

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Praha
Škola veřejného zdravotnictví

Demografická analýza Jihomoravského kraje

(atestační práce)

Vypracoval: Ing. Simona Prokopcová

Konzultant: Ing. Antonín Hlaváček, CSc.

Praha

2005 - 2006

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Souhrn:

Předmětem předkládané analýzy je měření čtyř základních souborů ukazatelů, které poskytují pohled na zásadní demografické determinanty vývoje struktury regionu Jihomoravského kraje a jeho obyvatel. Ukazatele jsou vybrány ve vztahu ke zdravotnímu stavu populace a sociálnímu prostředí se záměrem stanovit jejich střednědobý výhled.

Klíčová slova:

Demografie
Obyvatelstvo
Zdravotní stav
Přírůstek obyvatelstva
Střední délka života
Úmrtnost
Kojenecká úmrtnost
Potratovost
Incidence
Prevalence

Summary:

The subject of this analysis is measurement of the four basic group of index, which give a sight on fundamental demography determinant of the development in regional structure of the South Moravia region and its residents on the subject of state of health and social enviromen, and its intermediate perspective.

Key words:

Demography
Residents
State of health
Total increase rate of inhabitants
Life expectancy
Mortality rate
Infant mortality rate
Abortions rate
Incidence
Prevalence

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Prohlašuji, že jsem atestační práci „Demografická analýza Jihomoravského kraje“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v bibliografii (v souladu s § 31 zákona č. 121 / 2000 Sb., Autorského zákona, v platném znění).

Souhlasím, aby moje atestační práce „Demografická analýza Jihomoravského kraje“ byla digitálně zpracována a v elektronické formě zpřístupněna odborné veřejnosti na webových stránkách IPVZ (v souladu s § 14, § 18 a § 37 zákona č. 121 / 2000 Sb., Autorského zákona, v platném znění).

V Praze dne: 15. ledna 2007

.....

podpis

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Poděkování

Za cenné rady, náměty a inspiraci bych chtěla zvláště poděkovat Ing. Antonínu Hlaváčkovi, CSc. z Institutu pro postgraduální vzdělávání ve zdravotnictví v Praze;

za laskavou pomoc a rady při sběru a vyhodnocování dat děkuji MUDr. Miloši Suchému, řediteli Divize zdravotnického managementu, STAPRO s.r.o.

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

1	ÚVOD	6
1.1	ZDRAVOTNÍ POLITIKA A DEMOGRAFIE	6
1.2	CÍL PRÁCE	7
1.3	POUŽITÉ METODY A DATA.....	7
2	ÚZEMÍ	9
3	OBYVATELSTVO	11
3.1	POČET, VĚKOVÁ STRUKTURA A POHLAVÍ OBYVATELSTVA.....	11
3.2	PŘIROZENÝ PŘÍRŮSTEK OBYVATELSTVA	14
3.3	STŘEDNÍ DÉLKA ŽIVOTA (NADĚJE DOŽITÍ).....	17
4	VYBRANÉ UKAZATELE SOCIÁLNÍ OBLASTI	19
4.1	MÍRA NEZAMĚSTNANOSTI	20
4.2	SOCIÁLNÍ VYBAVENOST	22
5	VYBRANÉ UKAZATELE ZDRAVOTNÍHO STAVU	24
5.1	POTRATOVOST	24
5.2	KOJENECKÁ ÚMRTNOST	25
5.3	PREVALENCE A INCIDENCE VYBRANÝCH ONEMOCNĚNÍ	26
5.4	HOSPITALIZACE DLE VYBRANÝCH HL. DIAGNÓZ	30
5.5	ÚMRTNOST (DLE HLAVNÍCH PŘÍČIN).....	35
6	POSTAVENÍ JIHMORAVSKÉHO KRAJE V DEMOGRAFICKÉ A SOCIÁLNÍ OBLASTI ..	39
7	STŘEDNĚDOBÝ VÝHLED A PROJEKCE VYBRANÝCH DEMOGRAFICKÝCH UKAZATELŮ	40
7.1	ÚZEMÍ A OBYVATELSTVO.....	40
7.2	MÍRA NEZAMĚSTNANOSTI	45
7.3	SOCIÁLNÍ VYBAVENOST	45
7.4	ZDRAVOTNÍ STAV	46
8	ZÁVĚR	49
9	SEZNAM LITERATURY	51
10	SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ	52
11	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	53
12	SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	54

1 Úvod

1.1 Zdravotní politika a demografie

Zdravotní politika každého státu je představována základním přístupem k péči o zdraví a vychází ze sociálně-psychologicko-ekonomického konceptu determinant zdraví. Informace o vývoji celkového zdravotního stavu populace daného území je ukazatelem úspěšnosti celé veřejné politiky a především v oblasti zdravotnictví.

Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation) definuje **zdraví jako stav plné fyzické, mentální a sociální pohody a nejen nepřítomnost nějaké nemoci či postižení**. Z ekonomického hlediska lze na zdraví pohlížet i jako na statek, avšak pouze jako na meritorní zboží, které není předmětem koupě či prodeje, nemá hmotnou podstatu a proto je těžko měřitelné a kvantifikovatelné.

Zdraví je neustále ovlivňováno soustavou životních a pracovních podmínek, především prvky přírodního a sociálního prostředí. Zdraví tedy není trvalý a neměnitelný stav, ale dynamický životní proces, reagující na změny v systému organismus vs. prostředí.

Někdy bývá zdraví považováno i za investiční zboží. Podle M. Grossmana má každý jednotlivec v okamžiku narození určitou *“zásobu svého zdraví”*, která je do značné míry zděděná. Postupem času, v průběhu svého života, tak, jak člověk stárne, je jeho *zásoba zdraví* znehodnocována a odepisována až do jeho smrti. Avšak z hlediska teorie lidského kapitálu a navazující teorie investování do tohoto kapitálu, může být *zásoba zdraví* člověka vylepšena investicemi do jeho zdraví. Přímé vstupy do tohoto investování zahrnují jak vlastní aktivity a čas na udržení dobrého zdravotního stavu, tak i zdravotní léčebnou péči různého rozsahu a kvality.¹

Promítnutí poznatků z oblasti determinant zdraví do tvorby zdravotní politiky bylo realizováno v posledních dvou desetiletích především díky úsilí Světové zdravotnické organizace (WHO) a jejího nadnárodního programu *“Zdraví pro všechny do roku 2000”*. Program WHO byl přepracován pro 21. století – *“Program zdraví 21”*, který obsahuje 21 cílů, jež mohou výrazně přispět k pozitivním změnám v oblasti zdravotní politiky a tím i

¹ Duben, R.: *Teorie a praxe sociální politiky*. Vysoká škola ekonomická v Praze, Praha 1999

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

k naplnění prioritního cíle všech národních zdravotních politik: *zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva*. Těchto 21 cílů pro 21. století shrnuje dlouholeté zkušenosti, odhaduje možnosti evropského regionu jako celku a představuje určitou osnovu pro tvorbu zdravotních politik států.

Následující tabulka uvádí přehled základních determinant (jejich procentní podíl) zdravotního stavu jedince.

Tabulka 1-1 Faktory ovlivňující výslednou hodnotu zdraví (zdravotní stav) jedince

FAKTOR	PODÍL V %
genetická výbava	10 - 15
životní styl (výživa, sport, aktivita)	50 - 60
zdravotní péče	10 - 20
prostředí (sociální a přírodní)	20 - 25

Z tabulky je patrné, že samotná zdravotní péče má velmi nízký podíl na výsledku zdravotního stavu obyvatelstva. Daleko významnější jsou faktory životního stylu a prostředí.

1.2 Cíl práce

Cílem analýzy je střednědobý výhled a projekce vybraných demografických ukazatelů regionu Jihomoravského kraje, které mají bezprostřední vliv na zdravotní stav populace. Analýza se dotýká čtyř základních souborů ukazatelů, které poskytují ucelený pohled na zásadní demografické determinanty vývoje struktury regionu a jeho obyvatel ve vztahu ke zdravotnímu stavu a sociálnímu prostředí. Jedná se o demografické ukazatele o území, jeho obyvatelích a o ukazatele zdravotního stavu a vybrané ukazatele sociálního prostředí.

1.3 Použité metody a data

Metodický přístup je tvořen především sběrem dat, jejich setříděním a následnou analýzou a vyhodnocením. V analýze jsou použita statistická data publikovaná Ústavem

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

zdravotnických informací a statistiky České republiky (UZIS) v Aktuálních informacích na internetu (www.uzis.cz) a v Zdravotnických ročenkách. Jedná se o data, která vychází z agregovaných údajů ze zdravotnických výkazů, zpracovávaných ve zdravotnických zařízeních. Časové řady, které jsou v práci použity, jsou sestaveny v ročních údajích. Další statistická data jsou použita z publikací Českého statistického úřadu, zvláště z demografických publikací v informačních zdrojích na internetu (www.czso.cz).

V analýze je použito konkrétních dostupných údajů týkajících se Jihomoravského kraje vždy v komparaci s celorepublikovými údaji nebo jednotlivými kraji České republiky.

V první kapitole Území je stručný popis regionu, charakteristika osídlení a územněsprávního členění.

Následuje kapitola Obyvatelstvo, která je členěna dle základních demografických ukazatelů. Tyto ukazatele velmi úzce souvisí s vývojem zdravotního stavu obyvatelstva. Jedná se o ukazatel počtu a struktury obyvatelstva dle věku a pohlaví, dále o přirozený přírůstek obyvatelstva a ukazatel střední délky života.

Okrajově jsou zmíněny ukazatele sociální oblasti, které mají na zdravotní stav nepřímý vliv. Jedná se především o míru nezaměstnanosti a o sociální vybavenost v kraji.

Největší pozornost je v práci věnována vybraným ukazatelům zdravotního stavu obyvatel. Ukazatele potratovosti a kojenecké úmrtnosti jsou zmíněny v návaznosti na demografické ukazatele přirozeného přírůstku obyvatelstva. Primárními ukazateli kvality zdravotního stavu jsou prevalence a incidence onemocnění v populaci ve srovnání s úmrtností na vybraná onemocnění. Ukazatelé jsou doplněny přehledem počtu hospitalizací podle druhu diagnóz.

Závěrečná kapitola se zabývá střednědobým výhledem a projekcí analyzovaných demografických ukazatelů, tzn. jak ukazatelů týkajících se území a struktury obyvatelstva, tak ukazatelů sociální oblasti a vybraných ukazatelů zdravotního stavu.

Podkladem pro analýzu byla odborná česká literatura z dostupných veřejných zdrojů a její seznam je uveden v závěru práce. Analýza byla zahájena na sklonku r. 2005. Výsledky šetření vychází z dostupných veřejných zdrojů, maximálně do období r. 2005.

2 Území

Jihomoravský kraj je hraničním krajem, nalézajícím se na jihovýchodu České republiky. Svou polohou je již historicky v rámci Evropy tranzitním územím od jihu směrem na sever a především severozápad od státních hranic s Rakouskem a Slovenskem. Vnitrostátně hraničí s krajem Jihočeským, Vysočinou, krajem Pardubickým, Olomouckým, a Zlínským.



Svou rozlohou 7,065 tis. km² se Jihomoravský kraj řadí jako čtvrtý největší kraj ze třinácti krajů České republiky a tvoří tak necelých 9 % z celkové rozlohy státu.

Počtem obcí (647) je Jihomoravský kraj na třetím místě za Krajem Vysočina (729) a Středočeským krajem (1146). Hustotou osídlení (159 obyv. / 1 km²) zaujímá spolu s Moravskoslezským krajem (228 obyv. / 1 km²) čelní místo v rámci ČR.

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Tabulka 2-1: Rozloha území, hustota obyvatelstva a počet obcí k 31. 12. 2003 (ČR, JMK)

Území, kraj	Rozloha (km ²)	Hustota obyvatelstva na 1 km ²	Počet obcí
Česká republika	78 866	129	6 249
Středočeský kraj	11 013	103	1 146
Jihočeský kraj	10 057	62	623
Plzeňský kraj	7 562	73	501
Karlovarský kraj	3 315	92	132
Ústecký kraj	5 334	154	354
Liberecký kraj	3 163	135	216
Královéhradecký kraj	4 758	115	448
Pardubický kraj	4 519	112	452
Vysočina	6 926	75	729
Olomoucký kraj	5 160	123	394
Zlínský kraj	3 963	149	304
Jihomoravský kraj	7 065	159	647
Moravskoslezský kraj	5 535	228	302

Zdroj: ČSÚ

Územně je kraj členěn na šest okresů, přičemž největší okres Znojmo (1,637 tis. km²) i přes nejvyšší počet obcí v kraji (148) zaujímá poslední místo v ukazateli hustoty osídlení (70 obyv. / 1 km²). V ukazateli hustoty obyvatelstva vede okres Brno – venkov (147) a Hodonín (146). Nejmenší rozlohu má okres Vyškov; nejnižší počet obcí vykazuje okres Břeclav.

