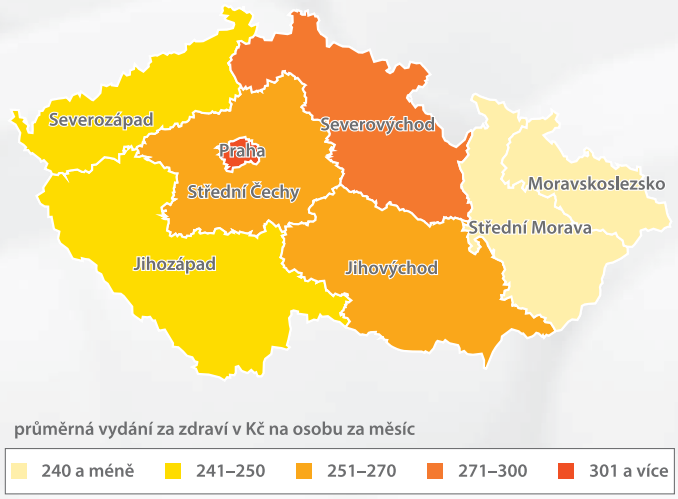
Vydání domácností statistiky rodinných účtů za zdraví podle věku osoby v čele v roce 2010



Podrobná vydání domácností statistiky rodinných účtů za zdraví v letech 2006–2011

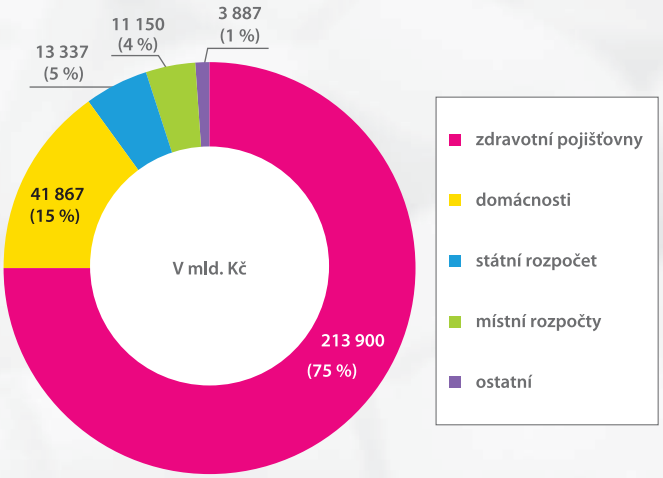


Vydání za zdraví domácností statistiky rodinných účtů podle oblastí (NUTS II) v roce 2010

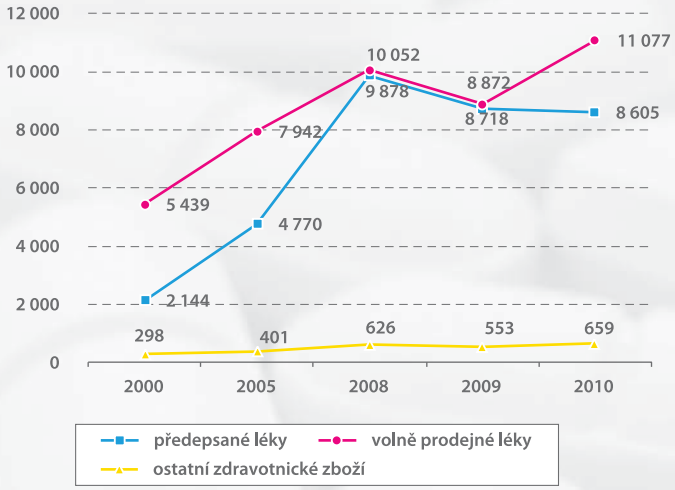


Zdroj: ČSÚ

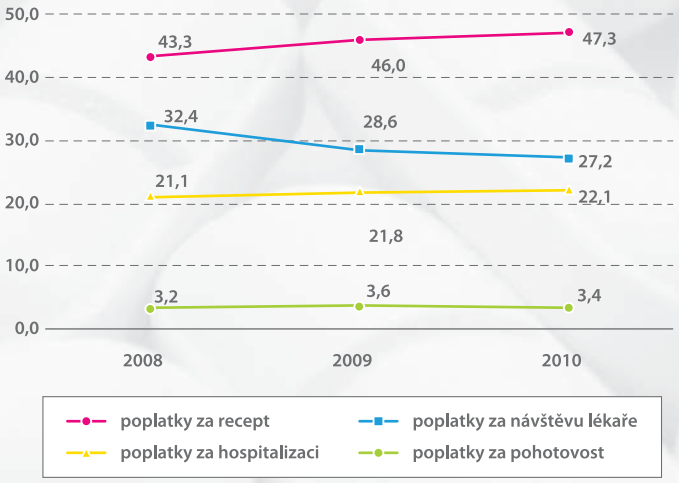
Struktura výdajů na zdravotnictví podle zdrojů financování v roce 2010



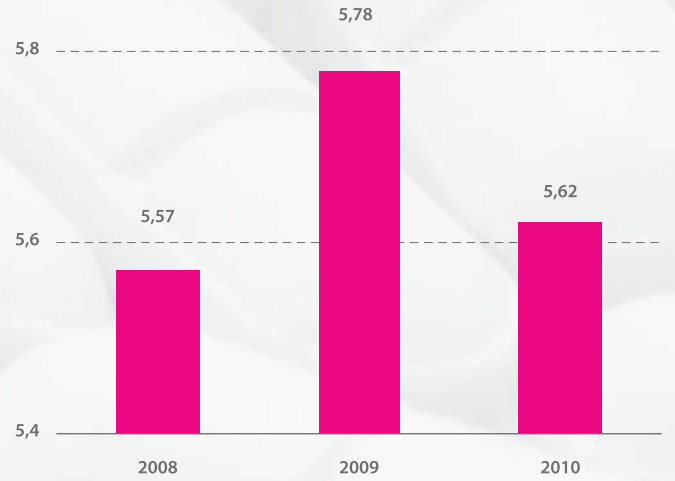
Výdaje domácností za léky v období 2000–2010 (v mil. Kč)



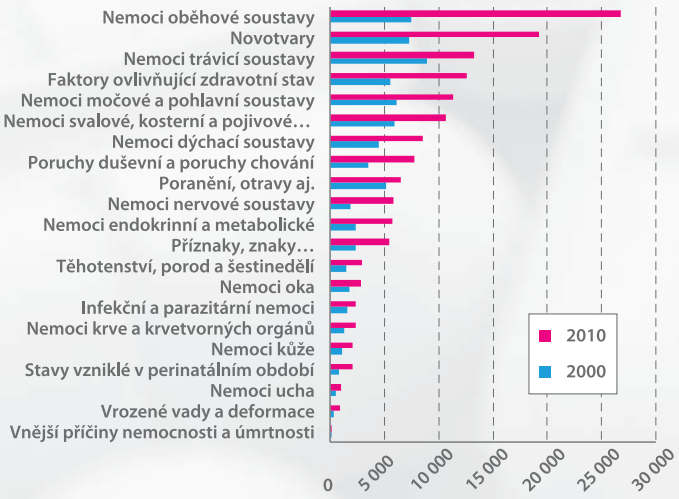
Výdaje za jednotlivé regulační poplatky v letech 2008–2010 (v %)



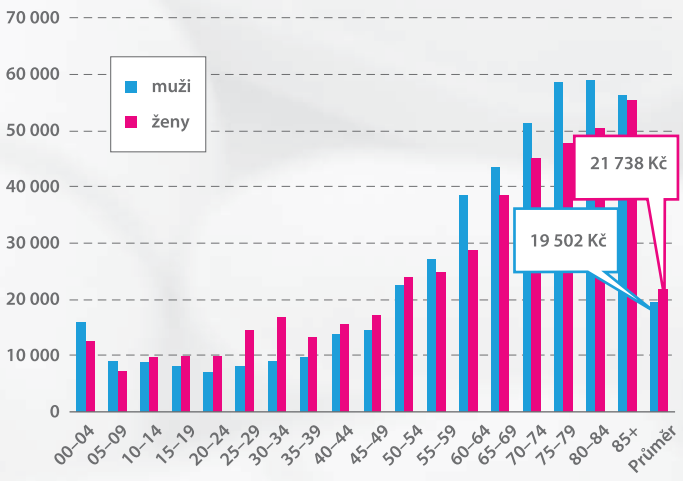
Celkové výdaje za regulační poplatky v letech 2008–2010 (v mld. Kč)



Výdaje na zdravotní péči podle diagnóz v roce 2010 (v mil. Kč)



Průměrné výdaje na zdravotní péči za 1 pojištěnce v roce 2010 (v Kč)



Zdroj: ČSÚ

Statistika zemřelých podle příčin smrti se změnila

Data o úmrtnosti podle příčin smrti jsou jednou ze skupiny ukazatelů používaných pro vyjádření zdravotního stavu populace. **Zavedení automatizovaného kódování** od roku 2011 přispělo k výraznému zvýšení jejich kvality.

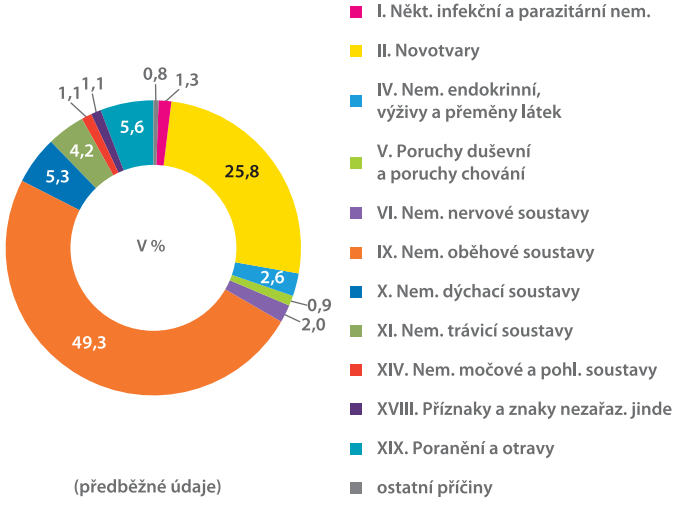
Výsledná kvalita dat o úmrtnosti závisí na dvou faktorech: na zaznamenávání příčin smrti lékaři na Listu o prohlídce zemřelého a na výběru základní příčiny smrti podle stanovených pravidel Světové zdravotnické organizace (WHO).

Kódování příčin

Koncept základní příčiny smrti a její statistické zpracování zavedla 6. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN). Do té doby byla zpracovávána bezprostřední příčina smrti. Základní příčina smrti je definována jako choroba nebo trauma, které inicializovaly řetězec chorobných stavů přímo vedoucích k smrti, nebo jako okolnosti příhody nebo násilí, které přivodily smrtelné poškození.

Výběr základní příčiny smrti je založen na diagnózách uvedených lékařem na Listu o prohlídce zemřelého. V části I je zaznamenáván řetězec příčin přímo vedoucích ke smrti. Část II slouží k uvádění stavů sice přispívajících ke smrti, ale bez vztahu k základnímu řetězci. Tzv. kódování příčin smrti probíhá v rámci zpracování všech statistických hlášení demografické statistiky. Ve výstupní databázi zemřelých je vedena pouze základní příčina smrti, podle které se připravují všechny výstupy.

Struktura zemřelých podle tříd příčin smrti v roce 2011



(předběžné údaje)

Zdroj: ČSÚ

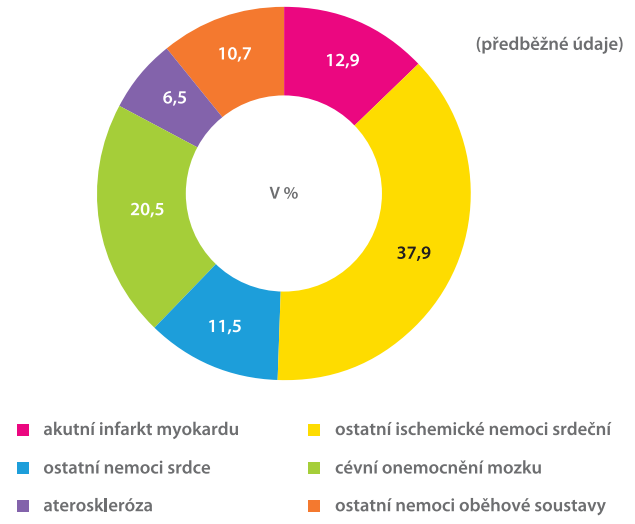
List o prohlídce zemřelého

Lékař, který ohledával mrtvého, vyplňuje **List o prohlídce zemřelého (LPZ), dříve List o prohlídce mrtvého**, na jehož základě vyplní matriční úřad statistické hlášení o úmrtí (Obyv 3–12). To je pak zasíláno ČSÚ k centrálnímu zpracování.

Od roku 2013 bude sběr dat o zemřelých v souvislosti s novou vyhláškou o Listu o prohlídce zemřelého (s účinností od 1. 4. 2012) probíhat upraveným způsobem, kdy na matriční úřad (a pohřební službu) půjde pouze „administrativní část" Listu o prohlídce zemřelého (část A) a další údaje o zemřelém, včetně příčin smrti, půjdou na ÚZIS ČR (část B).

Na podkladě části A matriční úřad vyplní **statistické hlášení** Obyv 3–12, které již **nebude obsahovat údaje o příčinách smrti**. Ty obdrží Český statistický úřad od Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR ze zpracování částí B Listu o prohlídce zemřelého.