Kraj je dále členěn na 21 správních obvodů obcí s rozšířenou působností o rozloze 80 až 1 242 km² s počtem obyvatel od 12 tisíc do 370 tisíc.

Tabulka 2-2: Rozloha území, hustota obyvatelstva a počet obcí k 31. 12. 2003 (JMK)

Kraj, okres	Rozloha (km ²)	Hustota obyvatelstva na 1 km ²	Počet obcí
Jihomoravský kraj	7 065	159	647
Blansko	942	114	130
Brno-město	230	1 607	1
Brno-venkov	1 108	147	137
Břeclav	1 173	105	69
Hodonín	1 086	146	81
Vyškov	889	98	81
Znojmo	1 637	70	148

Zdroj: ČSÚ

3 Obyvatelstvo

Demografie (populacionistika) je populační věda, tedy věda o obyvatelstvu, jejímž hlavním předmětem zkoumání jsou populační (demografické) jevy a procesy související s reprodukcí obyvatelstva. V užším slova smyslu je přirozená obnova obyvatelstva směnou generací prostřednictvím porodnosti a úmrtnosti; v širším slova smyslu je celková obnova obyvatelstva určitého území zahrnující i stěhování obyvatelstva, migraci obyvatelstva. Základním a pro demografii charakteristickým znakem je věk, resp. věková struktura obyvatelstva. Údaje potřebné k výzkumu čerpá demografie z demografické statistiky, což je odvětví sociální statistiky, které se zabývá kvantitativním zkoumáním stavu a pohybu obyvatelstva.²

Pro období r. 2004 zveřejnil Český statistický úřad předběžné údaje o populační struktuře v České republice ke konci roku 2004. Vedle pozitivních odchylek proti demografické projekci, jako je mírně vyšší porodnost a nižší úmrtnost, se projevuje mírně nižší počet obyvatel ve věkové skupině 20 – 59 let, který byl zřejmě způsoben nepříznivou věkovou strukturou migrace.

Z hlediska zdrojů pracovní síly je současná demografická struktura zjevně nejpříznivější v celé historii doložené údaji o vývoji populace, přičemž vrcholu bylo pravděpodobně dosaženo již v roce 2003.³

3.1 Počet, věková struktura a pohlaví obyvatelstva

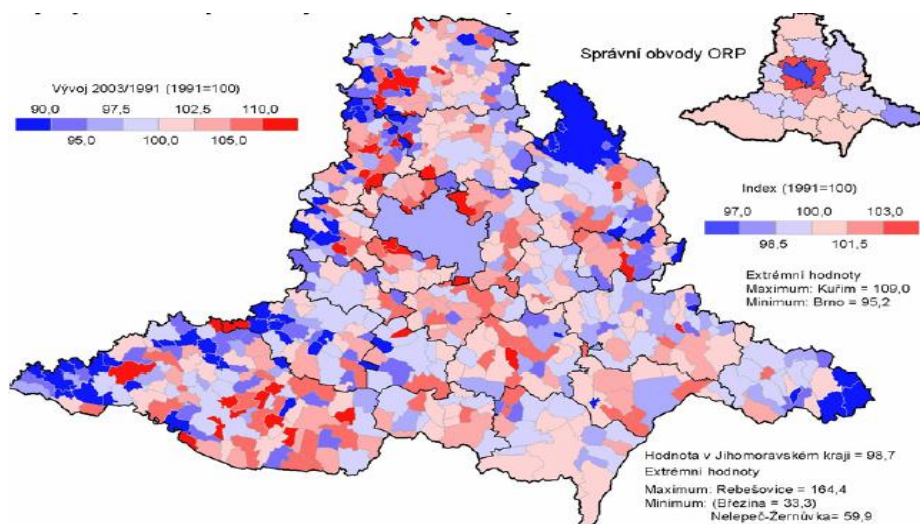
Po osmi letech ročních úbytků obyvatelstva se stav populace Jihomoravského kraje v roce 2003 opět zvýšil. Přesto ve srovnání s rokem 1994 žije v kraji o 19,4 tisíce osob méně. Vývoj počtu obyvatel kraje je ovlivňován především nízkou porodností, kdy navíc od roku 1994 až do současné doby počet zemřelých každoročně převyšoval počet narozených.

² Roubíček, V.: *Vybrané kapitoly z demografie*. Vysoká škola ekonomická v Praze, SPN 1985

³ Makroekonomická predikce České republiky, červenec 2005, Ministerstvo financí ČR

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Obrázek 3-1: Vývoj celkového počtu obyvatel v obcích Jihomoravského kraje v letech 1991 / 2003



Tabulka 3-1: Počet obyvatel JM kraje podle pohlaví a věku (stav k 31. 12.)

	1991	1995	1997	2000	2002	2004
Celkem	1 145 287	1 148 416	1 145 894	1 142 607	1 128 820	1 144 374
O - 14	235 826	211 102	199 104	182 704	173 408	188 199
15 - 64	756 044	777 734	784 553	795 944	792 308	792 502
64+	153 417	159 580	162 237	163 959	163 104	163 673
Muži	553 254	555 718	554 900	553 962	546 922	554 714
ve věku:						
0 - 14	120 760	108 031	101 937	93 448	88 867	96 318
15 - 64	375 141	387 865	391 871	398 429	396 113	396 453
65 +	57 353	59 822	61 092	62 085	61 942	61 943
Ženy	592 033	592 698	590 994	588 645	581 898	589 660
ve věku:						
0 - 14	115 066	103 071	97 167	89 256	84 541	91 881
15 - 64	380 903	389 869	392 682	397 515	396 195	396 049
65 +	96 064	99 758	101 145	101 874	101 162	101 730

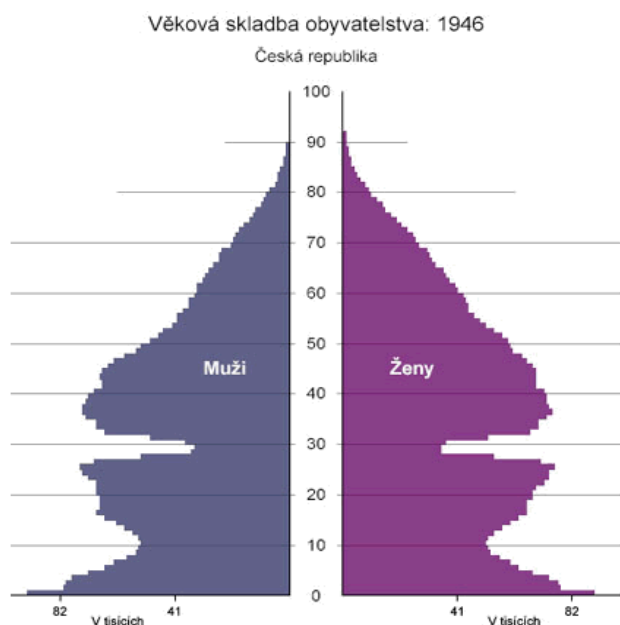
Zdroj: ČSÚ

Jak je z přehledu v tabulce patrné, ve věkové skladbě obyvatelstva se stále zmenšuje zastoupení dětské složky a naopak posilují podíly osob v produktivním a poproduktivním věku. Ve sledovaném období klesl počet obyvatel dětské populace 0 – 14 let o zhruba 47,5 tis. obyvatel a v celém sledovaném období má klesající charakter. Počet obyvatel v produktivním věku (15 – 64 let) má v letech 1991 až 2000 rostoucí charakter (vzrostl o

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

necelých 40 tis.), ale od r. 2000 vykazuje mírný pokles a stagnaci. Vývoj v kraji odpovídá celorepublikovému trendu, jak je uvedeno dále.

Vývoj věkové struktury obyvatelstva v ČR znázorňují následující grafy populačních stromů⁴, které srovnávají počet obyvatel mužské a ženské populace (osa x) v konkrétním čase (roce) dle věkové struktury (osa y).

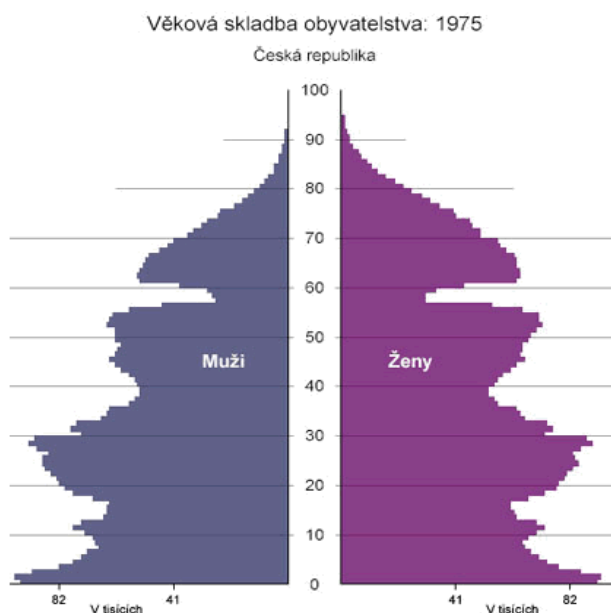


Graf 3-1: Věková struktura obyvatelstva 1946

Zatímco v r. 1946 byla porodnost na přirozeně vysoké úrovni a tvořila dostatečně širokou základnu, po 60. letech začala porodnost klesat a populace tenduje ke „stárnutí“.

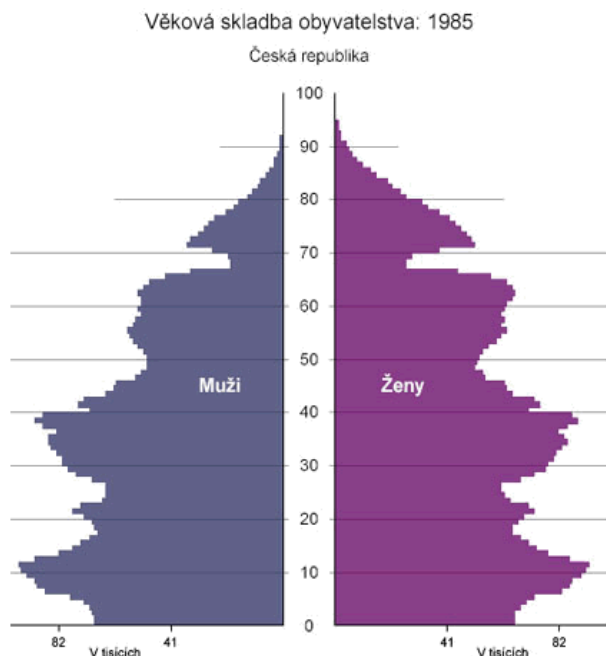
Graf 3-2: Věková struktura obyvatelstva 1975

V sedmdesátých letech minulého století se výrazně začala uplatňovat sociální rodinná politika státu a po určité stagnaci v letech šedesátých nastal v letech sedmdesátých nárůst porodnosti. Široká základna porodnosti z let čtyřicátých je v grafu patrná v třetím deceniu věku obyvatel.



⁴ Zdroj: ČSÚ

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

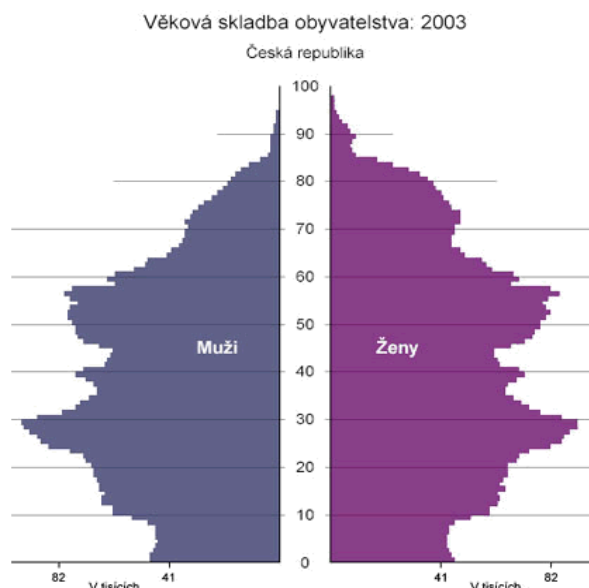


Graf 3-3: Věková struktura obyvatelstva 1985

V osmdesátých letech je znát patrný trend snižování porodnosti a zvyšování proporce obyvatelstva produktivního a seniorského věku. Silnou populační základnu z let 70. lze vidět v prvním deceniu věku obyvatelstva.

Graf 3-4: Věková struktura obyvatelstva 2003

V prvních dvou deceniích věku je z grafu patrný úbytek porodnosti od 80. let minulého století a jen poslední roky naznačují mírný nárůst dětské populace. Přesto tento nárůst zdaleka nedosahuje hodnot poválečných let a porodnost je na významně nižší úrovni, než je tomu v letech sedmdesátých.



3.2 Přirozený přírůstek obyvatelstva

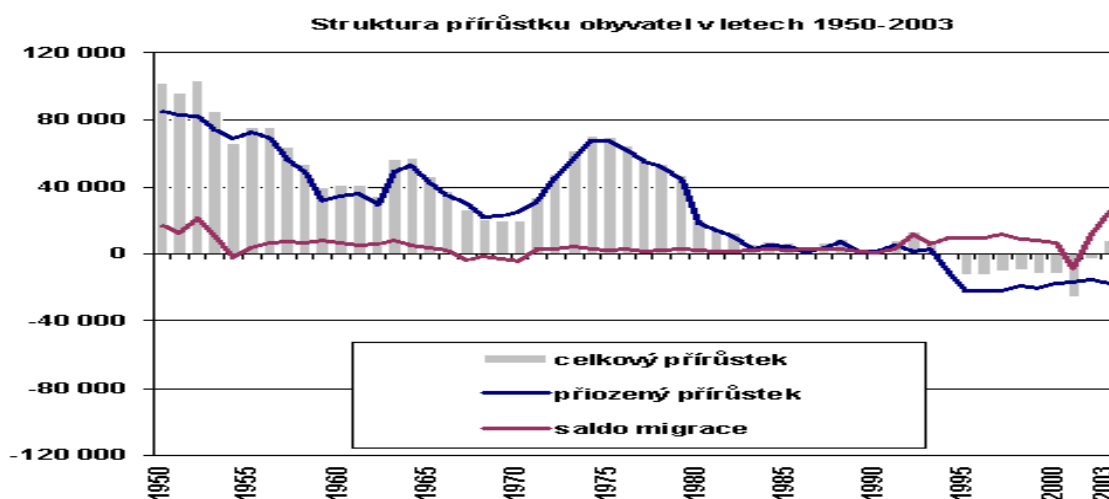
Ø **Přirozený přírůstek** se vyjadřuje rozdílem mezi počtem živě narozených dětí ve sledovaném období a v daném území a celkovým počtem zemřelých osob v témž území a v témž období. Pro přirozenou obnovu obyvatelstva by měl přírůstek oscilovat kolem nulových hodnot. V České republice v první polovině 90. let

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

minulého století začal nabývat záporných hodnot, což má za následek úbytek populace.

Ø **Saldo migrace** (někdy nazýván migrační přírůstek) se vyjadřuje rozdílem mezi počtem přistěhovaných nebo odstěhovaných obyvatel v daném čase a ve sledovaném území. Může v populaci vyrovnávat výkyv přirozeného přírůstku obyvatelstva.

Graf 3-5: Struktura přírůstku obyvatel (ČR)



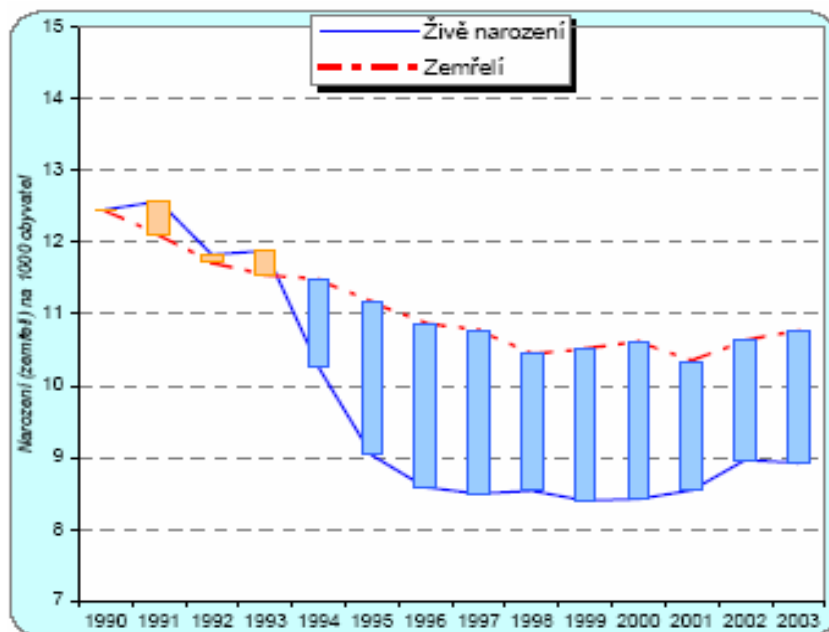
Zdroj: ČSÚ

V České republice se od r. 1994 minulého století začíná uplatňovat výrazně nižší porodnost oproti počtu zemřelých a přirozený přírůstek tak nabývá záporných hodnot. V následujícím období do r. 2003 se pohybuje v hodnotách -15 až -20 tis. obyvatel. Saldo migrace se po relativně konstantním období od r. 1950 v počátku let devadesátých začíná pomalu zvyšovat a s výjimkou odchylky k záporné hodnotě v letech 2001 a 2002 nasadilo rychlé tempo růstu především díky migraci obyvatel z východní Evropy, zejména ze zemí bývalého Sovětského svazu.

V rámci kraje je nutné ovšem chápat saldo migrace nejen jako ukazatel pohybu obyvatelstva z ostatních států, ale i jako pohyb obyvatelstva mezi kraji České republiky.

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Graf 3-6: Vývoj přirozeného přírůstku obyvatel (JMK)



Zdroj: ČSÚ;

Tak jako v celé České republice, tak se i v Jihomoravském kraji projevuje posledních jedenáct let negativní vývoj přirozeného přírůstku obyvatelstva. Tento trend nestačil do roku 2003 vyrovnávat ani kladný migrační přírůstek, který byl ve všech letech kromě roků 2001 a 2002. V prvním pololetí 2005 však migrační saldo (709) převyšuje o 371 obyvatel přirozený přírůstek (-329) a dochází k vyrovnání migračním přírůstkem.

Průměrný věk obyvatel se od roku 2000 do roku 2003 zvýšil o 0,8 roku na 39,8 let (ženy měly průměrný věk 41,4 let, muži 38,0 let).

V posledních letech se sice postupně lepší situace v porodnosti, neboť do plodného období se dostaly silné populační ročníky ze 70. let, avšak je stále nižší, než počty zemřelých.

Např. v grafu v posledním měřeném období r. 2003 zatímco porodnost dosáhla hodnoty 8,9 živě narozených dětí na 1000 obyvatel, počet zemřelých ve stejném roce osciluje kolem hodnoty 10,5 zemřelých na 1000 obyvatel

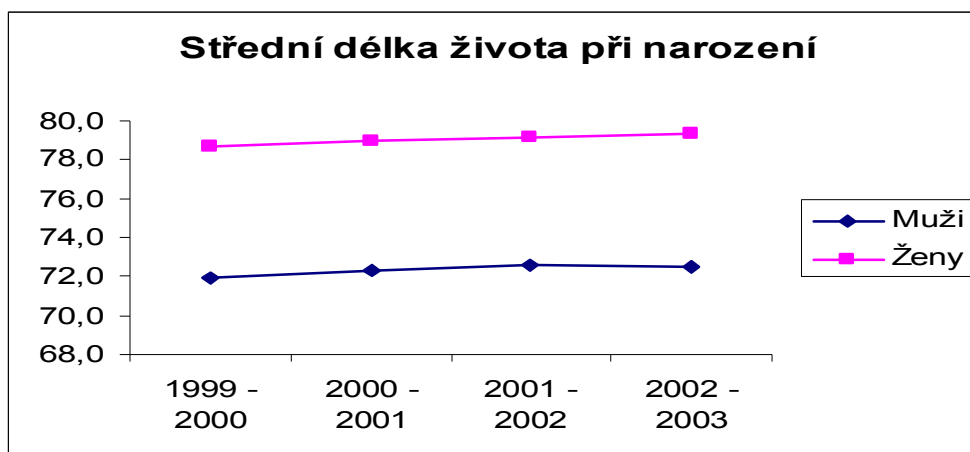
3.3 Střední délka života (naděje dožití)

Základním ukazatelem úmrtnostních tabulek je *střední délka života* (také označovaná jako *naděje dožití*), která nám říká, kolik let (průměrně) má před sebou osoba právě xletá, za předpokladu, že zůstanou v následujících letech zachovány stejné úmrtnostní poměry.

Po třiceti letech stagnace došlo v České republice počátkem devadesátých let dvacátého století k výrazné změně úmrtnostních poměrů. Úroveň úmrtnosti se začala významněji snižovat již koncem osmdesátých let, ale v průběhu let devadesátých došlo k výraznému zrychlení tohoto procesu. Jeho výsledkem bylo prodloužení naděje dožití mužů i žen. Konkrétně mezi roky 1989 a 2000 o 3,5 roku u mužů a o 3,0 roku u žen. U mužů vzrostla naděje dožití o něco více než u žen, čímž došlo k částečnému snížení poměrně vysoké mužské nadúmrtnosti.

Odborníci se domnívají, že pokles úmrtnosti v České republice v posledním desetiletí byl umožněn především zkvalitněním lékařské péče (mimo jiné větší dostupností řady léčiv a přístrojů), částečnou změnou způsobu života a zlepšením životního prostředí (zde je však vliv na intenzitu úmrtnosti jen okrajový, neboť enviromentální změny mají velmi dlouhý nástup v odpovědi populace v úmrtnostních tabulkách). Značný podíl na poklesu celkové úmrtnosti mělo i významné snížení úmrtnosti kojenců, zejména novorozenců.

Graf 3-7: Střední délka života při narození (JMK)



Zdroj: ČSÚ

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Střední délka života v Jihomoravském kraji je v posledním období oproti celorepublikovým hodnotám příznivější. Při narození činila v období 2002 - 2003 u mužů 72,5 let, což je o 0,5 roku vyšší hodnota, než je republikový průměr, u žen dosáhla hodnoty 79,3 roku a převýšila tak republikový průměr o 0,8 roku.

4 Vybrané ukazatele sociální oblasti

Brněnský region již od 18. století patřil k nejindustrializovanějším oblastem Rakouska-Uherska. Příznivý vliv geografické polohy kraje byl dán zejména polohou na spojnici severu a jihu Evropy, což se stalo důvodem pro vybudování silničních i železničních tahů mezinárodního významu, které přímo spojovaly a spojují kraj se sousedícími pěti kraji České republiky, Rakouskem a Slovenskem.

Souhrnné hodnocení makroekonomických ukazatelů staví kraj na 6. místo, na celostátním HDP se podílí 10 %. Čtvrtinu regionálního HDP přináší zpracovatelský průmysl, 16 % obchod, 13 % služby pro podniky, 5 % zemědělství, 8 % stavebnictví. Podíl HDP na obyvatele dosahuje 91 % celostátního průměru, resp. 55 % průměru zemí EU.

Jihomoravský kraj má druhý nejvyšší podíl (vždy po hl. m. Praze) nově přijatých studentů na odpovídající věkové populaci na střední školy s maturitou celkem a také na čtyřletá i víceletá gymnázia. Brno je druhým nejvýznamnějším centrem vysokého školství v ČR po hlavním městě Praze. Na 9 vysokých školách lokalizovaných ve třech městech kraje (Brno, Vyškov a Lednice na Moravě), na kterých je 33 fakult, studuje pětina všech studentů denního studia v České republice. Zhruba polovina těchto studentů studuje na Masarykově univerzitě v Brně.

Kraj má na poměry České republiky příznivou vzdělanostní strukturu obyvatelstva. Jen 23,4 % dospělých obyvatel mělo při posledním sčítání základní (i neukončené) vzdělání (v celé ČR to bylo 23,5 %). Střední vzdělání bez maturity mělo 37,2 % obyvatel starších 15 let (v ČR 38,0 %). Střední vzdělání s maturitou mělo v kraji 28,2 % obyvatel oproti 28,4 % v České republice. U vysokoškolského vzdělání byl rozdíl mezi krajem a ČR vyšší, v kraji mělo vysokoškolské vzdělání 10,4 % populace oproti 8,9 % v celé ČR.