Struktura zemřelých na nemoci oběhové soustavy v roce 2011



Zdroj: ČSÚ

Zkvalitnění procesu

V České republice byly od zavedení 10. revize MKN v roce 1994 realizovány dva programy pro zvýšení kvality statistiky příčin smrti. Prvním byl grantový projekt Improvement of statistics of Causes of Death, který se uskutečnil v letech 2006–2007 (dílčí projekt grantu Evropské Komise Transition Facility Multi-Beneficiary Programme for Statistical Integration in 2004), v jehož rámci se realizovaly aktivity cílené na zkvalitnění dat jak na vstupu, tak na výstupu. V oblasti certifikace příčin smrti lékaři šlo zejména o vybavení lékařů a lékařských fakult informačním letákem či brožurou s klíčovými informacemi o uvádění příčin smrti na LPZ. V oblasti zkvalitnění procesu výběru základní příčiny smrti se jednalo zejména o odstranění postupů, které nebyly v souladu s pravidly WHO, a o zavedení tzv. ACME (Automated Classifiaction of Mecal Entities) rozhodovacích tabulek v papírové podobě do praxe, což jsou tabulky poskytující úplný výčet všech vztahů mezi onemocněními, který je potřeba pro aplikaci pravidel výběru základní příčiny smrti.

Druhým byl projekt Quality improvement of causes of death statistics by automated coding (rovněž spolufinancovaný Evropskou Komisí), který řešil implementaci automatizovaného kódování (ACS – Automated Coding System) do zpracování statistiky příčin smrti v ČSÚ od roku 2011. Význam automatizovaného kódování spočívá v zajištění výrazně větší homogenity kódovacích procedur než při manuálním kódování, čímž dochází k eliminaci (nevyhnutelného) subjektivního přístupu jednotlivých pracovníků provádějících kódování a výběr základní příčiny. ACME rozhodovací tabulky jsou součástí softwaru pro automatizované kódování a jejich zavedení do kódovací praxe v rámci předchozího projektu bylo de facto předstupněm přechodu na ACS. Vstupy pro ACS jsou kódy všech stavů uvedených na statistickém hlášení v části o příčinách smrti, včetně jejich pozice.

Pro implementaci v ČSÚ byl zvolen software IRIS (výsledek mezinárodního projektu expertů z Francie, Maďarska, Německa a Švédska), který byl vyvinut pro aplikaci automatizovaného kódování v neanglicky mluvících zemích. Jedná se v podstatě o nadstavbu amerického softwaru MMDS (Mortality Medical Data Systém) vyvíjeného od roku 1967. Tento program má nicméně své limity, výběr základní příčiny v případě mateřských, perinatálních a vnějších onemocnění není dostatečně spolehlivý a je nutné v těchto případech uplatňovat manuální výběr.

Součástí projektu zavádějícího IRIS byla i studie, jak ACS ovlivnilo strukturu statistiky příčin smrti. Zakládala se na 25 tis. statistických hlášeních o úmrtí ze začátku roku 2010 a ukázala, že 86,4 % hlášení bylo možné zpracovat automatizovaně a že se částečně změnila struktura zemřelých podle příčin smrti. Změny však nesouvisely pouze s přechodem na automatizované kódování, ale i s implementací aktualizací MKN-10, které se v České republice uskutečnily v letech 2009 a 2011. Největší přírůstky totiž zaznamenaly třídy, u kterých došlo ke změnám pravidel výběru základní příčiny, a to V. třída (poruchy duševní a poruchy chování) a VI. třída (nemoci nervové soustavy). Tyto třídy se ovšem podílejí na celkové úmrtnosti jen okrajově. Naopak největší úbytky se objevily u XVIII. třídy (příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde) a X. třídy (nemoci dýchací soustavy).

Více podrobností můžete čerpat z publikací ČSÚ:

Demografická ročenka ČR 2010 – kapitola G, Zemřelí podle příčin:
http://czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/4019-11

Vývoj obyvatelstva České republiky v roce 2010 – kapitola VI., Úmrtnost:
http://czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/4007-11

Zemřelí podle seznamu příčin, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech 2001 až 2010:
http://czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/4017-11

Další informace najdete na ***www.uzis.cz***

Magdaléna Poppová
Terezie Štyglerová
oddělení demografické statistiky

Co stojí za vznikem nádorů?

Odhalit příčiny rakoviny se považuje za nemožné. Do hry vstupuje mnoho faktorů a také fakt, že ke vzniku nádorů dochází až za poměrně dlouhou dobu. Statistika pomáhá tento mýtus bořit.

Vrcholem statistického zpracování velkého množství dat jsou přehledné mapy České republiky, které podávají ucelený obrázek o situaci jednotlivých okresů z různých úhlů pohledu. Porovnejme radiometrickou mapu České geologické služby, dvě mapy Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) a mapu překročených imisních limitů Českého hydrometeorologického ústavu. Jejich vzájemným porovnáním dojdeme k překvapujícím zjištěním.

Předpokládejme, že vznik rakoviny ovlivňuje pravidelný přísun malého množství škodlivin obsažených ve vodě a vzduchu. Prostřednictvím vody může na lidský organismus negativně působit radon a další radioaktivní látky, které se do vody dostaly z podloží, a toxické látky z průmyslového a automobilového znečištění. Česká republika se vyznačuje vysokým zastoupením radonu v podloží. Téměř dvě třetiny republiky se potýkají s jeho vyšším výskytem. Radiometrická mapa České republiky ukazuje dávkový příkon (v nGy/h = nanogray za hodinu).

Novotvary zaujímají druhé místo na pomyslném žebříčku výdajů na zdravotní péči v roce 2010.

Rakovina tlustého střeva

V tlustém střevě dochází k resorpci velkého množství vody. Povrch střeva je totiž mnohonásobně zvětšen množstvím klků. Trávenina v tlustém střevě zůstává až 30 dní. Pokud člověk bydlí v oblastech, kde se vyskytuje radon, uran, radioaktivní draslík apod., dá se předpokládat, že do svého organismu dostane spolu s vodou i tyto radioaktivní látky, které právě pobytem v tlustém střevě mohou napáchat mnoho škod.

Porovnejme radiometrickou mapu s mapou výskytu zhoubných nádorů tlustého střeva. Na západě a jihu Čech je radiační zátěž vyšší v okresech Sokolov, Karlovy Vary, Tachov, Klatovy, Strakonice, Písek, Příbram a Jindřichův Hradec. Výskyt rakoviny tlustého střeva a konečníku u mužů je v rozmezí 100,0–110,9 případů na sto tis. obyvatel v okresech Karlovy Vary, Tachov, Domažlice, Klatovy, Příbram, Strakonice, Písek, Tábor, Pelhřimov a Jindřichův Hradec. Výskyt 111,0 a více případů na sto tis. mužů je v okresech Plzeň-město, Rokycany a Plzeň-jih. Ve středních Čechách je vyšší výskyt rakoviny tlustého střeva u mužů patrný v okresech Praha, Mladá Boleslav, Nymburk a Kolín, přestože radiační zátěž je v těchto místech nízká. Dá se předpokládat, že radon v tomto případě není dominantní příčinou rakoviny tlustého střeva. Je třeba se podívat na další možnost průmyslového znečištění pitné vody.

Na Moravě koresponduje vysoký výskyt rakoviny tlustého střeva v okrese Ostrava-město s vyšší radiační zátěží, nikoli však v okrese Zlín, kde příčinou může být jiné znečištění pitné vody. Podobný problém může být v okresech Přerov a Prostějov, kde je zaznamenán vyšší výskyt rakoviny tlustého střeva u žen. Vyšší výskyt rakoviny tlustého střeva mužů v Jablonci nad Nisou koresponduje i s vyšší radiační zátěží.

Zdroje bližších informací

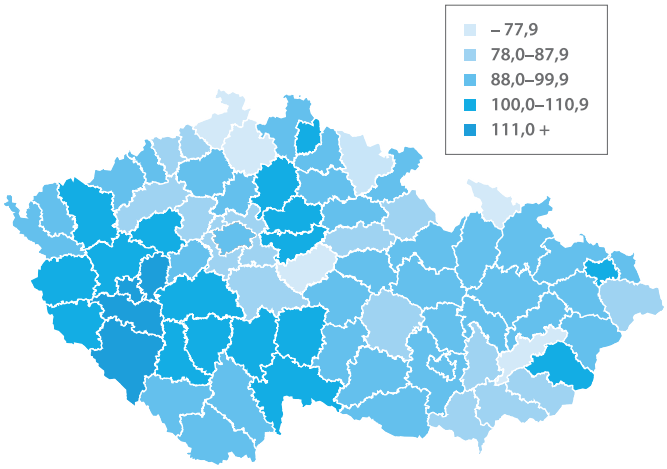
Mapy z ÚZIS ČR – Výskyt nádorů tlustého střeva u mužů a prsu u žen naleznete na: ***http://www.uzis.cz/publikace/novotvary-2008***

Radiometrickou mapu České geologické služby si můžete prohlédnout na: ***http://www.geology.cz/extranet/vav/aplikovana-geologie/radon***

Mapa překročených imisních limitů ČHMÚ je k dispozici na stránkách: ***http://www.chmi.cz/files/portal/docs/uoco/isko/grafroc/groc/gr10cz/kap243.html***

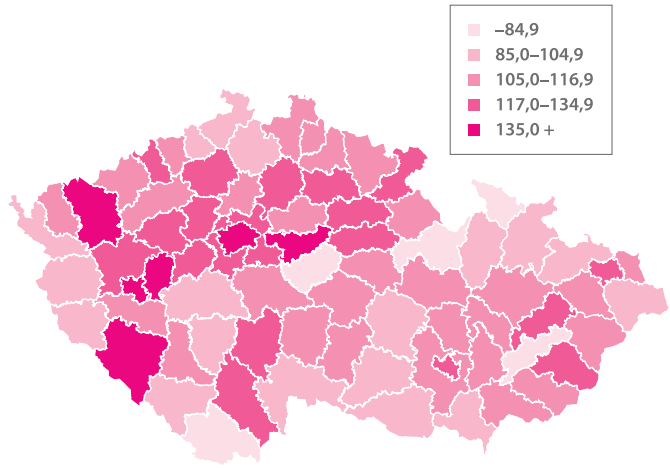
http://www.chmi.cz/files/portal/docs/uoco/isko/grafroc/groc/gr10cz/png/oII43x2zdrTV.png

Výskyt zhoubných nádorů tlustého střeva a konečníku na 100 tis. mužů (průměr 2004–2008)



Zdroj: ÚZIS ČR

Výskyt zhoubných nádorů prsu na 100 tis. žen (průměr 2004–2008)



Zdroj: ÚZIS ČR

Rakovina prsu

Rakovina prsu může souviset s toxickými látkami, které jsou rozpustné v tucích. Pravděpodobně se bude jednat o látky, které přinášejí prachové částice označované jako PM_{10}, $PM_{2,5}$ a PM_1. Tyto látky vznikají spalováním benzínu, nafty, uhlí, dřeva, odpadků apod. Na ně mohou být navázány látky jako např. polycyklické aromatické uhlovodíky (PAHs). Porovnejme mapu výskytu zhoubných nádorů prsu s mapou překročených imisních limitů.

Okresy, kde je výskyt rakoviny prsu nejčastější (vyšší než 117,0 případů na sto tis. žen), korespondují s těmi, kde je zhoršená kvalita ovzduší. Jde o území s překračovanými imisními limity pro ochranu zdraví bez zahrnutí ozónu. Každoročně o tom podává zprávu Český hydrometeorologický ústav. Nejvyšší výskyt zhoubných nádorů prsu (nad 135,0 případů na sto tis. žen) byl zaznamenán v okresech Karlovy Vary, Klatovy, Plzeň-město, Rokycany, Praha, Brno a Kolín. Vysoký výskyt nádorů prsu na Karlovarsku lze vysvětlit blízkostí elektrárny v sokolovské uhelné pánvi. Je otázka, zda se ve spalinách nevyskytují nejtoxičtější látky, jako jsou dioxiny a benzopyreny.

Příčiny masivního onemocnění rakovinou prsu v okrese Klatovy nejsou odhaleny. Vyskytuje se zde hodně lokálních a průmyslových topenišť, kde se spalují spolu se dřevem i odpadky? Je toto důvodem možného výskytu dioxinů? Dochází zde k mokré depozici polutantů ze severočeských elektráren? Je potřeba se nad příčinami výskytu rakoviny prsu v tomto okrese zamyslet.

Vysoký výskyt rakoviny prsu (nad 135,0 případů na sto tis. žen) se objevuje také ve velkých městech – Praha, Brno, Plzeň. Ve středních Čechách je takto postižen ještě okres Kolín. Je otázka, jaký význam má v této souvislosti automobilová doprava a spalovny komunálních odpadů.

Druhý nejvyšší výskyt rakoviny prsu (117,0–134,9 případů na sto tis. žen) je v okresech: Plzeň-sever, Most, Litoměřice, Rakovník, Kladno, Beroun, Praha-západ, Praha-východ, Mělník, Mladá Boleslav, Jičín, Hradec Králové, Pardubice a Náchod. Kromě oblastí ve východních Čechách jsou to okresy, kde bylo v roce 2010 patrné překročení imisních limitů. V jižních Čechách jsou to zase okresy České Budějovice a Tábor, kde byl zaznamenán i vyšší výskyt imisí než v jiných oblastech tohoto kraje. Na Moravě se jedná o okresy Ostrava-město, Zlín a Prostějov.

Polycyklické aromatické uhlovodíky (PAHs)

Vznikají při nedokonalém spalování paliv, která obsahují uhlík – jako např. dřevo, uhlí, nafta, tuky a tabák. Některé složky polycyklických aromatických uhlovodíků jsou karcinogenní, mutagenní a teratogenní. Toxicita PAHs souvisí s jejich prostorovým uspořádáním a počtem kruhů. Mezi PAHs patří řada karcinogenních látek. Nejznámější je benzo[a]pyren, který vyřazuje z funkce gen, který má za úkol opravovat poškozenou DNA. Velmi problematické z tohoto hlediska mohou být i dioxiny, které vznikají hořením dřeva, uhlí apod. v přítomnosti chloridových iontů. To znamená, že mohou vznikat jak v průmyslových, tak v domácích topeništích, pokud se spaluje palivo spolu s PVC či s nějakými dalšími látkami, které obsahují chlór.

Jitka Řezníčková
oddělení pracovních sil, migrace a rovných příležitostí

V Praze se příliš nestoná

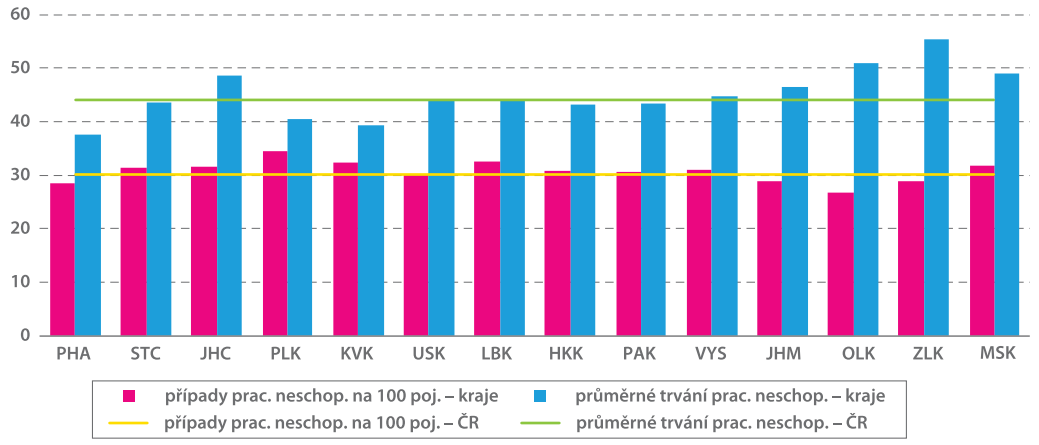
V důsledku pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz chybělo v roce 2011 v České republice na svých pracovištích denně 153 216 tis. pojištěnců. Ve srovnání se situací v roce 2010 to bylo téměř **o 9 tis. pojištěnců méně**.

Na vývoj pracovní neschopnosti měly vloni vliv legislativní změny. Týkaly se výše nemocenského, počátku poskytování nemocenského a výše dávek nemocenského pojištění.

Průměrný počet nemocensky pojištěných v roce 2011 činil 4 211,5 tis. osob, což je o 99,5 tis. více než v roce 2010 (4 311 tis. osob). Počet nově hlášených případů pracovní neschopnosti celkem se meziročně snížil z 1 324,9 tis. na 1 268,8 tis. případů (tj. téměř o 4,4 %).

V roce 2011 bylo 90,2 % všech případů pracovních neschopností zapříčiněno nemocí, 3,7 % pracovními úrazy a 6,1 % ostatními úrazy. V přepočtu na sto pojištěnců činil meziroční pokles nových případů pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 0,57 p. b., z 30,73 případů v roce 2010 na 30,16 případů v roce 2011, z toho bylo 27,18 případů pro nemoc, 1,12 pro pracovní úrazy a 1,83 pro ostatní úrazy. Průměrná délka trvání 1 případu pracovní neschopnosti se meziročně pouze mírně snížila ze 44,69 dní v roce 2010 na 44,08 dní v roce 2011. Průměrné procento pracovní neschopnosti v roce 2011 pouze mírně pokleslo, a to v meziročním srovnání téměř o 0,125 p. b. na současných 3,638.

Počet případů pracovní neschopnosti na 100 pojištěnců a průměrné trvání pracovní neschopnosti v krajích a ČR v roce 2011



Zdroj: ČSÚ

Faktor mateřství

Ženy tvoří 49 % všech nemocensky pojištěných osob, připadá na ně 52,2 % z celkového počtu pracovních neschopností. Vyšší podíl žen na pracovní neschopnosti pro nemoc patrně souvisí s mateřskou úlohou žen. Případy pracovní neschopnosti z celkového počtu pracovních úrazů jsou u žen hlášeny pouze z 28,6 %, což je dáno hlavně i odlišnou strukturou zaměstnanosti žen oproti mužům. Na celkovém počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti pro ostatní úrazy se ženy podílejí z 32,2 %. Průměrný počet nemocensky pojištěných žen meziročně klesl z 2 077 tis. v roce 2010 na 2 063 tis. v roce 2011. V roce 2011 bylo 94,2 % všech případů pracovních neschopností žen zapříčiněno nemocí, 2,1 % pracovními úrazy a 3,7 % ostatními úrazy. Počet nově hlášených případů pracovní neschopnosti žen celkem se meziročně snížil z 682,2 tis. v roce 2010 na 663,7 tis. případů v roce 2011 (tj. o 2,8 %). Průměrná délka trvání jednoho případu pracovní neschopnosti žen se meziročně snížila ze 45,73 dne v roce 2010 na 45,10 dne v roce 2011. Průměrné procento pracovní neschopnosti žen se meziročně snížilo ze 4,116 v roce 2010 na 3,974 v roce 2011.

Rozdíly v krajích

Rozdíly intenzity pracovní neschopnosti podle územního členění jsou značně ovlivněny strukturou zaměstnanosti, charakterem převažující ekonomické činnosti a mírou nezaměstnanosti v daném regionu.

V letech 2010 a 2011 rozdíly v počtu případů na sto pojištěnců v jednotlivých krajích nejsou příliš výrazné. V obou uvedených letech bylo nejvíce pracovních neschopností na sto pojištěnců hlášeno v Plzeňském kraji (33,80 v roce 2010 a 34,38 v roce 2011). Nejnižší počet případů byl v Olomouckém kraji (28,23 v roce 2010 a 26,74 v roce 2011).

Rozdíl mezi nejkratší a nejdelší průměrnou délkou pracovní neschopnosti v krajích v roce 2010 byl téměř 17 dnů, v roce 2011 téměř 18 dnů. Průměrná délka trvání 1 případu pracovní neschopnosti v České republice v roce 2011 byla 44,08 dnů (v roce 2010 byla 44,69 dnů).

Nejdelší průměrná doba trvání jednoho případu pracovní neschopnosti byla hlášena ve Zlínském kraji (v roce 2011 byla 55,30 dní, v roce 2010 činila 54,84 dní) a také v Olomouckém kraji (v roce 2011 se jednalo o 50,87 dní, v roce 2010 to bylo 50,68 dní). V Praze byla vloni díky relativně nízkému počtu případů pracovní neschopnosti na sto pojištěnců a krátké průměrné době trvání pracovní neschopnosti nejnižší hodnota průměrného procenta pracovní neschopnosti (2,927).

Poměrně nízké hodnoty průměrného procenta pracovní neschopnosti v roce 2011 byly evidovány také v Karlovarském kraji (3,472) a Ústeckém kraji (3,603). Nejvyšší hodnoty průměrného procenta pracovní neschopnosti byly ve Zlínském kraji (4,383) a v Moravskoslezském kraji (4,263). Nejvíce případů pracovní neschopnosti

na sto pojištěnců v roce 2011 bylo hlášeno u fyzicky náročných činností, jako jsou těžba a dobývání, kdy počet případů vloni činil 39,05 (v roce 2010 to bylo 39,97 případů), nebo u zpracovatelského průmyslu (v roce 2011 činil 36,50, v roce 2010 byl 36,77). Nejméně časté v roce 2011 byly případy pracovní neschopnosti u osob pracujících v oblasti výroby a rozvodu elektřiny, plynu, tepla a osob pracujících v oblasti nemovitostí, kdy počet případů byl menší než 21 (méně než 21 případů i v roce 2010). Zdrojem dat statistiky pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v České republice je státní statistický výkaz Nem Úr 1-02 doplněný údaji z administrativního zdroje, kterým je informační systém České správy sociálního zabezpečení.

Více informací se dozvíte v publikaci Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz: ***www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/3305-11.***

Anita Hrivíková
oddělení statistiky vzdělávání, zdravotnictví, kultury a sociálního zabezpečení

Čísla o zdravotně postižených

Výsledky historicky prvního **Výběrového šetření o zdravotně postižených osobách** z roku 2007 umožnily veřejnosti nahlédnout na zdravotní charakteristiky a sociálně-ekonomicky znevýhodněné skupiny.

Český statistický úřad (ČSÚ) a Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR) svým výběrovým šetřením o zdravotně postižených osobách poskytly státním orgánům i nestátním organizacím výchozí informace a argumenty pro jejich rozhodování. Nemalou informační hodnotu mají dosažená zjištění i pro ostatní uživatele statistických dat – pro poskytovatele zdravotních a sociálních služeb, studenty středních a vysokých škol, instituce vědy a výzkumu, kraje a obce.

Zdravotně postiženým **nejčastěji pomáhají členové rodiny** – více než 60 %.

První výsledky

Cíle zjišťování byly založeny na dvou přístupech. V prvé řadě byly sledovány zdravotní charakteristiky, nemalý význam však mělo i šetření údajů sociálně-ekonomického zaměření. Jaká byla hlavní zjištění z tohoto šetření?

Podle odhadů ČSÚ žilo v České republice 1 015 548 osob se zdravotním postižením (téměř 10 % celé populace). Z celkového počtu osob se zdravotním postižením byl podíl žen nepatrně vyšší než mužů (52 %). Úroveň vzdělání osob se zdravotním postižením byla v porovnání s celkovou populací ČR výrazně nižší. Ve skupině zdravotně postižených starších 15 let výrazně převládal počet osob se základním vzděláním (38 %). Struktura populace osob se zdravotním postižením podle rodinného stavu se oproti celkové populaci vyznačovala především nižším podílem vdaných či ženatých jednotlivců. K nejčastějším typům postižení u obyvatel České republiky obecně patřila onemocnění vnitřních orgánů, a to zejména nemoci oběhové soustavy, novotvary a nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek. S nepatrným rozdílem je následovaly nemoci pohybového ústrojí. Oba uvedené typy postižení se vyskytovaly u více než 500 tis. osob se zdravotním postižením. Kompenzační pomůcky potřebovali zejména lidé se zrakovým, sluchovým a tělesným postižením – více než 60 %. Pomoc osobám se zdravotním postižením bez rozdílu typu postižení nejčastěji zajišťovala rodina – více než 60 %. U osob se zdravotním postižením činil podíl zaměstnanců a osob výdělečně činných pouze 14 %. Z celkového počtu zdravotně postižených v ČR žilo 87 % ve standardním bytě nebo domě.

Další kolo

Zajímá vás, kolik lidí se zdravotním postižením u nás žije v současné době nebo zda se zlepšilo jejich vzdělání? Odpovědi přinese příští Výběrové šetření osob se zdravotním postižením, které se uskuteční v letech 2013–2014. ČSÚ naváže na osvědčenou spolupráci s ÚZIS ČR z prvního výběrového šetření. Aby byla zajištěna srovnatelnost u obou šetření, chceme informace o zdravotně postižených osobách opět získávat prostřednictvím praktických lékařů pro dospělé, děti a mládež a lékařů působících ve specializovaných ústavech. Organizačně se jedná o poměrně náročné šetření. Proto byly již letos v březnu zahájeny přípravné práce. Výsledky budou zveřejněny v dubnu 2014.

Vladimíra Kalnická
oddělení statistiky vzdělávání, zdravotnictví, kultury a sociálního zabezpečení

Každý pátý trpí dlouhodobými zdravotními problémy

Průměrný počet osob ve věku 15–64 let dosáhl v minulém roce 7 345 tis. Z nich 1 341 tis. osob uvedlo, že mají dlouhodobé zdravotní problémy. Zdravotní kondici zásadně ovlivňuje **věk a druh vykonávaného zaměstnání**.

Nejčastějšími příčinami hlavních zdravotních potíží jsou jednak nemoci pohybového aparátu, podpůrného či svalového, a dále onemocnění srdce a oběhové soustavy. Celkem 274 tis. dotazovaných uvedlo, že jejich hlavním dlouhodobým problémem jsou potíže s horními či dolními končetinami. Dlouhodobé potíže se zády nebo krkem mělo dokonce 295 tis. osob. Nemoci srdce a oběhové soustavy uvedlo jako hlavní zdravotní problém téměř tolik osob (256 tis.) jako těch, které trpí především onemocněním končetin. Uvedené druhy onemocnění (pohybového aparátu a nemoci oběhové soustavy) tak považovaly za hlavní příčinu svých problémů téměř dvě třetiny osob se zdravotními potížemi. Zdravotní problémy pociťují o něco častěji ženy (707 tis., tj. 19,5 %) než muži (634 tis., tj. 17,1 % všech mužů).

Do třicítky bez problémů

Nejdůležitějším faktorem ovlivňujícím zdravotní stav populace je jednoznačně věk respondenta. Jestliže dlouhodobé zdravotní problémy pociťoval každý pátý respondent ve věku 15–64 let, v nejmladší pětileté skupině 15–19letých to bylo pouze 5 % respondentů. Relativně nízký podíl osob s dlouhodobými problémy je patrný až do věku 30 let. Po třicítce lze pozorovat výrazně rychlé zvyšování podílu osob s dlouhotrvajícími zdravotními problémy. Podíly mužů a žen s těmito problémy jsou přitom zhruba shodné až do čtyřiceti let. Po dosažení čtyřicítky však podíl žen se zdravotními problémy roste rychleji, než je tomu u mužů. Tento stav se vyrovnává až ve skupině 60–64 let, kdy se u mužů i u žen blíží k polovině všech osob daného věku (42,7 %). Do důchodu tedy odchází značný počet mužů a žen, kteří jsou podle svého názoru dlouhodobě nemocní.

S věkem roste výskyt většiny onemocnění. Zvyšuje se počet a podíl osob s onemocněním pohybového aparátu, oběhového ústrojí a cukrovky. Za pozornost stojí skutečnost, že počet onemocnění srdce a oběhového ústrojí je v celé sledované věkové skupině u mužů od nejmladšího věku zřetelně vyšší než u žen a vyrovnává se až po dosažení šedesáti let. Na druhé straně lze považovat některá onemocnění za typická především pro mladou generaci. Pokud mladí trpí dlouhodobými problémy, jedná se často o kožní onemocnění nebo plicní či dýchací potíže.