Podíl ekonomicky aktivních obyvatel Jihomoravského kraje nedosahuje průměrné hodnoty v České republice. Míra ekonomické aktivity žen je mírně podprůměrná stejně jako ekonomická aktivita ve věkové skupině 45 až 59 let. Podíl ekonomicky aktivních na obyvatelstvu v aktivním věku se dlouhodobě pohybuje mírně pod průměrem ČR. Podíl žen na celkovém počtu ekonomicky aktivních se dlouhodobě liší jen nevýznamně od průměru.

Podíl zaměstnaných v primárním sektoru přesahuje mírně podíl zaměstnaných v tomto sektoru v celé republice. Za posledních deset let se podíl zaměstnaných v tomto sektoru snížil o téměř 40 %. Zaměstnanost v průmyslu celých deset let trvale klesala až na současných necelých 30 %. Nepochybně zde svou úlohu hrál výrazný pokles zaměstnanosti v průmyslu v centru kraje, kdy víc než stopadesátiletá tradice brněnského textilního průmyslu byla téměř uzavřena a podobná tradice strojírenství a elektrotechniky pomalu mizí po omezení provozu a uzavírání velkých podniků s několika desítkami tisíc zaměstnanců. Nad republikovým průměrem je v Jihomoravském kraji podíl zaměstnaných v odvětví stavebnictví. Nadprůměrná zaměstnanost je i v tržních službách a službách převážně veřejného charakteru.

Podnikavost v Jihomoravském kraji je na průměrné úrovni. Nadprůměrný je podíl podnikatelů – zaměstnavatelů z ekonomicky aktivních, druhá nejvyšší (po Praze) je úroveň vzdělání podnikatelů.⁵

4.1 Míra nezaměstnanosti

Podle toho, jakým způsobem se počet nezaměstnaných získává, lze rozlišit:

- Ø **Obecnou míru nezaměstnanosti:** vyjadřuje podíl počtu nezaměstnaných na celkové pracovní síle (v procentech), kde číselník i jmenovatel jsou ukazatele konstruované podle mezinárodních definic a doporučení aplikovaných ve Výběrovém šetření pracovních sil (VŠPS).
- Ø **Registrovanou míru nezaměstnanosti:** za nezaměstnané jsou považováni registrovaní neumístění uchazeči o zaměstnání na úřadech práce (MPSV)..

Vývoj trhu práce v Jihomoravském kraji od 90. let minulého století znamenal několik faktorů. Transformace a vývoj zemědělství vedly k prudkému poklesu zaměstnanosti v primární sféře – poklesla téměř na polovinu. Řada výrobních podniků s tisíci i desetitisíci zaměstnanci skončila nebo podstatně omezila svou činnost – zejména šlo o odvětví textilního průmyslu, oděvnictví, strojírenství, případně elektrotechniku, stavební stroje, zbrojovky, stavebnictví. Jihomoravský kraj se tak vyznačuje nadprůměrnou nezaměstnaností vzhledem k celorepublikovému průměru. Podíl zaměstnaných v

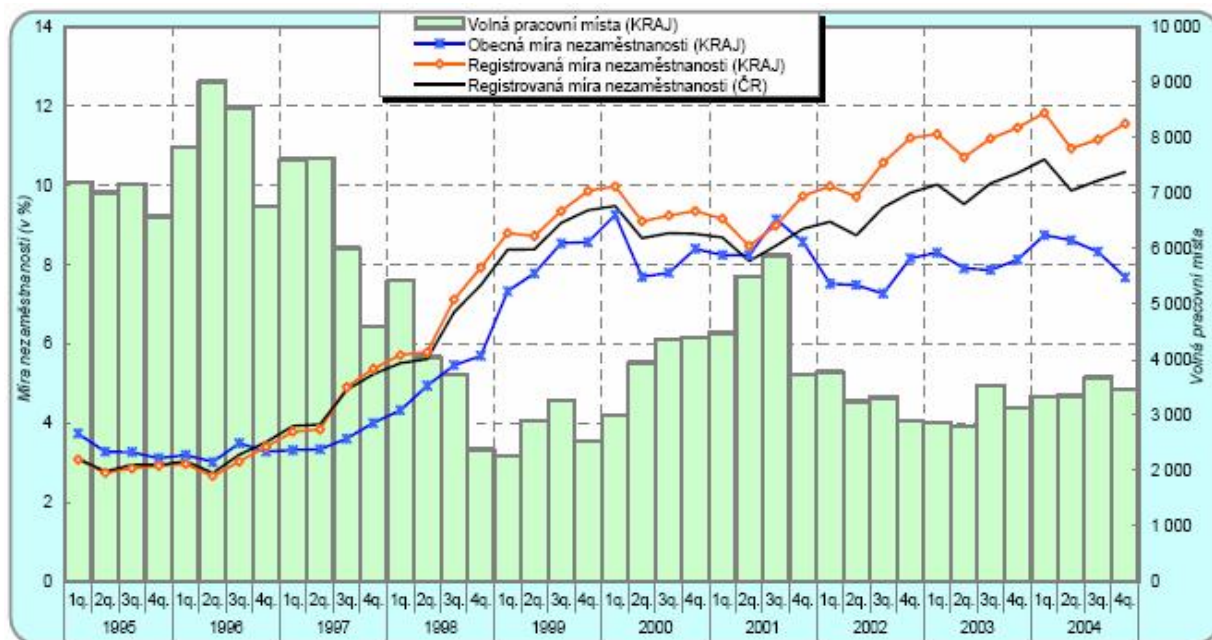
⁵ *Plán rozvoje Jihomoravského kraje*, DHV CR, spol. s.r. 3/2002

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

sekundární sféře poklesl o přibližně 10 %. Zaměstnanci odtud posílili terciární sféru, anebo rozšířili řady nezaměstnaných – od roku 1990 registrovaná míra nezaměstnanosti vzrostla šestnáctkrát – až k současné hodnotě, která řadí kraj na 11. místo v rámci ČR.

V rámci kraje existují značné disproporce. V okolí Brna a v severní části kraje se nacházejí oblasti s průměrnou a mírně nadprůměrnou nezaměstnaností. V jižní části kraje, v pásu přiléhajícím k rakouské hranici, jsou obvody s jasně nadprůměrnou a místy často až extrémní nezaměstnaností. Podobné oblasti jsou i ve východním cípu kraje u slovenských hranic. Nadprůměrná míra nezaměstnanosti byla podle úřadů práce v roce 2003 v okresech Břeclav, Hodonín, Znojmo, v ostatních okresech byla pod průměrem kraje i republiky. V počtu neumístěných uchazečů o zaměstnání byl od roku 2000 zaznamenán ve všech kategoriích vzestup zhruba o pětinu vyjma neumístěných absolventů škol a mladistvých, jejichž počet o pětinu poklesl. Počet uchazečů o zaměstnání připadajících na jedno volné pracovní místo o polovinu přesahuje republikový průměr. Podporu v nezaměstnanosti pobírá třetina nezaměstnaných.⁶

Graf 4-1: Vývoj obecné (VŠPS) a registrované (MPSV) míry nezaměstnanosti a volných pracovních míst (JMK)



Zdroj: ČSÚ; Regionální pohledy – Jihovýchodní oblast

⁶ Zdroj: ČSÚ

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Zatímco v první polovině 90. let minulého století objem volných pracovních míst značně převyšoval obecnou i registrovanou míru nezaměstnanosti v kraji, od poloviny r. 1998 začíná postupně objem volných pracovních míst klesat pod úroveň míry nezaměstnanosti. V té době začíná růst míra nezaměstnanosti a koncem devadesátých let dosahuje 7,7 % (VŠPS), resp. 11,7% (MPSV).

4.2 Sociální vybavenost

Ø Závislost obyvatel na sociálních službách a zařízeních sociální péče

Cílem zařízení sociálních služeb a péče je napomáhat řešit obtížnou sociální situaci občanům a podporovat jejich rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti, následný návrat do vlastního domácího prostředí a obnovení nebo zachování původního životního stylu.

Prakticky každým rokem vzrůstal počet zařízení sociální péče i počet míst v nich. Nejrychleji přibývaly nové domy s pečovatelskou službou a různé charitní a azylové domovy, ubytovny, domovy pro matky s dětmi, atd.

Následuje přehled celkového počtu obyvatel závislých na pomoci v zařízeních sociální péče dle typu a dle pohlaví v Jihomoravském kraji. Největší počet využívaných zařízení je v noclehárnách, penzionech a domovech. Procentuální vyjádření ukazuje, že v celorepublikovém srovnání se využívají ve větším podílu místa v azylových domech, terapeutických komunitách a v zařízeních chráněného bydlení.

Tabulka 4-1: Počet obyvatel v zařízeních sociální péče podle typu 2003 (JMK)

Počet obyvatel sociálních zařízení podle typu	absolutní počet			% z ČR		
	děti a mládež do 18 let	dospělí		děti a mládež do 18 let	dospělí	
		muži	ženy		muži	ženy
Penziony a domovy	1	583	1540	2,6	11,7	12,0
Azylové domy	245	524	284	18	4,3	20,5
Domy na půl cesty	4	27	10	4,4	12,6	6,8
Noclehárny	1	933	933	100	15	15
Terapeutické komunity	0	51	0	-	40,8	-
Chráněné bydlení	0	39	24	0	25	10,7

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Zdroj: MPSV

Z pohledu závislosti obyvatel na zařízeních sociálních služeb dle typu pobytu se ukazuje, že daleko vyšší podíl je u pobytů s celoročními a týdenním režimem (8017). Nejvíce těchto druhů pobytů se vyskytuje v zařízeních Domovů důchodců (3567), Domovů - penzionů pro důchodce (1806) a s větším početním odstupem pak u Ústavů pro mentálně postiženou mládež (609) a Ústavů pro mentálně postižené dospělé občany (567).

Tabulka 4-2: Počet obyvatel ve vybraných typech ÚSP a ostatních zařízení dle typu pobytu (JMK)

Typ zařízení	Počet obyvatel (svěřenců) k 31. 12. 2003	
	celoroční a týdenní pobyty	denní pobyty
Domov důchodců	3 567	0
Domov - pension pro důchodce	1 806	0
Ústav pro TP dospělé občany s přidruženým MP	0	29
Ústav pro MP dospělé občany	567	0
Ústav pro chronické alkoholiky a toxikomany	122	0
Ústav pro MP mládež	609	130
Domov pro matky s dětmi	132	3
Azylové domy	338	46
Ostatní zařízení	152	543
Kraj celkem:	8 017	1 028

Zdroj: MPSV

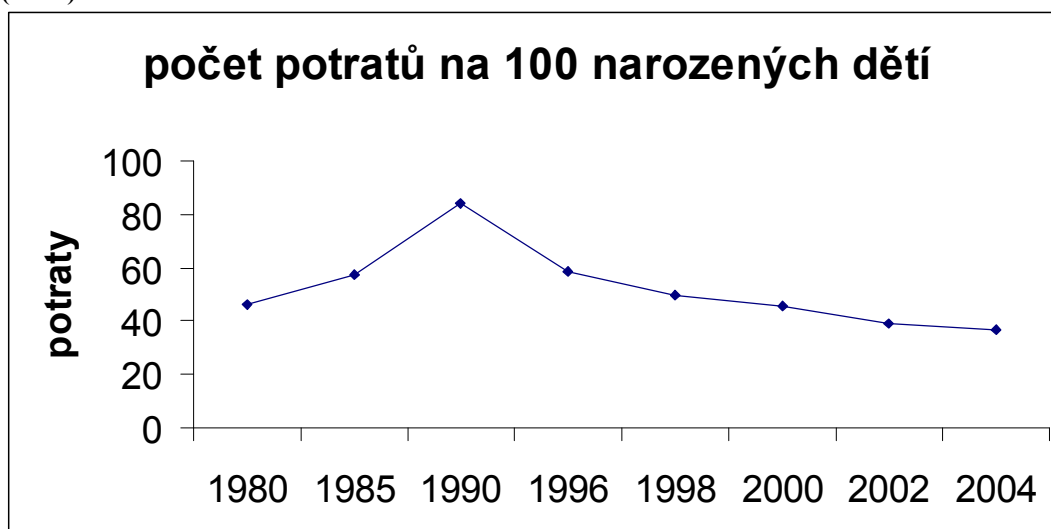
5 Vybrané ukazatele zdravotního stavu

Analýza zdravotnictví využívá především data z kategorie obyvatelstva. Soubor demografických charakteristik populace představuje jedno ze základních východisek analýz jejího zdravotního stavu a jeho vývoje. Jednotlivé složky souboru vyjadřují některé rysy sledované populační veličiny, které výrazně ovlivňují zdraví členů populace i potřebu zdravotní péče. Jde zejména o ukazatele charakterizující stáří populace a její věkovou strukturu, ale i o řadu ukazatelů, které více či méně bezprostředně charakterizují zdravotní stav.⁷

5.1 Potratovost

Ukazatel potratovosti v naší analýze se soustřeďuje na ukazatel počtu potratů na 100 narozených dětí.