V analýze publikované v lednu 2012 na téma ekonomické aktivity důchodců, kterou naleznete na webových stránkách ČSÚ na adrese: ***http://czso.cz/csu/csu.nsf/ainformace/799800315550***, bylo dokumentováno, že počet pracujících žen po dosažení šedesáti let prudce klesá a se zhruba pětiletým odstupem i počet pracujících mužů. Zdravotní stav populace v tomto věku spolu s dosažením hranice pro pobírání starobního důchodu jsou rozhodujícími faktory ovlivňujícími případnou další aktivní činnost respondentů.

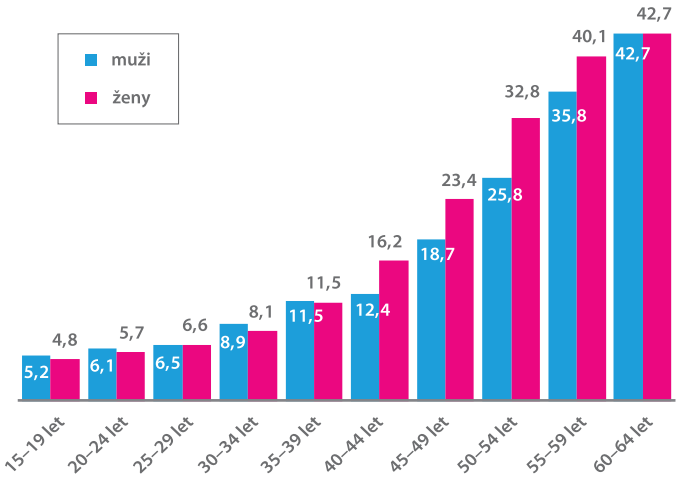
Jaký vliv má povaha zaměstnání?

Ve skupině zaměstnaných osob lze z propojení výsledků standardního

Ad hoc modul: Součást národních výběrových šetření zemí EU

V průběhu roku 2011 zjišťoval ČSÚ v rámci výběrového šetření pracovních sil **údaje o zdravotním stavu respondentů ve věku 15–64 let** (asi 30 tis. osob). Tento ad hoc modul byl součástí národních výběrových šetření ve všech členských zemích Evropské unie. Podle platné mezinárodní definice jsou **dlouhodobé problémy** takové, které trvají, nebo je pravděpodobné, že budou trvat nejméně šest měsíců. Je pro ně typické, že mají permanentní charakter a lze očekávat potřebu dlouhodobé zdravotní péče.

Podíl osob s dlouhotrvajícími zdravotními problémy podle věku a pohlaví, 2011 (v %)



Zdroj: ČSÚ

výběrového šetření ad hoc modulu 2011 posoudit i souvislosti mezi zdravotním stavem a dalšími atributy, které zpětně ovlivňují zdravotní kondici respondentů. Z výsledků šetření je patrný vliv konkrétního zaměstnání na výskyt dlouhotrvajících zdravotních problémů respondentů.

Nejvyšší počty dlouhodobě nemocných jsou jednoznačně ve velkých hlavních třídách 5 a 7 CZ ISCO – řemeslníci a opraváři a pracovníci ve službách a prodeji. Značný počet osob se zdravotními problémy je i ve třídě obsluha strojů a zařízení a ve třídě techničtí a odborní pracovníci, která je, co do celkového počtu pracujících, ze všech tříd největší.

Existuje velká diference v podílu osob s dlouhotrvajícími zdravotními problémy na celkové zaměstnanosti v jednotlivých třídách CZ ISCO. Relativně nejméně uvádějí zdravotní problémy zákonodárci a řídící pracovníci a obdobně specialisté či techničtí a odborní pracovníci. S tím kontrastuje podíl onemocnění ve skupině pracujících jako dělníci a provozní pracovníci. Podíl osob s dlouhodobými potížemi např. ve skupině kvalifikovaných dělníků v zemědělství je prakticky dvojnásobný v porovnání s hlavní třídou CZ ISCO 1 – zákonodárci a řídící pracovníci. Přitom obě tyto třídy se vyznačují obdobně vyšším podílem starších pracovníků na celkovém počtu pracujících. Nejčastěji trpí dlouhodobým onemocněním pomocní a nekvalifikovaní pracovníci, kde ho pociťuje každý čtvrtý pracující.

Zaměstnání vyžadující vyšší fyzické nasazení jsou obecně rizikovější pro zdravotní stav. Téměř dvě třetiny všech pracujících s dlouhodobými zdravotními problémy vykonávaly profese zařazené do hlavních tříd 5–9 CZ ISCO. Charakter vykonávaného zaměstnání se projevuje i v druhu onemocnění v jednotlivých třídách pracujících. Zákonodárci a řídící pracovníci jsou jedinou hlavní třídou zaměstnání, ve které postižení nejčastěji trpí nemocemi srdce nebo oběhového ústrojí. Ve všech ostatních třídách převládají onemocnění pohybového aparátu.

Počet osob s dlouhotrvajícími zdravotními problémy podle druhu onemocnění (v tis.)

Vybrané druhy onemocnění	Počet osob s dlouhotrvajícími problémy		
	celkem	muži	ženy
Celkem	1340,8	633,8	707,1
Z toho:			
Problémy s horními končetinami	87,5	42,5	45,0
Problémy s dolními končetinami	186,4	95,5	90,9
Problémy se zády či krkem	295,1	131,2	163,9
Kožní nemoci	81,4	33,7	47,7
Nemoci srdce a oběhové soustavy	255,5	136,2	119,3
Plicní nebo dýchací potíže	69,3	36,6	32,7
Nemoci žaludku	65,8	31,2	34,6
Cukrovka	58,5	28,8	29,6
Bolesti hlavy	31,7	6,4	25,4
Jiné psych. nebo nerv. poruchy, vč. depresí	49,0	21,6	27,4

Zdroj: ČSÚ

Rozdíly v odvětvích

Povaha zaměstnání se projevuje i v četnosti pracujících se zdravotním postižením podle odvětví národního hospodářství. Zdaleka nejčetnější skupinou osob s dlouhodobými zdravotními problémy jsou pracující ve zpracovatelském průmyslu a dále ve velkoobchodu a maloobchodu a ve stavebnictví. Závažný je zvláště vysoký počet zdravotně postižených mužů pracujících v průmyslu a stavebnictví. Počet pracujících v jednotlivých odvětvích je velmi rozdílný. Pokud porovnáme podíl osob se zdravotním handicapem na celkové zaměstnanosti v sektorech národního hospodářství, je zřejmé, že je vyšší v odvětvích primárního a sekundárního sektoru. V sektoru služeb je nadprůměrný v profesních činnostech (hlavní třída M CZ NACE) a v administrativních a podpůrných činnostech (N).

Ve většině ostatních odvětví terciárního sektoru je podíl pracujících se zdravotními problémy nižší. Přitom není náhodou, že se jedná o odvětví, kde se zároveň pracující starobní důchodci nejvíce podílejí na zaměstnanosti v odvětví. Jedná se jednoznačně o odvětví, kde je přes dlouhotrvající zdravotní problémy velká část pracujících nadále aktivní. To je v přímém protikladu se situací ve výrobních odvětvích, kde charakter zdravotních problémů ani neumožňuje častější pracovní uplatnění po vzniku nároku na důchod. Zaměstnanost důchodců, např. ve zpracovatelském průmyslu nebo v obslužných činnostech, je nízká.

Mantinely pro pracující důchodce

Je zřejmé, že délka aktivního pracovního života je podstatně ovlivněna druhem vykonávané profese. To potvrzují i závěry analýzy o aktivitě starších osob. Z těch vyplývá, že nároky v řadě profesí obsazovaných z velké části osobami s formálním vyšším vzděláním jsou zdravotně podstatně příznivější, než je tomu ve výrobním sektoru. Zaměstnanost v sekundárním sektoru průmyslu a stavebnictví je v naší republice nejvyšší v rámci celé Evropské unie. Přitom zdravotní stav velké části respondentů, kteří v tomto sektoru pracují nebo pracovali, jim ani neumožňuje pokračovat v dosavadní práci po dosažení důchodového věku.

Ad hoc modul 2011 obsahoval i otázky o případném omezení pohybových aktivit a smyslových vjemů respondentů a vlivu zdravotních problémů na druh a rozsah vykonávané práce. Respondenti byli dotazováni i na potřebu speciální osobní asistence a nároky zařízení či úpravu pracovního prostředí.

Podrobnější výsledky jsou uvedeny v analýze o dlouhotrvajících zdravotních problémech osob v produktivním věku publikované 4. května 2012 spolu s rychlou informací o vývoji zaměstnanosti a nezaměstnanosti v 1. čtvrtletí 2012 podle výsledků výběrového šetření pracovních sil.

**Marta Petráňová,
Bohuslav Mejstřík
Ivana Dubcová
oddělení pracovních sil, migrace a rovných příležitostí**

Základ pro nový styl využívání dat registrů NZIS je už na světě

Za loňský rok obdržel **Robert Fialka** čestné uznání ministra zdravotnictví za mimořádné výsledky ve zdravotnickém výzkumu a vývoji. Jeho projekt Optimalizace vytěžování informací z klinických zdravotnických registrů zřejmě padl na úrodnou půdu.

Proč se informační databáze stávají ve vyspělých zemích standardem?
Moderní registry jsou postupně převáděny na vysoce sofistikovanou úroveň vytěžování klinických informací. Obecným trendem prezentace jejich obsahu je přechod od deskriptivních charakteristik k dynamickému pohledu a možnosti posuzování efektivity jednotlivých klinických postupů, které vycházejí z přímé interakce s uživateli. Výhodou situace v České republice je centralizace registrů v jejich jednotném pojetí.

V řadě lékařských oborů jsou národní zdravotnické registry už zavedeny. Čemu slouží jejich výstupy?
Využívají se pro vyhodnocování klinických postupů. Některé registry, například národní onkologický registr, umožňují analytický a grafický servis. Dále interpretují prezentace výstupů. Jejich analýzy slouží převážně pro populační údaje. Uživatel si z nich může vybrat data podle diagnózy, pohlaví, regionu nebo časového období.

S jakými problémy se využití dat ze zdravotnických registrů potýká?
Dlouhodobým problémem je malé využívání výsledků zadávaných dat. Dosud byla zpracovávána převážně jen v podobě popisných statistik. Pracné zadávání dat klinickými pracovníky tedy není dostatečně zhodnoceno. Přitom tato data mohou sloužit k řešení konkrétních praktických otázek. V této souvislosti byla zahájena inovace jejich zpracování, aby mohla sloužit k operativnímu řešení praktických problémů.

Co bylo hlavním cílem vašeho projektu?
Základem bylo vytvoření nástroje pro efektivní vytěžování informací z registrů. Účelem je jednak vyhledávání trendů a změn, zejména negativních, které jdou nad rámec statistické chyby, a dále pak využití dat pro tvorbu prognostických a rozhodovacích algoritmů. Nástrojem je modulární systém, který validuje, analyzuje, prezentuje a také aktualizuje data registrů Národního zdravotnického informačního systému – NZIS. Nástroj je nyní v testování na vybraných registrech a postupně bude zaváděn i do ostatních registrů provozovaných v resortu zdravotnictví.

Kdo bude moci systém využívat?
Jak široká veřejnost, tak i manažeři a experti. Systém je z uživatelského hlediska rozdělen do čtyř modulů, každý je primárně určen pro jinou cílovou skupinu uživatelů a prezentuje jiná data, resp. jiné analytické pohledy. Veřejný modul poskytuje data určená zejména pro občany – například informace o aktuálním i historickém stavu určitých onemocnění. Manažerský modul umožňuje posuzování efektivity jednotlivých klinických postupů. Expertní modul poskytuje širší spektrum dat, která jsou důležitá hlavně pro manažerská rozhodnutí. Proto jsou předpřipravena ve formě jednotlivých výstupních sestav. Pro vědecké či statistické účely je pak určen modul analytický.

Ing. Robert Fialka, MBA

VZDĚLÁNÍ VŠE Praha, ČZÚ Praha **ZAMĚSTNÁNÍ** zástupce ředitele Koordinačního střediska pro resortní zdravotnické informační systémy KSRZIS **RODINA** ženatý, dvě děti **ZÁJMY** sport (lyže, fotbal, badminton), moderní technologie, cestování

Michal Novotný | odbor vnější komunikace

Děti a senioři nejsou našemu úřadu lhostejní

Český statistický úřad patří k organizacím, které navzdory úsporným opatřením pečují o své bývalé pracovníky a děti svých zaměstnanců.

Jako každý rok tak i letos v dubnu se uskutečnilo v budově ČSÚ v Praze na Skalce setkání seniorů. Do jídelny úřadu zavítalo druhou dubnovou středu celkem 133 žen a mužů v důchodovém věku. Přišli si poslechnout, co je v úřadu nového, a pozdravit své bývalé kolegy. Nechybělo ani přivítání vedením úřadu.

Iva Ritschelová, předsedkyně Českého statistického úřadu, poděkovala za pozvání odborové organizaci, která setkání zorganizovala, a pronesla krátký projev. Ten zahájila pozitivně tím, že navzdory úsporám bude i v letošním roce zachován benefit zaměstnancům – příspěvek na oběd. Dále vysvětlila, jakým způsobem úřad dosahuje úspor, například v rámci výběrových řízení nebo změnou sídla krajské správy ČSÚ v Olomouci. Upozornila na organizační změny, které v ČSÚ začaly platit od 1. ledna letošního roku. Shrnula prioritní úkoly na rok 2012 a upozornila na Historickou ročenku národních účtů. Zmínila se o projektu desetiletí Sčítání lidu, domů a bytů 2011 a nastínila první přípravné práce, které budou v nejbližších dnech zahájeny v souvislosti s dalším censem, který by se měl uskutečnit v roce 2021. Tentokrát snad již přes registry. Na závěr svého vystoupení pozvala přítomné návštěvníky na vernisáž k výstavě Voda z projektu Trvale udržitelný rozvoj, proč?