Graf 5-1: Podíl potratů na 100 narozených dětí (JMK)



⁷ Roubíček, V.: *Vybrané kapitoly z demografie*. Vysoká škola ekonomická v Praze, SPN 1985

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

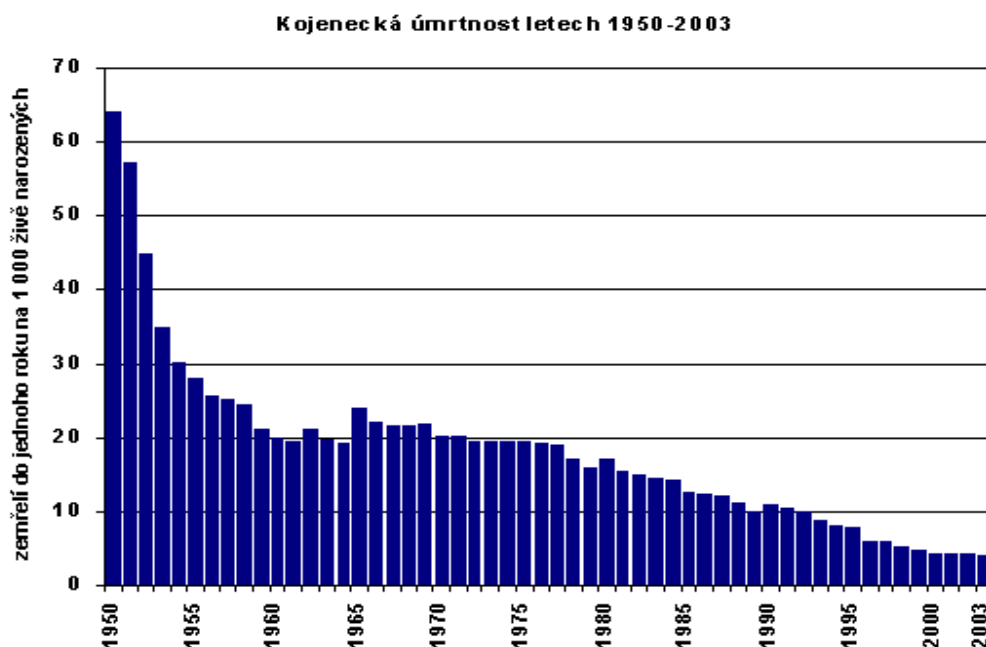
Zdroj: ÚZIS

Ukazatel potratovosti vykazuje dramatický nárůst na přelomu 80. a 90. let minulého století, který je přičítán politickým změnám v republice a v důsledku toho nové povaze socioekonomického prostředí. V druhé polovině let devadesátých se potratovost blíží výchozím hodnotám z první poloviny let osmdesátých a na přelomu století a v letech následujících se začíná uplatňovat klesající tendence. Tento vývoj je determinován především variabilní složkou umělých přerušeni těhotenství, která, na rozdíl od stabilních hodnot samovolných potratů, zastupuje v námi uvažovaném ukazateli a v čase dominantní podíl. Snižování počtu uměle přerušovaných těhotenství je v posledních letech přičítán především vzestupu pozitivního přístupu k plánovanému rodičovství.

5.2 Kojenecká úmrtnost

Ø **Kojenecká úmrtnost** je podíl zemřelých dětí *do 1 roku* na 1 000 živě narozených dětí. Ukazatel kojenecké úmrtnosti má v druhé polovině 20. století v ČR velmi příznivý vývoj. Tak výrazný pokles kojenecké úmrtnosti je mj. následkem léčebného úspěchu antibiotik v oblasti infekčních onemocnění v raném věku.

Graf 5-2: Vývoj kojenecké úmrtnosti v letech 1950 až 2003 (ČR)

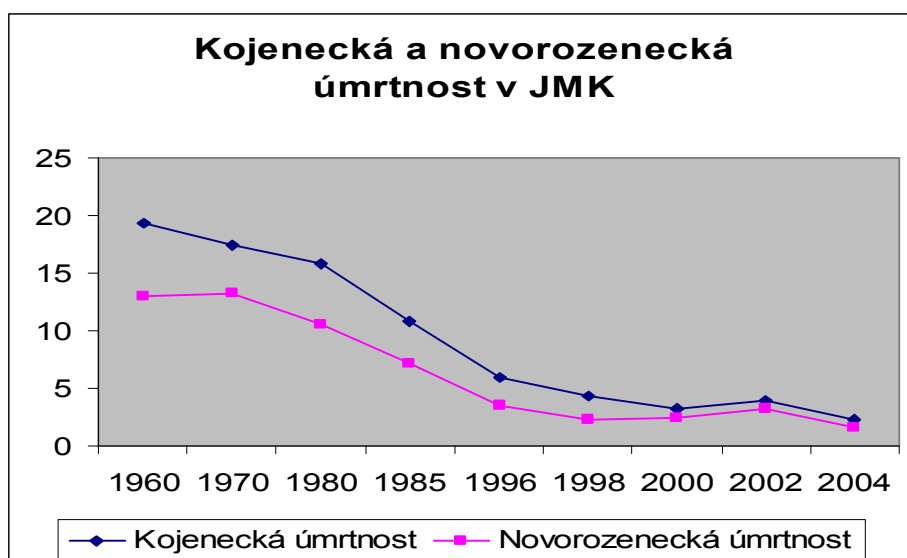


Zdroj: ČSÚ

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Ø **Novorozenecká úmrtnost** je vyjádřena počtem dětí zemřelých *v prvních 27 ukončených dnech života* na 1 000 živě narozených dětí. I tento ukazatel má v ČR příznivý vývoj a jeho pokles v druhé polovině 20. století se často přičítá prudkému vývoji v oblasti porodnictví a neonatologie.

Graf 5-3: Kojenecká a novorozenecká úmrtnost v letech 1960 až 2004 (JMK)



Zdroj: ÚZIS

Zatímco v šedesátých letech minulého století dosahovala kojenecká úmrtnost hodnoty téměř 20 dětí / 1000 živě narozených a novorozenecká v témž období téměř 15 dětí / 1000 živě narozených, v následujících čtyřiceti letech (z výše popsaných důvodů) u obou skupin nastal dramatický pokles blížící se počtu 2 až 3 úmrtí na 1000 živě narozených dětí.

5.3 Prevalence a incidence vybraných onemocnění

Zdravotnická statistická data jsou základem pro analýzu zdravotního stavu obyvatelstva. Zdravotní stav populace je statisticky určen indikátory, které charakterizují zátěž populace způsobenou chorobami.

Zdravotní stav obyvatel nelze jednoduše a výstižně vyjádřit jedním ukazatelem. Hodnocení zdravotního stavu populace je třeba vnímat jako soubor dílčích údajů, které

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

jsou k dispozici v řadě dostupných informačních zdrojích, především v Národním zdravotnickém informačním systému (NZIS) a Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS).

Používanými ukazateli nemocnosti jsou:

- Ø **Prevalence:** Výskyt daného klinického stavu (onemocnění) ve sledované populaci a v určitém čase
- Ø **Incidence:** Proporce osob, původně bez daného klinického stavu (onemocnění), který u nich vznikl v daném období (zjišťovaný z nově hlášených – diagnostikovaných onemocnění).

Následuje přehled statisticky významných onemocnění, která mají vliv na celkový zdravotní stav populace v Jihomoravském kraji.

V Jihomoravském kraji je evidován podprůměrný *počet diabetiků* (na 100 tis. obyvatel) ve srovnání s ostatními kraji ČR. Výrazně méně než v průměru jsou zde diabetici léčeni inzulínem, o něco více dietou a relativně nejvíce perorálními diabetiky. Vzhledem k tomu, že jde o evidenci podle místa zařízení, mohou někteří diabetici navštěvovat lékaře v jiném kraji a proto je nutné brát tento výskyt jako velmi dobrý odhad. Stejný systém evidence (podle místa zařízení) platí pro osoby v dispenzární péči.

Počty dispenzarizovaných dospělých (na 100 tis. obyvatel) v kraji pro *hypertenzní nemoci, ischemickou chorobu srdeční a pro cévní onemocnění mozku* patří mezi průměrné.

Počet dispenzarizovaných *děti* pro *poruchy vidění* (na 100 tis. dětí) je lehce nad průměrem republiky, počet dispenzarizovaných *děti* pro *astma* je třetí nejvyšší v republice a potvrzuje tezi o vlivu spádovosti fakultních nemocnic na koncentraci dispenzarizovaných za republiku.

Počet *děti* s *vrozenou vadou*, která byla zjištěna do 1 roku od narození, je pod republikovým průměrem (JMK 331, ČR 402 dětí na 10 tis. živě narozených).

Incidence závažných infekčních onemocnění se příliš neodchylovala (s výjimkou syfilis) od republikového průměru. *Incidence TBC* se v letech 1996 - 2003 pohybovala v rozmezí 10,7 - 17,0 případů na 100 tis. obyvatel. Podle údaje z roku 2003 se v kraji

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

vyskytlo 11,1 případu TBC onemocnění na 100 tis. obyvatel, což bylo mírně pod celorepublikovou hodnotou (11,4 případu). *Incidence gonorrhoe* v kraji dosáhla v roce 2003 hodnoty 9,2 případu na 100 tis. obyvatel a byla lehce nad průměrnou hodnotou za celou ČR (8,9).

Naopak *incidence syfilis* byla velmi nízká, v roce 2003 činila 3,6 případu na 100 tis. obyvatel, což byla méně než polovina hodnoty za celou ČR (9,6). Kraj evidoval 38 osob *HIV pozitivních* (33,4 případu na 100 tis. obyvatel) a 13 pacientů léčených na *AIDS* (11,4 případu na 100 tis. obyvatel).⁴

Zhoubné novotvary (ZN)

Zhoubná nádorová onemocnění představují jednu z nejzávažnějších kapitol nemoci, úmrtnosti i perspektivy celkového vývoje zdravotního stavu populace. Národní onkologický registr poskytuje údaje o jednom z nejsledovanějších ukazatelů zdravotního stavu, tím jsou hlášená nová onemocnění zhoubnými novotvarami (ZN). V Jihomoravském kraji bylo podle posledních dostupných a ověřených dat z roku 2002 diagnostikováno 568 případu ZN na 100 tis. obyvatel, celorepubliková hodnota ukazatele činila 601,1 případu. Počet nově hlášených onemocnění zhoubnými novotvarami na 100 tis. obyvatel v ČR v letech 1995 - 2001 každým rokem stoupal, v Jihomoravském kraji měl kolísavý trend a v roce 2000 a 2001 se výskyt onemocnění snížil pod hodnotu republikového ukazatele. V roce 2001 byly v kraji malignity častěji diagnostikovány u mužů (601,4 případu na 100 tis. mužů) než u žen (584,6 případu na 100 tis. žen). Vedle karcinomu kůže, který je nejrozšířenějším novotvarem u obou pohlaví, se vyskytoval nejčastěji u mužů ZN průdušky a plic (79,2 případu na 100 tis. mužů), ZN prostaty (71,9) a ZN tlustého střeva (42,1), u žen ZN prsu (101,3 případu na 100 tis. žen), ZN dělohy a hrdla děložního (47,4) a ZN tlustého střeva (33,2).⁸

Následující tabulka představuje vývoj počtu hlášených onemocnění dle pohlaví, vyjádřené absolutními hodnotami a ukazatelem na 100 tis. obyvatel v období 1960 – 1999.

⁸ Zdroj: ÚZIS, *Vybrané ukazatele zdravotnické statistiky Jihomoravského kraje 2003*

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

V absolutních hodnotách počtu onemocnění ve sledovaném období je vyšší počet výskytu u mužské populace, avšak v první polovině 90. let minulého století se vyskytuje ve vyšší míře u žen. Výskyt v populaci celkem se na konci sledovaného období (1999, 11 597) zvýšil více jak dvojnásobně proti počátku (1960, 4 588).

Tabulka 5-1: Počet hlášených onemocnění zhoubnými novotvory a novotvory in situ podle pohlaví (JMK)

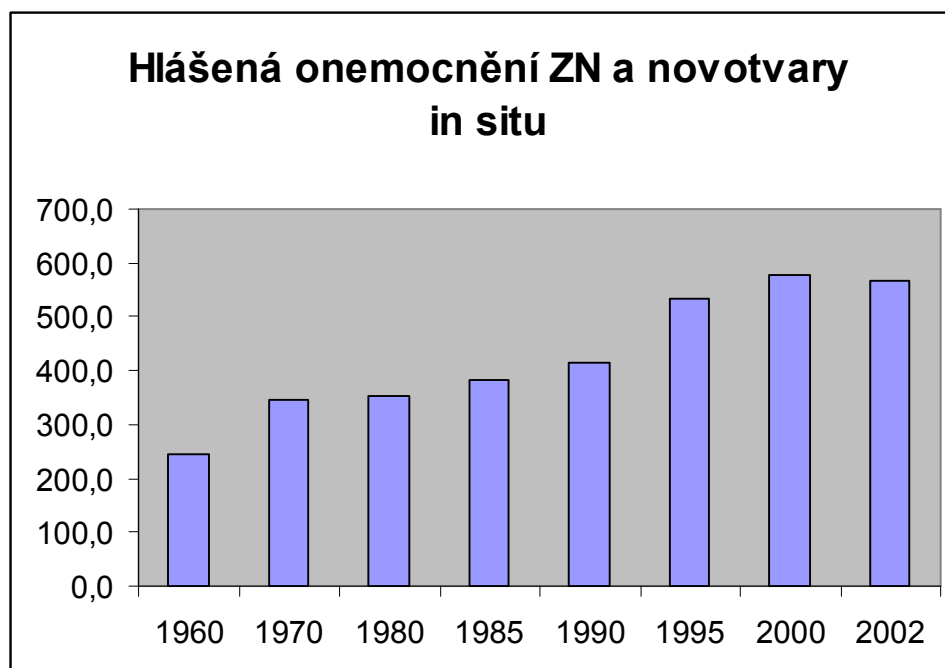
Rok	Počet hlášených onemocnění					
	absolutně			na 100 000 obyvatel		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
1960	2 329	2 259	4 588	255,7	233,0	244,0
1965	3 055	2 764	5 819	326,1	278,1	301,4
1970	3 581	3 189	6 770	378,0	317,3	346,6
1975	3 920	3 557	7 477	407,8	347,3	376,6
1980	3 748	3 443	7 191	378,6	327,4	352,2
1985	4 094	3 792	7 886	410,2	258,0	383,3
1990	4 344	4 195	8 539	434,5	396,3	414,9
1995	5 487	5 531	11 018	548,5	522,4	535,1
1999	5 726	5 871	11 597	574,1	557,6	565,6

Zdroj: ÚZIS

V poměrovém ukazateli hlášených onemocnění je vývoj rovnoměrný u obou pohlaví. Celková hodnota vykazuje na konci období (2002, 568) rovněž více jak dvojnásobek počátku období (1960, 244), avšak od r. 2000 sledujeme spíše klesající trend výskytu.

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Graf 5-4: Vývoj hlášených onemocnění ZN a novotvary in situ / 100 tis. obyvatel v letech 1960 – 2002 (JMK)



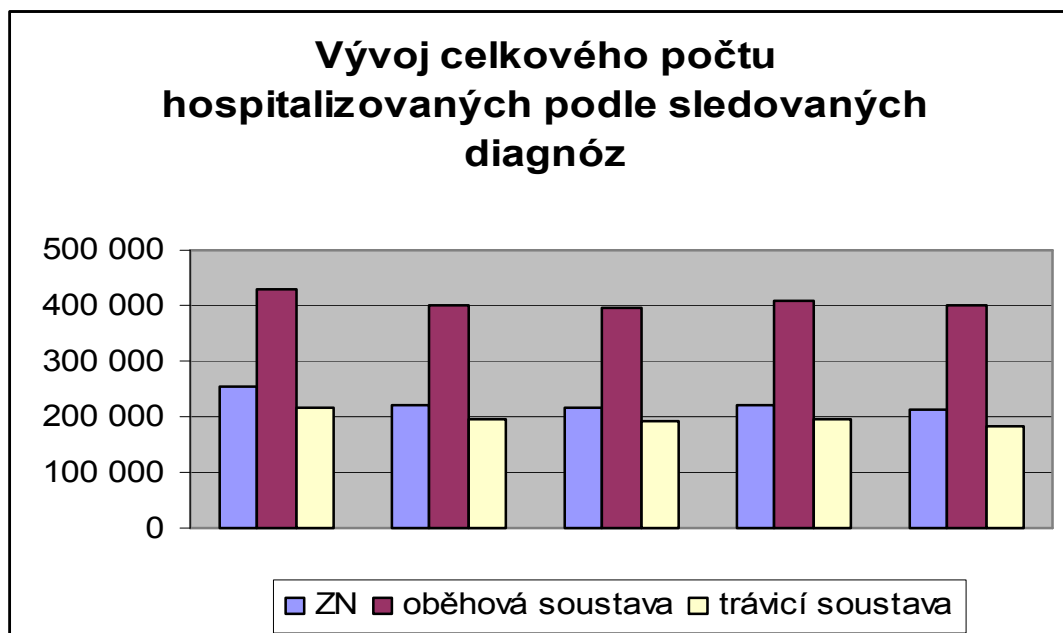
Zdroj ÚZIS

5.4 Hospitalizace dle vybraných hl. diagnóz

Do analýzy jsou zahrnuty tři skupiny onemocnění, mající nejvyšší podíl na celkovém počtu hospitalizací ve sledovaném období let 1996 – 2004. Celé období vedou hospitalizace nemocí oběhové soustavy (50%), na druhém místě jsou hospitalizace nemocných se zhoubnými novotvary (27%) a o něco méně se umístily hospitalizace nemocí trávicí soustavy (23%). U všech sledovaných skupin onemocnění je vyšší zastoupení hospitalizací ženské populace, což je mj. výrazem vyššího podílu žen v populaci.

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Graf 5-5: Vývoj počtu hospitalizací dle MKN10 – sledovaných onemocnění, bez rozlišení pohlaví (JMK)



Zdroj: ÚZIS

Ø Nemoci oběhové soustavy

Na prvním místě v počtu sledovaných hospitalizací jsou hospitalizace na nemoci oběhové soustavy. U mužů jde o pokles mezi lety 1996 až 2004 o 16,5 tis. hospitalizací, u žen se jedná o 14,1 tis. hospitalizací ve stejném období.

Tabulka 5-2: Počet hospitalizovaných dle MKN10 – nemoci oběhové soustavy (JMK)

Hospitalizace	Oběhová soustava				
	1996	1998	2000	2002	2004
muži	195 304	179 919	181 135	187 442	178 848
ženy	234 356	221 357	213 378	219 836	220 270
celkem	429 660	401 276	394 513	407 278	399 118

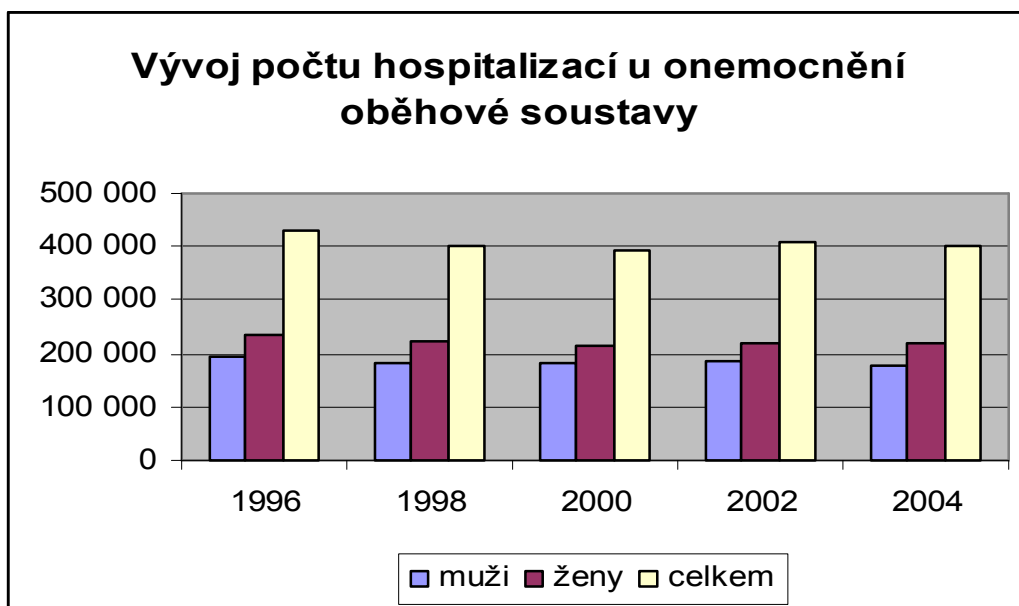
Zdroj: ÚZIS

Ve sledovaném období vykazuje počet hospitalizací mírně klesající trend. Zatímco v r. 1996 byl počet hospitalizací (bez rozlišení pohlaví) necelých 430 tis., v roce 2004

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

byl o 30 tis. nižší. Svého minima ve sledovaném období dosáhl počet hospitalizací v roce 2000 (394,5 tis.).

Graf 5-6: Vývoj počtu hospitalizací dle MKN10 – onemocnění oběhové soustavy (JMK)



Zdroj: ÚZIS

Ø Zhoubné novotvary

U obou pohlaví zaznamenal počet hospitalizací v posledních deseti letech pokles, u žen je tento pokles významnější. Zatímco u mužů bylo v r. 1996 registrováno 113 186 hospitalizací a v r. 2004 101 648, tj. pokles o 11 tis. hospitalizací, u žen bylo v r. 1996 registrováno 141 804 hospitalizovaných, na konci sledovaného období v r. 2004 to bylo 110 889 hospitalizací, tj. pokles o 31 tis. hospitalizací.

Tabulka 5-3: Počet hospitalizovaných dle MKN10 – zhoubné novotvary (JMK)

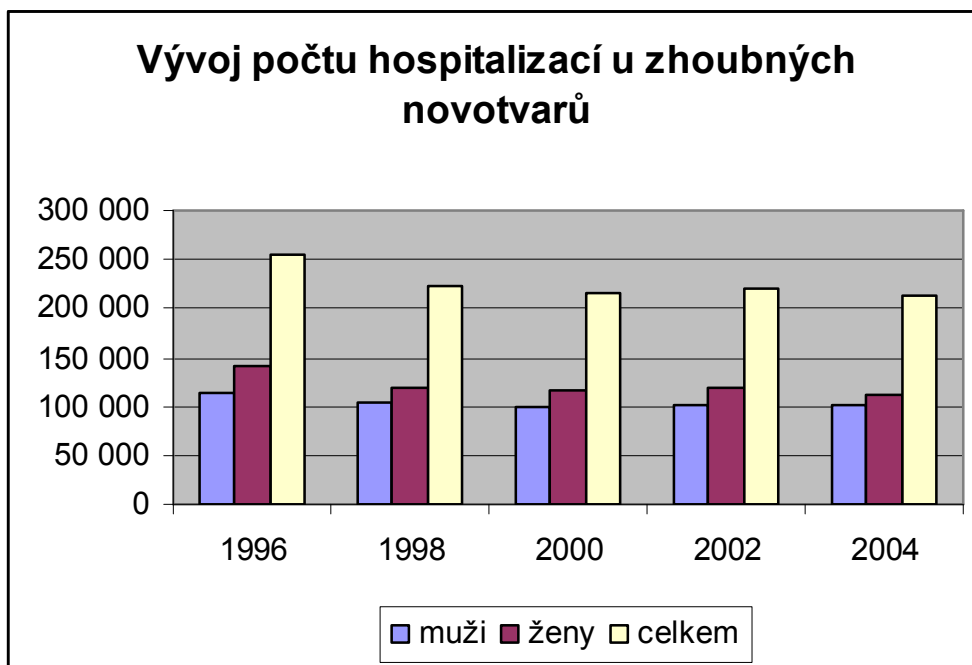
Hospitalizace	zhoubné novotvary				
	1996	1998	2000	2002	2004
muži	113 186	104 254	99 632	100 908	101 648
ženy	141 804	117 909	116 927	118 645	110 889
celkem	254 990	222 163	216 559	219 553	212 537

Zdroj: ÚZIS

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Celkový vývoj počtu hospitalizací je díky vyššímu zastoupení v populaci ovlivňován více vývojem hospitalizací žen a má klesající charakter v pomalém tempu.

Graf 5-7: Vývoj počtu hospitalizací dle MKN10 – zhoubné novotvary (JMK)



Zdroj: ÚZIS

Ø Nemoci trávicí soustavy

Třetí skupinu tvoří hospitalizace nemocných s trávicí soustavou. Ve srovnání počátku období (1996) s konečným (2004) došlo u mužů k poklesu počtu hospitalizací o 15 tis., což je o 3 tis. méně oproti hospitalizací žen ve stejném období (18 tis.).