Předsedkyně ČSÚ **Iva Ritschelová** poděkovala Jaroslavu Wajtrovi za pozvání.

Svačina na svahu.

Každý večer **děti soutěžily**.

Děti na Kvildě

V polovině studeného února vyjely děti zaměstnanců ČSÚ na týdenní pobyt na šumavskou Kvildu. Vedoucím zimního tábora byl, jako již mnohokrát předtím, zdejší dlouholetý zaměstnanec Jaroslav Wajtr. Kromě něho působili jako vedoucí či kuchařky další zaměstnanci úřadu, např. Helena Kovářová, Jan Kollert a další.

Téměř tři desítky dětí prožily zajímavý týden v duchu kvildské olympiády, jejíž součástí byly různé disciplíny. Ty rozvíjely jak jejich ducha, tak i tělo. Soutěžilo se například ve vytvoření co nejdokonalejší sněhové stavby. Nechyběl ani oblíbený vrh sněhovou koulí na terč.

Každý večer pokračovaly hry dalšími nápaditými soutěžemi. V rámci olympiády vznikla čtyři družstva, která si vytvořila svou vlastní historii a logo. Tento rok spolu soupeřili Zmrzlinožky, Ježáci, Závisláci a Mumie. Po velmi napínavých soubojích se z celkového vítězství radovali Závisláci.

Alena Géblová
odbor vnější komunikace
Marek Řezanka
oddělení pracovních sil, migrace a rovných příležitostí

Registr osob? Všem ulehčí!

Ve dnech 2. a 3. dubna se v Hradci Králové uskutečnil 15. ročník **konference Internet ve státní správě a samosprávě**. Český statistický úřad zde nemohl chybět. Na konferenci prezentoval projekt Základního registru osob (ROS).

Informace o aktuálním stavu projektu a přínosy a dopady registru osob představil účastníkům konference Stanislav Palas, ředitel odboru statistických registrů ČSÚ. Pro čtenáře našeho časopisu jsme jeho vystoupení shrnuli do zásadních bodů.

Předsedkyně ČSÚ **Iva Ritschelová** na slavnostním zahájení konference informovala o vytvoření pracovní skupiny pro Sčítání lidu, domu a bytů v roce 2021, které využije i data ze základních registrů.

Co je ROS a kdo do něj zapisuje?

ROS je zkratka registru osob, který má být uveden do provozu v polovině letošního roku. Bude obsahovat referenční údaje o právnických osobách a jejich organizačních složkách, podnikajících fyzických osobách a orgánech veřejné moci. Je nedílnou součástí soustavy systému základních registrů veřejné správy. Přestavuje zásadní zkvalitnění a zefektivnění administrativních prací, které jsou spojené s evidencí osob a využíváním údajů o osobách.

Jednotlivé orgány veřejné moci již nebudou oprávněny podle zákona č. 111/2009 Sb., o základních registrech, individuálně zjišťovat hodnoty referenčních údajů. ROS tedy bude mít významný přínos pro občany i podnikatele. Ti totiž ohlásí veřejné správě referenční údaje osoby nebo jejich změny jenom jednou. Příslušné úřady si tyto informace prostřednictvím registru osob mezi sebou vymění. Změní se také způsob přidělování identifikačního čísla (IČO) tak, aby ho všechny osoby dostaly přímo při registraci nebo evidenci osoby příslušným editorem ROS.

„Smyslem základního registru osob i dalších registrů je odstranění duplicity informací. Jeden zápis se tak promítne do více agend, aniž by jej někdo musel přepisovat," zdůraznil Stanislav Palas. Připomněl, že každá osoba bude mít svoje identifikační číslo, které jednou získá a které už bude mít k dispozici po celý život. Tedy i v případě, že například po dvaceti letech obnoví své podnikání: „Odstraní se tak jevy, kdy má dnes více osob stejné IČO nebo jedna osoba více identifikačních čísel."

Registr osob bude navíc evidovat příslušnost k jednotlivým agendám. To znamená, že bude obsahovat také informace o tom, kdo je např. evidován jako zemědělec a zároveň živnostník.

Bezpečnost na prvním místě

V souvislosti s fungování ROS se také zvýší bezpečnost osobních údajů, kdy doposud hojně využívané rodné číslo bude nahrazeno specifickým AIFO (Agendovým identifikátorem fyzické osoby). Každá agenda bude mít pro danou osobu přiřazen vlastní unikátní identifikátor. Jedná se o ochranný prvek, kterým se zabrání neoprávněnému propojení osobních údajů

Neponechat nic náhodě

Ministerstvo vnitra ČR připravuje na letošní květen a červen sérii seminářů, na kterých **představí odborné veřejnosti rovněž problematiku základního registru osob**. Akce budou mít charakter otevřených setkání, tzv. „open meetingů". Pracovníci ČSÚ na nich vysvětlí závěrečné kroky před spuštěním ROS a proškolí editory, kteří registr plní údaji ze svých databází a budou registr také využívat. V červnu budou v ČSÚ také probíhat školení uživatelů ROS – IAIS.

Stanislav Palas přednášel o aktuálním stavu, přínosech a dopadech registru osob.

fyzické osoby z různých agend. Přidělování AIFO jednotlivým agendám a jeho odvození ze zdrojového identifikátoru zabezpečuje informační systém ORG – generátor identifikátorů, který spravuje Úřad pro ochranu osobních údajů.

Veškeré záznamy do registru osob budou provádět příslušní editoři – tj. orgány a instituce, které již v současnosti mají zákonnou povinnost osoby evidovat nebo udělovat oprávnění k činnosti. Nezbytnou podmínkou při rozhodování, kdo je editorem ROS, je konstitutivní povaha evidence osob, což znamená, že daný orgán nebo instituce má zákonem stanovenou povinnost rozhodovat o vzniku, změně údajů nebo zániku osoby bez ohledu na to, zda je zapsána i v jiných evidencích.

Editoři budou přidělovat IČO, které poskytne informační systém ROS, zapisovat a aktualizovat příslušné referenční údaje v registru osob a zodpovídat za správnost a úplnost dat. Důležité je vědět, že editor zapíše referenční údaj nebo jeho změnu „bez zbytečného odkladu, nejpozději však do tří pracovních dnů ode dne, kdy se o vzniku nebo o změně skutečnosti, kterou referenční údaj popisuje, dozví".

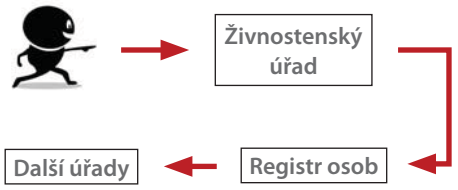
Hlavními zdroji dat ROS budou obchodní rejstřík, rejstřík živnostenského podnikání a dále evidence nebo informační systémy vybraných ministerstev a ústředních orgánů státní správy, profesních komor, obcí a krajů. Dalšími editory registru osob budou informační systém datových schránek a insolvenční rejstřík, které budou poskytovat údaje o datových schránkách a právním stavu osoby.

Včasné a bezchybné plnění registru

Aby registr osob mohl přinést výše uvedené výhody již **od 1. července 2012**, musí být kompletně naplněn již **do 15. května 2012**. Všechny subjekty, které registr zaplňují svými údaji, musí věnovat maximální pozornost doporučením, která od ČSÚ obdržely. Jen tak bude možné zajistit jeho primární naplnění.

Před zahájením provozu základních registrů:

Po zahájení provozu základních registrů:



Kde hledat informace o ROS?

http://www.szrcr.cz/registr-osob
http://www.youtube.com/zakladniregistry
www.czso.cz
Vaše konkrétní dotazy ohledně ROS posílejte na e-mailovou adresu: ***ros@czso.cz***

Dalším důležitým cílem registru osob je vyřešit problémy spojené s izolovanou a nejednotnou evidencí stejných základních údajů v jednotlivých informačních systémech veřejné správy a zajistit tak kvalitnější data pro jejich rozhodování.

Kdo bude ROS využívat?

Registr osob budou povinny využívat všechny orgány veřejné moci, které vedou údaje o osobách nebo je využívají při své činnosti v rozsahu jejich evidovaných oprávnění.

V budoucnu se počítá se službami individuálního a hromadného výdeje údajů a se zpřístupněním ROS prostřednictvím Czech Pointu a datových schránek. Pokud vznikne oprávněná pochybnost o správnosti referenčního údaje v základních registrech, bude možné ji reklamovat u příslušného editora prostřednictvím k tomu určených služeb základních registrů nebo datových schránek.

Alena Géblová
odbor vnější komunikace

Českým potravinovým exportům dominují trhy Evropské unie

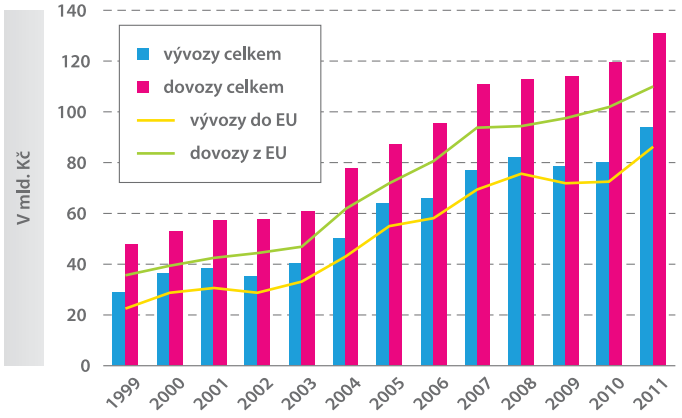
Jen **necelá desetina vývozu potravin** z České republiky směřuje na trhy mimo Evropskou unii. Pětinou se na celkových potravinových exportech podílejí obiloviny.

Ve všeobecném zájmu o potravinové dovozy do České republiky ať již z pohledu jejich intenzity a tempa růstu, nebo sporů o kvalitu některých dovážených komodit, mohou některá fakta zanikat. Především okolnost, že přes převažující počet deficitních položek – a některých s vysoce zápornými obchodními saldy – existují v potravinovém zahraničním obchodě České republiky skupiny komodit, u nichž převažuje export. Dlouhodobě je tomu tak především u obilovin a obilných výrobků (loni +9,6 mld. Kč) a také u skupiny Mléčné výrobky a vejce (+3,2 mld. Kč). Do plusu se za uplynulou dekádu „překlopilo" i saldo obchodů v položce Cukr, výrobky z cukru a med (+1,6 mld. Kč), přitom ještě v roce 2000 zde existoval deficit 0,2 mld. Kč. Zhoršily se naopak obchody s nápoji z přebytku 1,7 mld. Kč v roce 2000 na nominálně tentýž loňský schodek. Ostatní položky potravinových obchodů České republiky jsou dlouhodobě deficitní. V úhrnu převážily v roce 2011 celkové dovozy potravin do ČR hodnotu jejich exportu o 36,7 mld. Kč.

Saldo a export potravin

V nadprůměrných deficitech je potravinová bilance ČR od roku 2006. Jestliže v průměru za roky 2000–2011 činil roční schodek obchodu s potravinami 27,9 mld. Kč, pak v letech 2010 a 2011 už 39,7, resp. 37,6 mld. Kč. Toto zhoršování působí na hodnotově silnější potravinové obchody s EU27. Přitom podíl zemí EU27 jako cílového exportního teritoria na celkovém exportu potravin z ČR je o poznání větší než podíl EU na jejich dovozech do ČR, což je oproti převládajícímu názoru poněkud překvapivé zjištění. Zatímco podíl dovozů potravin z EU27 na jejich celkových importech do ČR od roku 2006 stagnuje na zhruba 84 %, v případě jejich exportu zůstává přibližně stejný až od roku 2008. Podíl exportů potravin do EU na období 2008–2011 osciluje v průměru kolem 91,5 %.

Graf 1 | Celkové dovozy a vývozy potravin a obchod s EU27 v letech 1999–2011



Zdroj: ČSÚ

Dynamika obchodů

Celkové vývozy potravin z ČR vzrostly za roky 2000–2011 zhruba 2,6krát, jejich dovozy 2,5krát. Také v obchodním vztahu k EU27 rostly vývozy potravin z ČR v letech 2000–2011 rychleji. Zvýšily se třikrát oproti dovozům, které stouply 2,8krát. Dynamika v obou směrech toků zboží byla intenzivnější než se zbytkem světa. Tempo exportu potravin v ročních průměrech za období 2000–2001 (9,5 %) bylo zhruba stejné jako u celkových exportů z České republiky (9,4 %). Vývozy do zemí Evropské unie však rostly rychleji, každoročně narůstaly v průběhu sledovaného období v průměru o 11,1 %. Jak je z grafu 2 patrné, oslabená poptávka v odbytištích potravin se v krizovém roce 2009 promítla do meziročního snížení hodnoty jejich exportu, které však nebylo tak hluboké jako v úhrnu u všeho vyváženého zboží z ČR. Naopak rok 2002 přinesl relativně významný pokles vývozu potravin (–8 %), značně hluboký oproti faktické stagnaci (–1 %) celkových exportů z České republiky. Odehrál se v obchodu s neevropskými zeměmi, neboť pokles exportu potravin do EU27 se snížil méně (–4,6 %).

Významný export obilovin…

Exportu potravin z ČR dominují obiloviny a obilné výrobky, což vede k vysokému aktivnímu saldu obchodů v této komoditě. Jejich hodnota stoupla za sledované období o 260 % – v roce 2011 vyvezla ČR obilovin a obilných výrobků za 21,5 mld. Kč, v roce 2000 jen za 8,2 mld. Kč.

Průměrné roční tempo exportu této komodity během let 2000–2011 (15,1 %, resp. 15 % u vývozů do EU27) významně převýšilo dynamiku celkového exportu z ČR (9,4 %) i úhrnných vývozů na trhy EU27 (+11,1 %). Nejvíce obilovin a obilných výrobků vyvezla Česká republika v roce 2011 (za 21,5 mld. Kč). V tomto roce byl nejvyšší i meziroční přírůstek exportu (+6,1 mld. Kč). Jen pro ilustraci, jednalo se zhruba o hodnotu ročního exportu položky Cukr, výrobky z cukru a med (6,5 mld. Kč). Prakticky celý nárůst exportu obilovin a obilných výrobků z ČR v roce 2011 připadal na země EU27.

…i na mimoevropské trhy

Avšak podstatné růsty exportu obilovin na mimoevropská teritoria byly patrné již v roce 2007, na trhy EU v roce 2008. Lze je vysvětlit tehdejšími obavami z potravinové krize v globálním měřítku, které se

nakonec nenaplnily. Způsobily však extrémní růsty cen potravinových komodit na světových trzích, které pokračovaly i v navazujících stupních cenového řetězce. Tehdy prudké zdražení potravin v některých zemích vyvolalo nepokoje. Růst světových cen zemědělských a potravinových komodit měl z velké části i spekulativní charakter.

Dramatický rok 2011

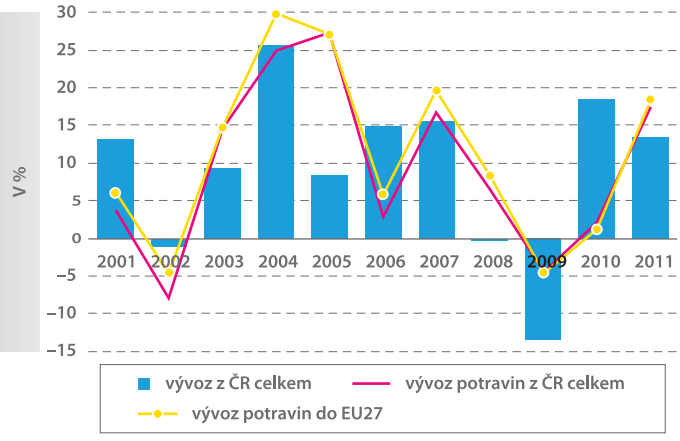
Obdobný vývoj, i když v menším měřítku, nastal i v roce 2011 a netýkal se pouze cen obilí. Globální index cen potravin, sledující měsíční cenové změny u koše potravin složeného z obilovin, olejnin, mléčných výrobků, masa a cukru, dosáhl v únoru nových rekordních maxim. Růst cen připomínal potravinovou krizi roku 2008. Z velké části za ním stály extrémy počasí – rozsáhlé deště v Austrálii, sucha a požáry v Argentině, ale především v oblasti Černého moře, které zlikvidovaly podstatnou část obilné produkce a donutily Rusko zavést zákaz vývozu obilí. Dalším úderem bylo sucho v Číně a jeho dopady na trh pšenice. Organizace spojených národů pro výživu a zemědělství (FAO) tehdy varovala, že sucho v rozsáhlém obilném pásu Číny by mohlo zpustošit nadcházející žně a země by se tak stala dalším gigantickým „polykačem" obilí z globálního trhu namísto vlastní produkce. Poptávka po obilí tak výrazně zvýšila i jeho export z ČR, který podporoval i extrémní nárůst světových cen zemědělských komodit přesahujících dokonce i maxima z roku 2008. I tím lze vysvětlit dosud nejvyšší meziroční přírůstek exportu obilovin a obilných výrobků z ČR.

V roce 2011 se však podobně jako v roce 2008 nakonec situace částečně zklidnila po relativně dobré sklizni obilí. Již v září bylo zaznamenáno rychlejší meziměsíční snížení cen potravin a vlivem vyšší produkce a slabší poptávky bylo možné očekávat jejich další pokles.

Na druhém místě export mléka

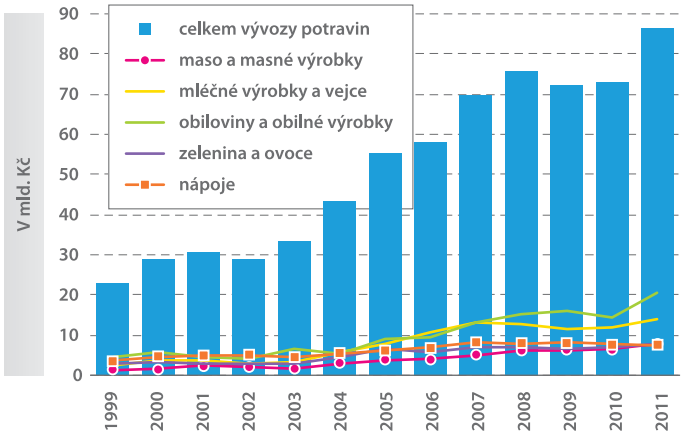
Také druhá významná exportní potravinová položka – mléčné výrobky a vejce – zaznamenala v letech 2000–2011 významný nárůst (z 6,8 mld. Kč na 16,3 mld. Kč v roce 2011, z toho do EU27 ze 3,6 mld. Kč na 14 mld. Kč), který však nebyl tak mohutný jako vývozy obilovin a obilných produktů (z 8,2 mld. Kč na 21,5 mld. Kč v roce 2011, do EU27 z 5,3 mld. Kč na 20,5 mld. Kč). Spolu s exportem masa a masných výrobků, zeleniny a ovoce a rovněž nápojů jde o nejvýraznější exporty potravin z ČR, které tvoří zhruba dvě třetiny celkového exportu potravin (graf 3).

Graf 2 | Meziroční tempa vývozu potravin a tempa celkového exportu z ČR



Zdroj: ČSÚ

Graf 3 | Nejvýznamnější položky exportu potravin z ČR v letech 1999–2011



Zdroj: ČSÚ

Krizové období z konce uplynulé dekády postihlo především právě export v položce Mléčné výrobky a vejce. Teprve v roce 2011 se podařilo exportérům překonat jeho hodnotu z roku 2007. Naopak export masa a masných výrobků narůstal v tomto období pomalu, ale plynule, s výraznější pozitivní změnou v roce 2011. Podobně tomu bylo od roku 2009 i v exportu ovoce a zeleniny.

Vývoz nápojů už čtyři roky neroste

Export nápojů se ustálil na zhruba desetině celkových vývozů potravin z ČR poté, co od roku 2007 začal jeho podíl pozvolna klesat vlivem meziročního snižování hodnoty vyvážených nápojů (nikoli tedy expanzí celkových vývozů potravin z ČR). Vývoz piva do celého světa rostl, zejména však po vstupu země do EU (na celkových 3,4 mld. Kč v roce 2007 proti 2,8 mld. Kč v roce 2003), v posledních dvou letech stagnoval. V roce 2010 se export piva z ČR snížil proti roku 2009 o téměř 0,5 mld. Kč a v roce 2011 zůstal meziročně zhruba stejný. Vývozy lihovin se pohybují bez větších výkyvů od roku 2005 těsně kolem hranice 1 mld. Kč.

Z ostatních komodit spíše okrajového charakteru stojí za zmínku položka Potrava pro psy a kočky, které se v roce 2011 vyvezlo z ČR za 2,6 mld. Kč, desetkrát více než v roce 2003 (276 mil. Kč). Na výrazném růstu této položky se zřejmě podílí i cenový vývoj.

Import potravin do ČR je dlouhodobě větší než jejich export. Už v roce 2000 byly dovozy o 44 % vyšší než vývozy, v roce 2011 pak o 39 %. V obchodních vztazích s Evropskou unií převyšovala hodnota dovozů do České republiky hodnotu vývozů – v roce 2000 o 38 % a v loňském roce o 28 %, což bylo dáno rychlejším růstem exportu na evropské trhy během sledovaného období. Jeho výše však stále není taková, aby dokázala schodek výrazně snížit.

Více si můžete přečíst na str. 39 a na ***http://czso.cz/csu/csu.nsf/informace/cpotrzo-041112analyza12.doc***

Drahomíra Dubská
oddělení svodných analýz

Vypili jsme méně mléka, snědli více sýrů

Český statistický úřad zveřejnil v polovině dubna analýzu, ve které **popisuje spotřebu potravin v roce 2010**. Data porovnává s rokem 2009 a dlouhodobým průměrem od roku 1992.

Na spotřebu konkrétních druhů potravin má vliv nejen jejich cena a koupěschopnost obyvatelstva, ale také dostupnost jednotlivých druhů potravin na trhu, zdravotní osvěta, reklama a změna stravovacích zvyklostí obyvatel České republiky.

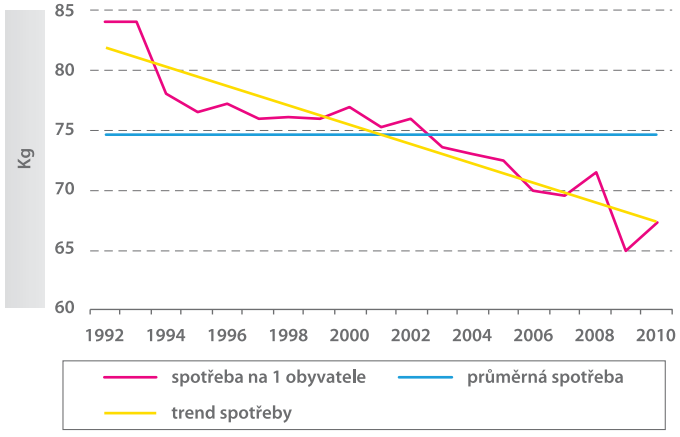
Porovnáme-li spotřebu potravin na jednoho obyvatele ČR v roce 2010 se spotřebou potravin roku 2009 a s dlouhodobým průměrem od roku 1992, dojdeme k zajímavým závěrům.

Spotřeba obilovin v hodnotě mouky se meziročně snížila o 4,3 kg na 108,7 kg, což představuje 14,2 % na celkové spotřebě potravin. Dlouhodobá průměrná spotřeba od roku 1992 do roku 2010 činila 110,5 kg. Snížila se spotřeba pšeničné mouky o 3,1 kg (o 3,2 %) na 93,6 kg (průměrná spotřeba za sledované období byla 89,7 kg) a žitné mouky o 1,9 kg (o 17,8 %) na 8,5 kg s dlouhodobým průměrem 14,0 kg. Spotřeba rýže se zvýšila o 0,3 kg (o 6,9 %) na 4,5 kg. Dlouhodobá spotřeba rýže byla také 4,5 kg.

Spotřeba masa na kosti se zvýšila o 0,3 kg na 79,1 kg a toto množství představuje z celkové spotřeby potravin 10,3 % (dlouhodobá spotřeba je však 81,4 kg). Zvýšila se spotřeba vepřového masa o 0,7 kg (o 1,7 %) na 41,6 kg (dlouhodobý průměr je 43,6 kg) a poklesla spotřeba drůbežího masa o 0,3 kg na 24,5 kg (dlouhodobý průměr je 20,3 kg) a králíků o 0,1 kg na 2,2 kg (dlouhodobý průměr je 3,0 kg). Spotřeba hovězího masa 9,4 kg s dlouhodobým průměrem 13,4 kg, telecího masa 0,1 kg, skopového, kozího, koňského masa 0,4 kg a zvěřiny 0,9 kg zůstala na úrovni roku 2009.

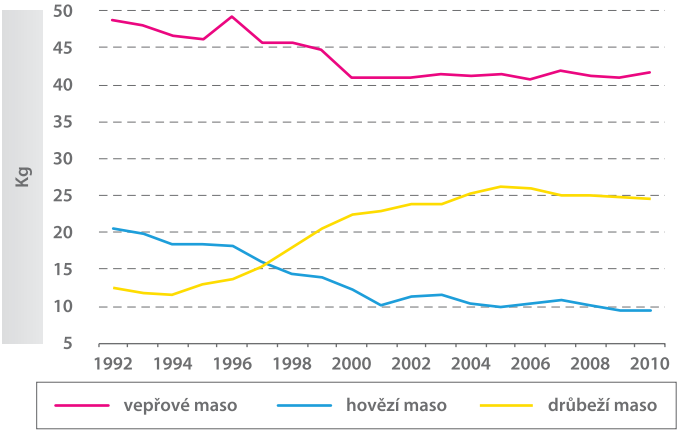
Spotřeba ryb ve výši 5,6 kg byla o 0,6 kg nižší a na celkové spotřebě potravin se podílela 0,7 %. Dlouhodobá průměrná spotřeba ryb je 5,4 kg.

Brambory



Zdroj: ČSÚ

Spotřeba masa na kosti



Zdroj: ČSÚ

Mléčné výrobky a vejce

Pokles **spotřeby konzumního mléka** o 2,1 kg na 57,7 kg (při dlouhodobém průměru 61,8 kg), sýrů o 0,1 kg na 13,2 kg (při dlouhodobé spotřebě 10,2 kg), mléčných konzerv o 0,2 kg na 1,8 kg a ostatních mléčných výrobků o 0,2 kg na 32,5 kg (dlouhodobý průměr byl 27,0 kg) způsobil pokles spotřeby mléka a mléčných výrobků bez másla o 5,7 kg, tj. o 2,3 %. Spotřeba 244,0 kg (dlouhodobá spotřeba byla 218,2 kg) představuje z celkové spotřeby potravin cca 32,0 %, konzumní mléko 7,5 %.

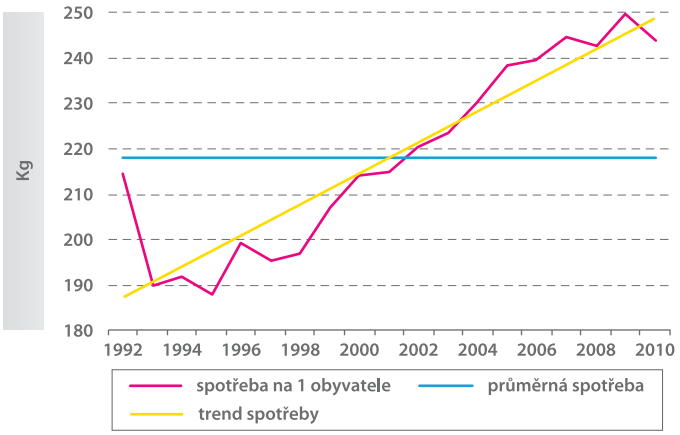
Zvýšila se **spotřeba vajec** o 4 kusy (242 kusů, tj. 13,5 kg, se na celkové spotřebě potravin podílí 1,8 %, když průměrná dlouhodobá spotřeba byla 278 kusů).