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

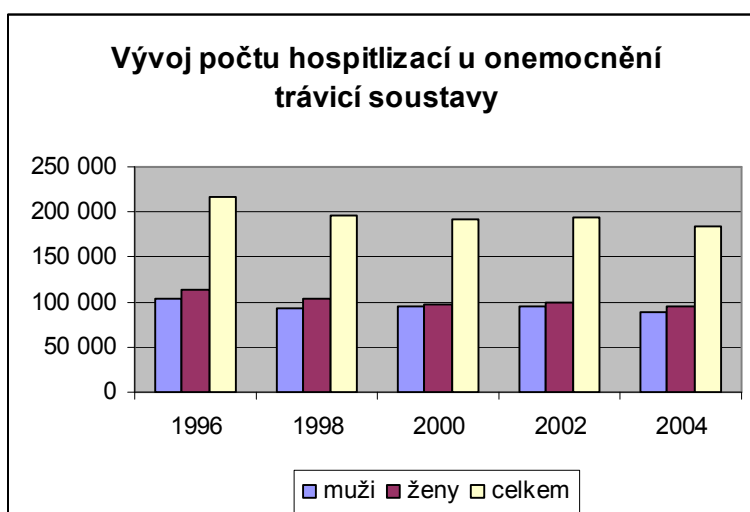
Tabulka 5-4: Počet hospitalizovaných dle MKN10 – nemoci trávicí soustavy (JMK)

Hospitalizace	Trávicí soustava				
	1996	1998	2000	2002	2004
muži	102 986	93 213	95 928	94 272	89 008
ženy	113 801	102 408	96 357	99 629	95 229
celkem	216 787	195 621	192 285	193 901	184 237

Zdroj: ÚZIS

Vývoj celkového počtu hospitalizací onemocnění trávicí soustavy je rovněž klesající a v posledních letech je určován oběma skupinami pohlaví přibližně rovným dílem.

Graf 5-8: Vývoj počtu hospitalizací dle MKN10 – onemocnění trávicí soustavy, (JMK)



Zdroj: ÚZIS

5.5 Úmrtnost (dle hlavních příčin)

V následující analýze úmrtnosti sledované populace uvažujeme ukazatel tzv. *standardizované úmrtnosti (SDR)*, která je metodou přímé standardizace, což znamená úmrtnost tzv. *teoretické evropské populace* („evropského standardu“) vypočtená z jednotlivých specifických úmrtností konkrétní populace.

Hlavní příčiny úmrtí v Jihomoravském kraji:

- Ø **Úmrtnost na kardiovaskulární choroby** (nemoci oběhové soustavy) zaujímá již řadu let čelní místo mezi hlavními příčinami úmrtnosti v ČR. Výraznou množinu onemocnění tvoří ischemická choroba srdeční (ICHS). Historické dlouhodobé nepříznivé hodnoty úmrtnosti počaly výrazně klesat od r. 1990 především jako důsledek úspěšné léčby (terapie hypertenze, angioplastiky, by-passy, transplantace, aj.) a „odsunu“ úmrtí do vyšších věkových skupin. V souvislosti s případným snižováním úmrtnosti v jiných skupinách onemocnění nelze vyloučit zpomalení současného příznivého trendu u KVCH přesunem úmrtnosti do této skupiny, zvláště ve vyšších věkových kategoriích.

Tabulka 5-5: Standardizovaná úmrtnost na KVCH podle pohlaví (JMK)

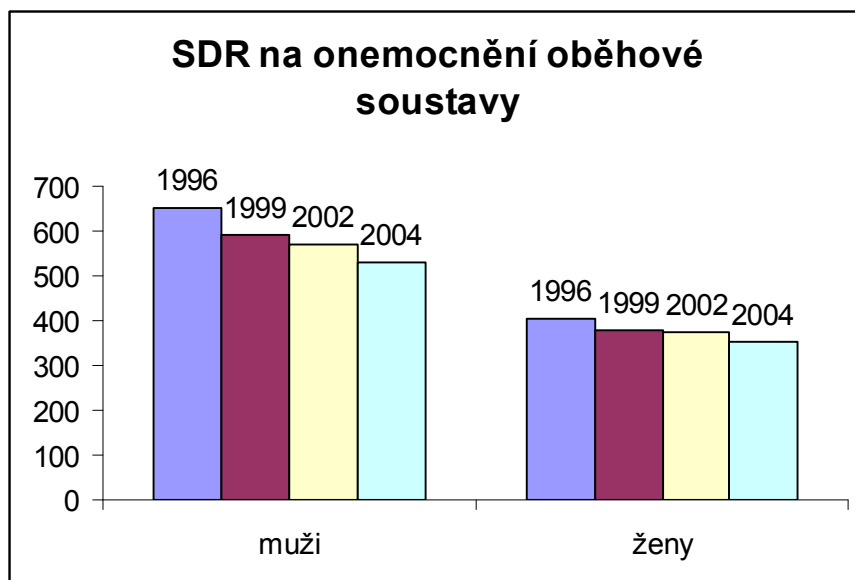
SDR na nemoci oběhové soustavy	1996	1999	2002	2004
muži	653,9	590,6	567,9	530,9
ženy	403,1	376,4	374,3	351,7

Zdroj: ÚZIS

Tak jako v republikovém vývoji, tak i v Jihomoravském kraji dochází zvláště v mužské části populace k výraznému poklesu úmrtí s příčinou kardiovaskulárního onemocnění. Jak již bylo popsáno výše, je odhadovanou příčinou tohoto poklesu v uplynulém období deseti let výrazný nástup nových léčebných technologií nemocí oběhové soustavy. Významný podíl má i změna stravovacích návyků a životního stylu v populaci.

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Graf 5-9: Vývoj standardizované úmrtnosti na KVCH (JMK)



Zdroj: ÚZIS

Ø Úmrtnost na zhoubné novotvary

Zhoubné novotvary patří mezi skupiny onemocnění, která jsou monitorována ve speciálním národním registru a činí druhou největší položku celkové úmrtnosti v ČR.

Tabulka 5-6: SDR na ZN podle pohlaví (JMK)

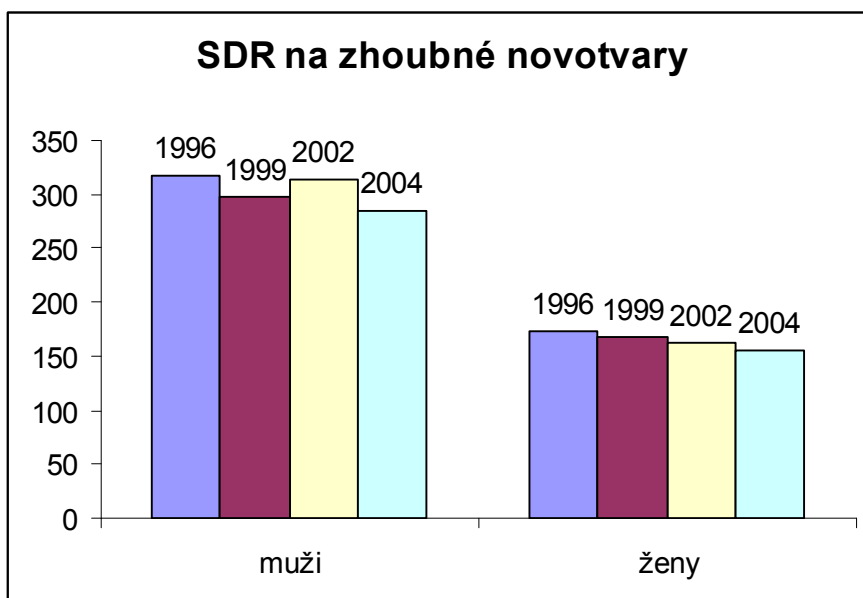
SDR na novotvary		1996	1999	2002	2004
	muži	318	298,2	314,7	285,8
	ženy	172,5	167,6	162	154,5

Zdroj: ÚZIS

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

V uplynulých deseti letech je vývoj standardizované úmrtnosti na zhoubné novotvary u žen mírně klesající, zatímco u mužské části populace osciluje kolem hodnoty 300.

Graf 5-10: Vývoj SDR na ZN (JMK)



Zdroj: ÚZIS

Ø Úmrtnost na onemocnění dýchací soustavy

Poslední vybranou skupinou příčin smrti jsou onemocnění dýchací soustavy. U obou pohlaví dochází ke snižování úmrtnosti, ale v prvních letech 21. století se začíná projevovat nástup stagnace poklesu a u žen dochází k mírnému zvýšení mezi lety 2002 – 2004.

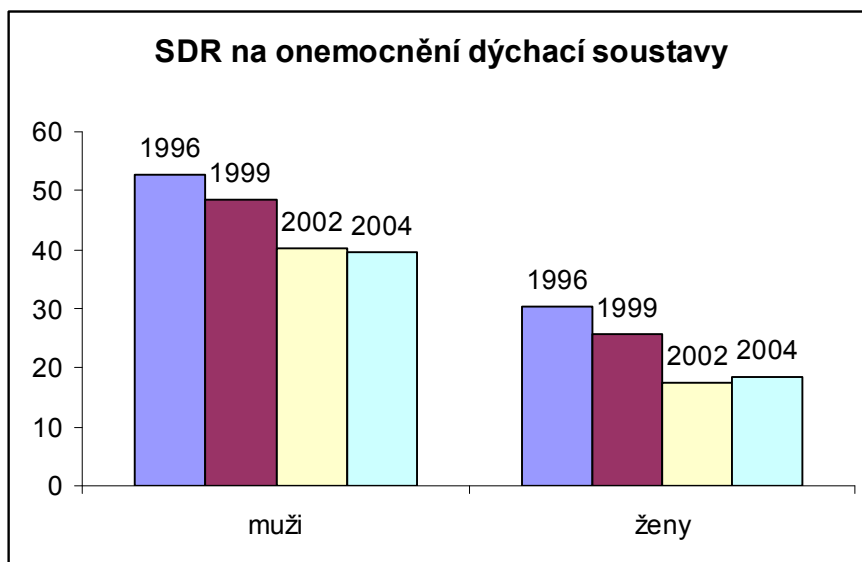
Tabulka 5-7: SDR na onemocnění dýchací soustavy podle pohlaví (JMK)

SDR na nemoci dýchací soustavy	1996	1999	2002	2004
muži	52,9	48,3	40,1	39,4
ženy	30,2	25,6	17,6	18,3

Zdroj: ÚZIS

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Graf 5-11: Vývoj standardizované úmrtnosti na onemocnění dýchací soustavy (JMK)



Zdroj: ÚZIS

Následující tabulka uvádí vývoj počtu zemřelých / 100 tis. obyvatel dle vybraných skupin specifické úmrtnosti v letech 1960 – 1999 bez rozlišení pohlaví. Ve sledovaném období dochází k nárůstu u všech sledovaných skupin příčin úmrtní s výjimkou onemocnění dýchacího ústrojí a infekčních onemocnění, která po 2. světové válce mají stále klesající charakter (výjimku tvoří HIV/AIDS). Výsledky jsou přičítány především zavedení povinného očkování a nástupu antibiotické léčby.