Zvýšila se i **spotřeba tuků a olejů** o 0,5 kg na 26,0 kg, což představuje z celkové spotřeby potravin 3,4 %. Ze spotřeby tuků a olejů činila spotřeba másla 4,9 kg a byla o 0,1 kg nižší než v předchozím roce, ale dlouhodobý průměr byl 4,6 kg.

Ovoce a zelenina

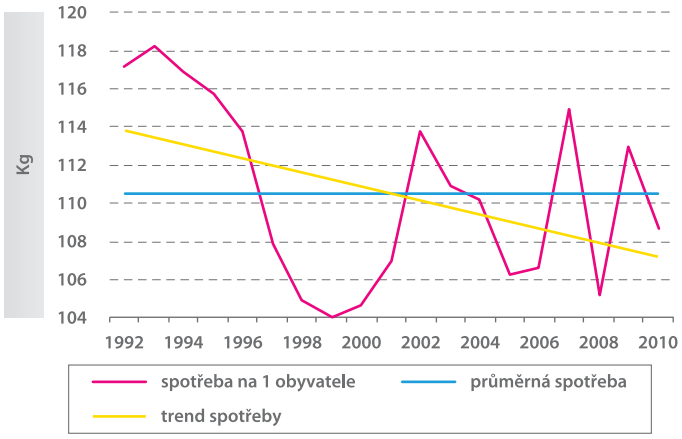
Došlo k poklesu **spotřeby ovoce** v hodnotě čerstvého z 90,4 kg na 84,0 kg, tj. o 7 %. Průměrná dlouhodobá spotřeba byla 77,6 kg. Největší pokles zaznamenala spotřeba ovoce mírného pásma, a to o 8,6 kg (o 15,6 %) hlavně vlivem nižší tuzemské produkce. Na tomto poklesu se nejvíce podílela jablka (o 4,2 kg na 22,5 kg), hruš-

Mléko a mléčné výrobky (bez másla)



Zdroj: ČSÚ

Obiloviny v hodnotě mouky



Zdroj: ČSÚ

ky (o 0,8 kg na 2,6 kg) a švestky (o 1,2 kg na 4,0 kg). Naopak spotřeba jižního ovoce (s největším podílem spotřeby banánů a citrusů) se zvýšila o 2,3 kg na 37,3 kg a na spotřebě ovoce má již 44,4 % podíl. Celková spotřeba ovoce představuje z celkové spotřeby potravin 11,0 %, jižní ovoce 4,9 %.

Snížila se také **spotřeba zeleniny**, a to o 1,5 kg (o 1,8 %) na 79,7 kg, což je 10,4 % z celkové spotřeby potravin. Průměrná spotřeba za posledních 19 let byla také 79,7 kg. Největší pokles zaznamenala rajčata (o 0,6 kg na 10,4 kg s průměrem 5,9 kg), zelí (o 0,3 kg na 7,2 kg, když průměrná spotřeba byla 11,4 kg), cibule (o 0,5 kg na 9,9 kg s průměrnou spotřebou 10,5 kg) a papriky (o 0,6 kg na 5,5 kg s průměrem 4,2 kg).

Brambory na vzestupu

Jednou z mála významných potravin, kde došlo k navýšení spotřeby, jsou **brambory**. Jejich spotřeba se zvýšila o 2,4 kg (o 3,7 %) na 67,3 kg, což představuje 8,8 % z celkové spotřeby potravin. Průměrná spotřeba brambor v období 1992 až 2010 byla 74,6 kg.

Spotřeba cukru se snížila o 0,7 kg (o 1,9 %) na 36,0 kg. Tato hodnota představuje 4,7 % z celkové spotřeby potravin. Průměrná dlouhodobá spotřeba cukru je 38,6 kg.

Snížila se **spotřeba 40% lihovin** o 1,2 litru na 7,0 litru při dlouhodobém průměru 8,0 litru, snížila se spotřeba piva o 6,3 litru na 144,4 litru (dlouhodobý průměr je 158,0 litru). Vzrostla však spotřeba vína o 0,7 litru na 19,4 litru (dlouhodobý průměr 16,6 litru). Spotřeba 100% alkoholu svým množstvím 9,8 litru (7,7 kg) představuje 1,0 % z celkové spotřeby potravin. Poklesla rovněž **spotřeba cigaret** o 43 kusů (o 2,1 %) na 2 028 kusů, když průměrná spotřeba posledních 19 let byla 2 083 kusů.

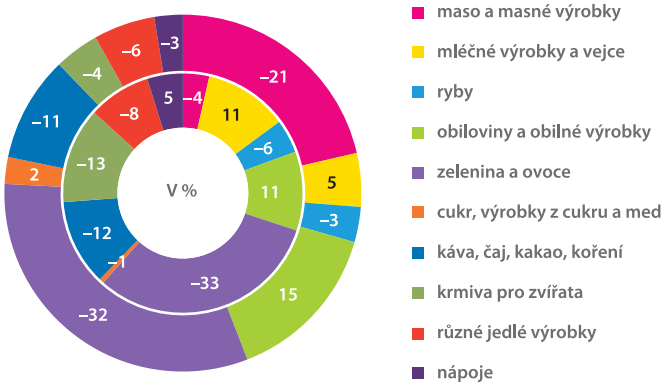
Zdeněk Kobes
oddělení statistiky zemědělství a lesnictví

Klesá export českého piva

U naprosté většiny potravinových obchodů České republiky se zahraničím podle skupin zboží **převažuje dovoz nad vývozem**.

Grafické porovnání pro roky 2000 (vnitřní kruh) a 2011 (vnější kruh) ilustruje, jak se jednotlivé položky zboží podílely na výsledku – podíly se znaménkem minus deficit potravinového zahraničního obchodu zvětšovaly, podíly se znaménkem plus ukazují na přebytky.

Deficit zahraničního obchodu potravinami
(rok 2000 = vnitřní kruh, rok 2011 = vnější kruh)



Zdroj: ČSÚ

Dlouhodobě příznivý je jen obchod s obilovinami a mléčnými výrobky, do plusu se zhoupl i obchod s cukrem.

Naopak do schodku přešel obchod s nápoji – od roku 2009 začal klesat export piva (na loňských 2,9 mld. korun), což je zhruba úroveň roku 2005.

Více se můžete dočíst v analýze potravinové bilance na straně 36.

Drahomíra Dubská
oddělení svodných analýz

Kalendář ČSÚ

05 | 2012

Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne	Po	Út	St	Čt	Pá	So	Ne
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31										

TISKOVÉ KONFERENCE

22 Slaďování rodinného a pracovního života 29 Tendence a faktory makroekonomického vývoje ČR v roce 2011 31 Mzdy v jednotlivých odvětvích

RYCHLÉ INFORMACE

4 Zaměstnanost a nezaměstnanost podle výsledků VŠPS (1. čtvrtletí 2012) | Šetření průměrných cen vybraných výrobků – pohonné hmoty a topné oleje (18. týden) 7 Maloobchod (březen 2012) | Služby (1. čtvrtletí 2012)| Zahraniční obchod (březen 2012) 10 Průmysl (březen 2012) | Stavebnictví (březen 2012) | Indexy spotřebitelských cen – inflace (duben 2012) 11 Cestovní ruch (1. čtvrtletí 2012) | Šetření průměrných cen vybraných výrobků – pohonné hmoty a topné oleje (19. týden) 15 Předběžný odhad HDP (1. čtvrtletí 2012) 17 Indexy cen vývozu a dovozu (březen 2012) | Indexy cen výrobců (duben 2012) 18 Šetření průměrných cen vybraných výrobků – pohonné hmoty a topné oleje (20. týden) | Šetření průměrných cen vybraných výrobků – potravinářské výrobky (květen 2012) 24 Konjunkturální průzkum (květen 2012) 25 Šetření průměrných cen vybraných výrobků – pohonné hmoty a topné oleje (21. týden)

PUBLIKACE ČSÚ

Ženy a muži v datech 2011

Na konci loňského roku vyšla v ČSÚ publikace, která mapuje nejdůležitější genderové výstupy za nejrůznější oblasti. Titul Ženy a muži v datech vyšel již v letech 2003, 2005 a 2008. I tentokrát je určen široké veřejnosti.

Brožura shrnuje základní výstupy podle pohlaví a dalších charakteristik, např. podle věku nebo úrovně vzdělání, za nejrůznější oblasti české společnosti. Obsahuje demografická data, zdravotnické statistiky, údaje za vzdělanostní strukturu populace, sféru trhu práce a mzdových statistik, data za oblast sociálního zabezpečení, soudnictví a kriminality, veřejného rozhodování a řídících funkcí či informačních a komunikačních technologií. Tabulky a grafy jsou doplněny textem, jenž vypichuje hlavní trendy.

V titulu lze například vyčíst, že se rodí o něco málo více chlapců než dívek, přesto však v populaci převažují ženy. Tento trend je výrazný v nejvyšších věkových skupinách, kde již ženy dominují. Dožívají se v průměru vyššího věku než muži. Ženy i muži umírají nejčastěji na nemoci oběhové soustavy, druhou nejčastější příčinou smrti jsou u obou pohlaví novotvary. Muži jsou častěji než ženy náchylní k nadváze, ženy tíhnou více než muži k oběma krajním pólům, obezitě i podváze.

U mladších osob je vyšší zastoupení vysokoškolsky vzdělaných. Hlavně v případě žen je patrný generační rozdíl mezi skupinou pětašedesátiletých a starších s výrazným podílem maximálně základního vzdělání a mezi ženami ve věku 25–34 let, kde vysokoškolské vzdělání je u těchto žen na druhém místě hned po středoškolském s maturitou.

Jak v případě zaměstnanců, tak podnikajících se nejvyšším podílem žen vyznačuje oblast zdravotní a sociální péče. Nejnižší podíly žen jak mezi zaměstnanci, tak podnikateli, vykazuje stavebnictví.

S rostoucí průměrnou výší starobních důchodů se mění procentuální zastoupení žen a mužů, kteří je pobírají. Více jak 85 % osob s vyměřeným starobním důchodem v průměrné výši do 8 tis. Kč jsou ženy. Jejich podíl na celkovém počtu starobních důchodců podstatně klesá s rostoucí průměrnou výší důchodů.

Muži jsou nejčastěji oběťmi úmyslného ublížení na zdraví, loupeží a vydírání. Na čtvrtém místě figuruje u mužů nebezpečné vyhrožování. Ženy se stávají nejčastěji oběťmi loupeží, úmyslného ublížení na zdraví a nebezpečného vyhrožování. Z celkového počtu žen, které se staly oběťmi trestných činů, se téměř pětina stala oběťmi pohlavního zneužívání celkem a znásilnění.

Zatímco na okresních a krajských soudech převažují mezi soudci ženy, u ostatních typů soudů tomu je naopak. V podstatě lze říci, že čím je nižší rozhodovací úroveň soudů, tím je vyšší podíl žen mezi soudci.

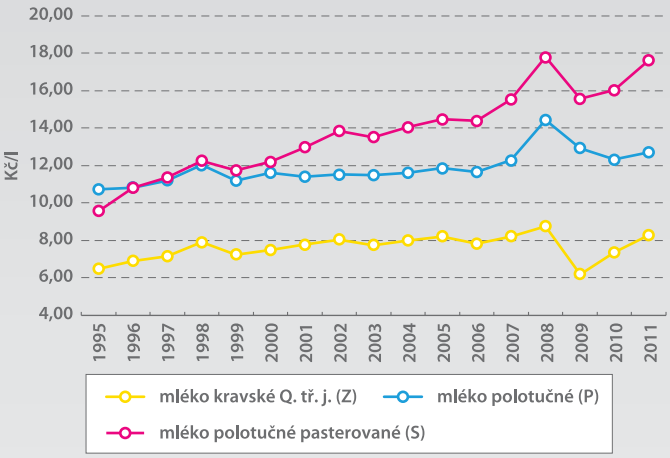
Více se dozvíte na ***www.czso.cz***, kde se genderové statistiky včetně vydaných publikací v elektronické podobě skrývají pod odkazem: Statistiky – Průřezové statistiky – Genderové statistiky.

Marek Řezanka
oddělení pracovních sil, migrace a rovných příležitostí

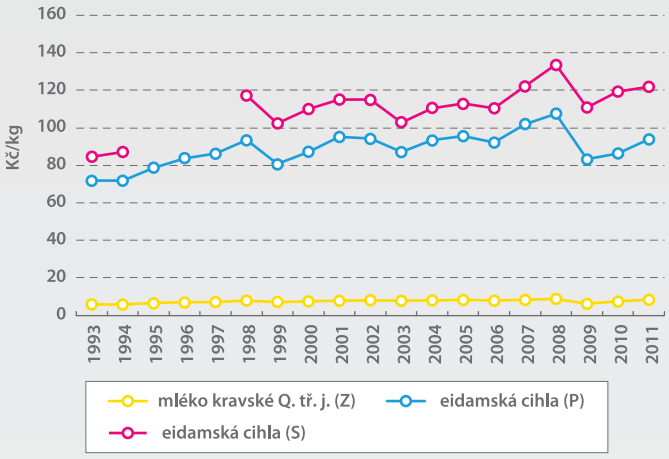
NÁKUPNÍ KOŠÍK | Vývoj cen mléka, másla a eidamu

Grafy zobrazují **vývoj** průměrných spotřebitelských cen (S), cen průmyslových výrobců (P) a cen zemědělských výrobců u vybraných komodit (Z).

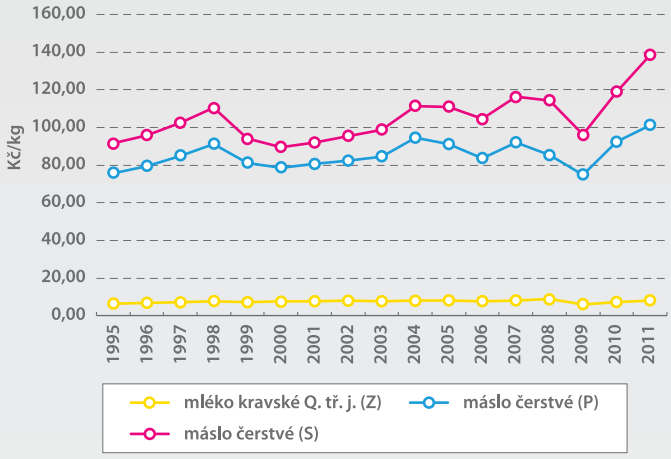
Ceny mléka



Ceny eidamu a mléka

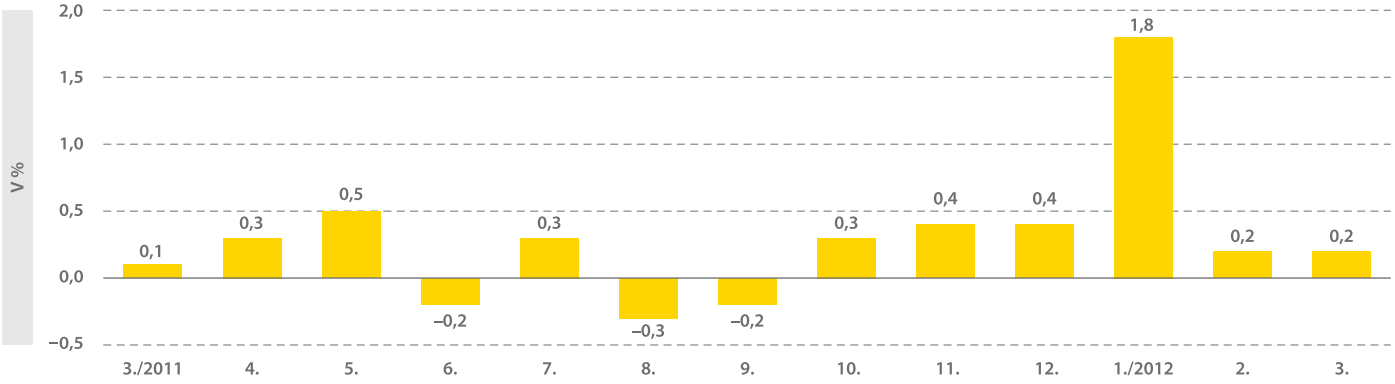


Ceny másla a mléka



Zdroj: ČSÚ

INFLACE | Meziměsíčně



Zdroj: ČSÚ

Výběr výstupů ČSÚ v květnu 2012

e-9403-12 | **Ekonomické výsledky peněžních institucí (bankovních i nebankovních) (2010)**
Údaje o zaměstnanosti a mzdách, o stavech a meziročním pohybu dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku, finančních investic, souhrnné ukazatele aktiv a pasiv, informace o vybraných druzích výnosů a nákladů (daně a poplatky, kurzové ztráty a zisky z devizových operací, mimořádné výnosy a náklady atd.) převážně v návaznosti na účetnictví peněžních institucí. Kromě souhrnných údajů za nebankovní peněžní instituce v ČR jsou dále uváděny tytéž ukazatele za investiční fondy a investiční společnosti (včetně jejich podílových fondů) a finanční leasingové společnosti.

e-2003-12 | **Vodovody, kanalizace a vodní toky (2011)**
Vybrané technické ukazatele vodovodů, kanalizací a čistíren odpadních vod, údaje o vodních tocích, odběrech povrchových vod a vypouštěném znečištění.

e-6001-12 | **Zahraniční obchod České republiky (březen 2012)**
Údaje o zahraničním obchodu ČR celkem, v teritoriální (podle hlavních uskupení a vybraných zemí) a ve zbožové struktuře (podle SITC 1 a SITC 2).

e-7007-12 | **Indexy cen v lesnictví (surové dříví) (1. čtvrtletí 2012)**
Podrobná čtvrtletní informace o vývoji indexů cen a vývoji průměrných cen za ČR u sledovaných výřezů surového dříví.

e-8105-12 | **Ropa, ropné produkty a zemní plyn (únor 2012)**
Údaje bilanční statistiky primárního zpracování ropy, zdrojové části dodávek ropných produktů a zemního plynu na trh v ČR podle mezinárodní metodiky IEA, které jsou prezentovány v časové řadě tří let.

a-8215-12 | **Analýza bytové výstavby (2011)**
Informace o bytové výstavbě v roce 2011.

e-2103-12 | **Soupis hospodářských zvířat (1. 4. 2012)**
Výsledky soupisu hospodářských zvířat podle jednotlivých druhů a věkových kategorií. Stavy skotu, krav, prasat, prasnic, ovcí, koz, drůbeže a slepic podle jednotlivých krajů.

e-7101-12 | **Indexy spotřebitelských cen (životních nákladů) – základní členění (duben 2012)**
Měsíční informace o vývoji indexů spotřebitelských cen (životních nákladů) na území České republiky podle klasifikace konečné spotřeby COICOP (Classification of Individual Consumption by Purpose) za domácnosti celkem, domácnosti důchodců a domácnosti žijící v hl. m. Praze.
30 Kč 35 Kč

e-2101-12 | **Zemědělská produkce (2011)**
Souhrnné výsledky rostlinné a živočišné produkce propočtené na podkladě jednotlivých výrobků v naturálním vyjádření, ve stálých cenách a v běžných cenách v ČR za rok 2011.

e-6003-12 | **Zahraniční obchod České republiky podle CZ-CPA (1. čtvrtletí 2012)**
Údaje o zahraničním obchodu ČR v členění podle CZ-CPA celkem a v teritoriální struktuře.

e-7002-12 | **Indexy cen dodávek výrobků a služeb do zemědělství (1. čtvrtletí 2012)**
Čtvrtletní informace o vývoji indexů cen a průměrných cen vybraných výrobků a služeb poskytovaných zemědělským výrobcům.

e-7006-12 | **Indexy cen zemědělských výrobců, průmyslových výrobců a indexy spotřebitelských cen potravinářského zboží (duben 2012)**
Měsíční informace o cenových indexech a jejich agregacích a průměrných cenách vybraných výrobků zemědělských výrobců, výrobců potravinářského průmyslu a vybraných potravinářských výrobků z okruhu spotřebitelských cen.

e-3109-12 | **Struktura mezd zaměstnanců (2011)**
Výsledky strukturálního šetření o mzdách zaměstnanců v podrobných členěních, např. podle pohlaví, věku, vzdělání, zaměstnání apod., a také údaje o distribuci mezd.

e-2201-12 | **Lesnictví a myslivost (2011)**
Materiál obsahuje hlavní ukazatele lesnické činnosti subjektů hospodařících v lesnictví v roce 2011 a ekonomické výsledky za rok 2010.

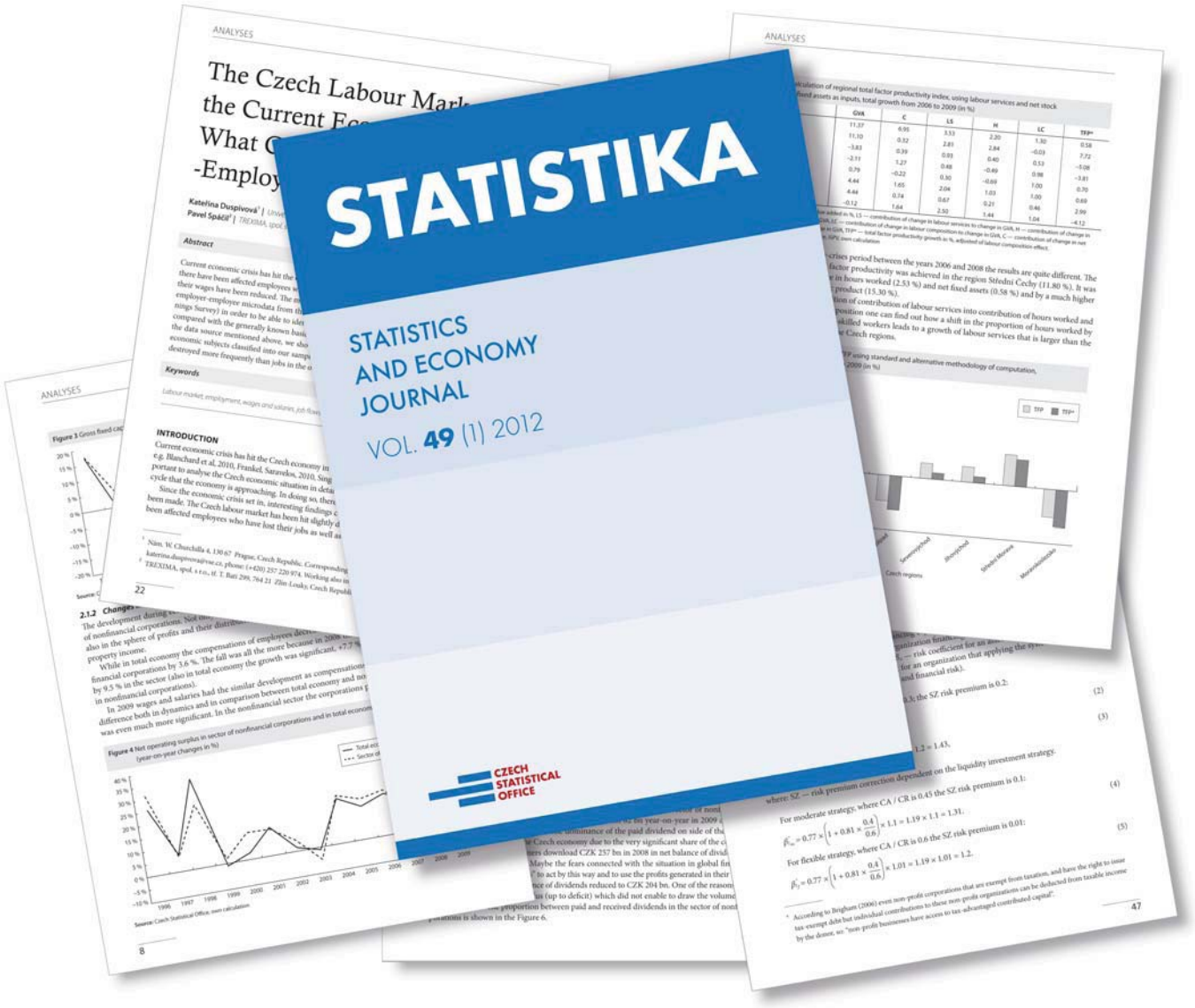
e-4002-12 | **Úmrtnostní tabulky za ČR, oblasti a kraje (2011)**
Podrobné úmrtnostní tabulky podle pohlaví navazující na předběžné výsledky SLDB 2011. S ohledem na vyloučení nahodilých výkyvů jsou úmrtnostní tabulky za oblasti a kraje zpracovány za dvouleté období.

publikace v tištěné podobě

publikace v elektronické podobě

Uvedené publikace je možné objednat (e-mail: *objednavky@czso.cz*, tel.: 274 052 400, 274 052 732) nebo přímo zakoupit v prodejně publikací v ústředí ČSÚ (Na padesátém 81, Praha 10). Všechny publikace ČSÚ najdete na ***www.czso.cz***.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD



Statistika | Statistics and Economy Journal

Recenzovaný odborný časopis vydávaný Českým statistickým úřadem od roku 1964, zařazený v seznamu recenzovaných vědeckých periodik vydávaných v České republice a hodnocených metodikou RVVI. | Publikujeme články zaměřené na teoretickou a aplikovanou statistiku, matematicko-statistické metody, ekonometrii a aplikovanou ekonomii, hospodářské, sociální a environmentální analýzy, hospodářské ukazatele, sociální a environmentální problémy z pohledu statistiky či ekonomie a regionální rozvoj.

Vychází 4x ročně pouze anglicky (sekce: analýzy, metodologie). | 3w – zdarma, výtisk – 66 Kč (prodejna ČSÚ), roční předplatné včetně poštovného – 369 Kč.

Z obsahu č. 1/2012:

Analýzy: Marek Rojíček, Jaroslav Sixta, Tereza Košťáková: Ownership Principle in the Foreign Trade Statistics: Czech Approach **Savina Finardi, Jakub Fischer, Petr Mazouch:** Private Rate of Return on Human Capital Investment in the Czech Republic: Differences by Study Fields | **Hana Řezanková, Renáta Kunstová:** Evaluation of Economic Education from Graduates' Point of View | **Vít Pošta, Zdeněk Pikhart:** The Use of the Sentiment Economic Indicator for GDP Forecasting: Evidence from EU Economies **Metodologie: Petr Novák, Václav Kosina:** Using the Superpopulation Model for Imputations and Variance Computation in Survey Sampling.

http://www.czso.cz/statistika_journal

ADRESA REDAKCE:
Journal of Statistika | Czech Statistical Office | Na padesátém 81 | 100 82 Praha 10 | Czech Republic
E-mail: statistika.journal@czso.cz | ***www.czso.cz/statistika_journal***

Chcete znát výsledky ze Sčítání lidu, domů a bytů 2011?

Sledujte www.scitani.cz

SČÍTÁNÍ LIDU, DOMŮ A BYTŮ 2011

Český statistický úřad
Na padesátém 81
100 82, Praha 10
www.czso.cz

ev. č. MK ČR E 19925