Tabulka 5-8: Počet zemřelých na vybrané příčiny smrti na 100 tis. obyvatel na území JM kraje

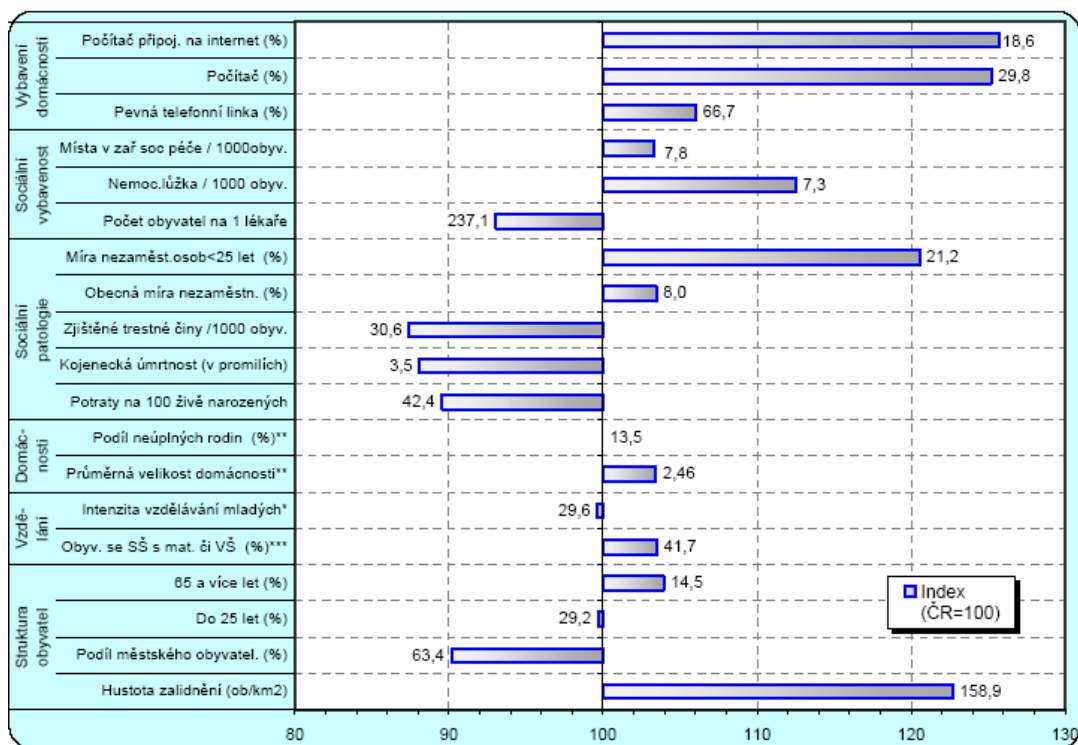
Rok	Infekční nemoci	z toho		Novotvary	Nemoci oběhové soustavy	z toho		Poranění, otravy a n. j. následky vnějších příčin	z toho	
		TBC dýchacího ústrojí				Ischemická choroba srdeční	Nemoci dýchacího ústrojí		Sebevraždy	
1960	27,9	20,7	194,9	334,7	253,9	74,7	61,9	.		
1965	17,1	11,0	221,4	365,1	261,0	76,0	70,8	15,4		
1970	8,4	5,8	216,2	608,9	336,0	125,2	79,2	21,3		
1975	6,0	2,8	241,0	640,4	363,9	90,2	75,5	17,7		
1980	5,7	2,9	237,4	669,7	365,0	108,7	69,9	14,3		
1985	3,6	0,9	229,6	736,2	341,2	48,9	75,7	14,3		
1990	3,8	1,1	255,5	719,4	366,5	48,3	78,0	13,7		
1995	1,8	0,7	255,0	662,1	329,2	41,6	75,4	15,0		
1999	1,5	0,4	255,3	591,7	263,7	44,9	65,5	15,1		

Zdroj: ÚZIS

6 Postavení Jihomoravského kraje v demografické a sociální oblasti

Významnou odlišnost hodnot Jihomoravského kraje pozorujeme u ukazatele hustoty zalidnění, který překračuje o 21% celorepublikovou hodnotu, o necelých 5% překračuje kraj i v počtu obyvatel starších 65 let. Naopak zastoupení věkové skupiny obyvatel do 25 let v populaci je oproti celorepublikovým hodnotám nepatrně nižší. Obecná míra nezaměstnanosti je o necelá 4% vyšší oproti republikovým hodnotám, přičemž ve skupině obyvatel 25 let o 20% hodnot ČR. Nižších hodnot vykazuje kraj v oblasti trestných činů (méně o 13%), v kojenecké úmrtnosti (méně o 11%) a v počtech potratů / 100 živě narozených (méně o 10%).

Graf 6-1: Postavení kraje v demografické a sociální oblasti



Zdroj: ČSÚ; Regionální pohledy – Jihovýchodní oblast

Pozn. Číslo v sloupcích uvádí skutečnou hodnotu ukazatele v kraji, osa x pak jeho relaci k ČR (ČR=100)* Podíl (%) osob ve vzdělávání ve věku 20-24 let na celkové populaci ve věku 20-24 (podle místa bydliště)** Za cenzové domácnosti celkem, podle SLDB 2001 ostatní ukazatele v grafu se vztahují k roku 2003 (potraty a kojenecká úmrtnost k období 2001-2003)*** Z obyvatelstva ve věku 15 a více let 63,429,2158,914,541,729,62,4613,542,43,530,68,021,2237,17,37,866,729,818,68090100110120130Hustota

7 Střednědobý výhled a projekce vybraných demografických ukazatelů

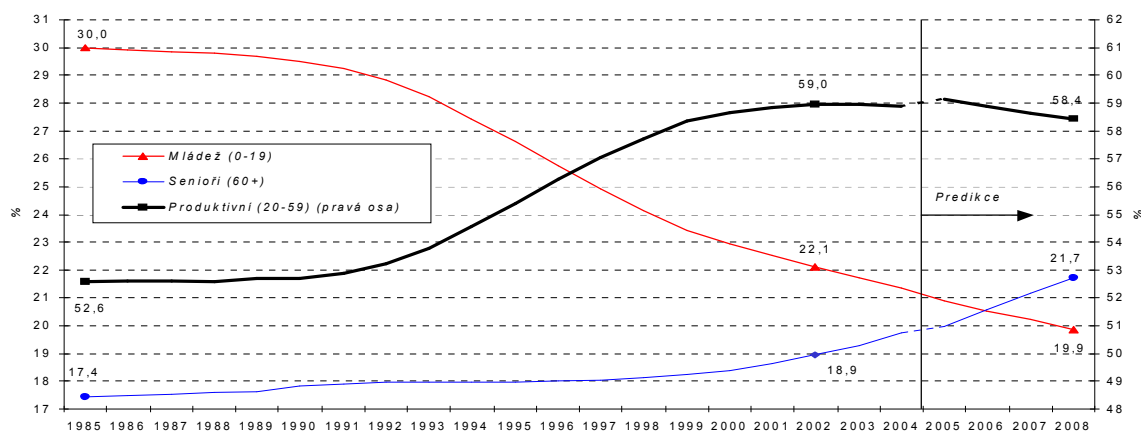
7.1 Území a obyvatelstvo

V roce 2003 byla dokončena II. etapa reformy veřejné správy, která se dotkla územního, resp. správního uspořádání krajů a obcí. K 1. lednu 2003 byly zrušeny okresní úřady a výkon státní správy v příslušných resortech byl převeden na úřady samospráv (pověřených obcí nebo krajů). V dalších letech se neočekává zásah, který by významně územně či správně ovlivnil současné územní členění.

Z dynamického pohledu jsme na počátku procesu stárnutí obyvatelstva. Podíl mladých věkových kategorií se bude nadále snižovat. Příčinou je minulá i současná extrémně nízká míra porodnosti, která souvisí především se změnou životního stylu. Naopak počet i podíl seniorů v populaci poroste v důsledku demografické struktury a prodlužování střední délky života. Nepříznivý vývoj může být pouze částečně přitlumen imigrací. Demografický vývoj představuje riziko pro vývoj ekonomiky ve středním a dlouhém období.

Graf 7-1: Věkové skupiny od r. 1985; predikce do r. 2008 (ČR)

strukturní podíly



Zdroj: ČSÚ

Z grafu je patrný vývoj věkové proporce obyvatelstva a posun ke stárnutí sledované populace. Zatímco strukturní podíly mládeže v populaci klesají, uplatňuje se v populaci

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

nárůst podílu seniorů a produktivních osob. Tento trend se začíná výrazně odvíjet počátkem devadesátých let minulého století a své tempo si dle naznačené predikce hodlá udržet ještě v prvním desetiletí nového století.

Tabulka 7-1: Vývoj demografických ukazatelů obyvatelstva do roku 2008 (ČR)

v tis. osob koncem roku

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
							<i>Predikce</i>	<i>Predikce</i>	<i>Výhled</i>	<i>Výhled</i>
Počet obyvatel	10 278	10 232	10 206	10 203	10 211	10 221	10 236	10 247	10 257	10 267
<i>předch.r. = 100</i>	99,9	99,6	99,7	100,0	100,1	100,1	100,2	100,1	100,1	100,1
Věkové skupiny:										
(0 - 19)	2 407	2 348	2 296	2 255	2 219	2 184	2 139	2 105	2 073	2 038
<i>předch.r. = 100</i>	96,9	97,5	97,8	98,2	98,4	98,5	97,9	98,4	98,5	98,3
(20 - 59)	5 998	6 003	6 005	6 016	6 022	6 020	6 053	6 035	6 012	5 998
<i>předch.r. = 100</i>	101,0	100,1	100,0	100,2	100,1	100,0	100,5	99,7	99,6	99,8
(60 a více)	1 873	1 882	1 905	1 932	1 971	2 017	2 044	2 106	2 172	2 231
<i>předch.r. = 100</i>	100,5	100,5	101,2	101,4	102,0	102,3	101,4	103,0	103,1	102,7
Starobní důchodci	1 891	1 919	1 935	1 921	1 933	1 945	1 971	1 996	2 024	2 055
<i>předch.r. = 100</i>	101,7	101,5	100,8	99,3	100,6	100,6	101,3	101,3	101,4	101,5
Míry závislosti: - %										
Demografická ¹⁾	31,2	31,3	31,7	32,1	32,7	33,5	33,8	34,9	36,1	37,2
Podle platné legislativy ²⁾	33,3	33,0	32,8	32,8	32,8	32,8	32,8	33,0	33,3	33,7
Efektivní míra závislosti ³⁾	39,7	40,4	40,8	40,1	40,9	41,1	41,5	41,8	42,4	43,1
Úhrnná plodnost ⁴⁾	1,133	1,144	1,146	1,171	1,179	1,20	1,22	1,24	1,26	1,28
Přírůstek populace	-12	-46	-26	-3	8	9	15	11	10	10
Přirozený přírůstek	-20	-18	-17	-15	-18	-10	-14	-14	-15	-15
Živě narození	89	91	91	93	94	98	97	98	98	98
Zemřelí	110	109	108	108	111	107	112	112	112	113
Saldo migrace	9	7	-9	12	26	19	30	25	25	25
Imigrace	10	8	13	45	60	53
Emigrace	1	1	21	32	34	35
Diference při Sčítání lidu	x	-35	x	x	x	x	x	x	x	x

Zdroj: ČSÚ

Údaje se týkají obyvatel, kteří mají na území ČR trvalé bydliště, a to bez ohledu na jejich státní občanství. Údaje o struktuře populace za rok 2004 jsou odděleny od dat za rok 2005, protože data za minulost se do jisté míry odchyľují od projekce.

- ¹⁾ **Demografická míra závislosti** je ukazatel, který vyjadřuje podíl počtu obyvatel v seniorském věku (nad 59 let) na počtu obyvatel v produktivním věku. Nezohledňuje tedy prodlužování věku odchodu do důchodu.
- ²⁾ **Závislost podle platné legislativy** je podíl počtu obyvatel v důchodovém věku podle platné legislativy na počtu ostatních obyvatel nad 19 let.
- ³⁾ **Efektivní míra závislosti** je podíl počtu vyplácených starobních důchodů na počtu zaměstnaných.
- ⁴⁾ **Úhrnná plodnost** vyjadřuje počet živě narozených dětí připadajících na 1 ženu, pokud by po celé její produkční období zůstala její plodnost stejná jako v uvedeném roce. Pro udržení dlouhodobé stabilní populace by měl tento ukazatel v podmínkách ČR dosahovat hodnoty cca 2,04.

V tabulce jsou uvedeny zásadní ukazatele demografického vývoje obyvatelstva k 31. 12. 2004 pro Českou republiku. Alarmující jsou zvyšující se hodnoty míry závislosti obyvatel seniorského věku a zvyšování záporných hodnot přirozeného přírůstku obyvatelstva.

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Změna věkové struktury obyvatelstva ve smyslu stárnutí populace začne v nejbližších letech klást nároky na ekonomický a důchodový systém. Značnou měrou ovlivní i spotřebu zdravotní a sociální péče pro seniorskou věkovou skupinu. Ke zmírnění nepříznivých efektů stárnutí obyvatelstva na veřejné rozpočty byla přijata reformní opatření. Bylo odstraněno zvýhodnění předčasných a znevýhodnění opožděných odchodů do starobního důchodu. Do roku 2013 je legislativně ošetřeno postupné prodlužování zákonného věku odchodu do důchodu.

V budoucnosti se budou vzhledem ke stárnutí obyvatelstva deficitní tendence na důchodovém účtu v tradičním průběžném systému dále prohlubovat.⁹

Tabulka 7-2: Predikce věkové struktury obyvatelstva v JM kraji pro období 2010 - 2050

	2010	2015	2020	2030	2040	2050
O - 14	148 657	149 768	145 366	126 218	114 112	108 103
15 - 64	774 290	732 671	696 679	643 838	564 665	476 510
64+	180 952	207 237	229 211	248 595	274 617	299 523
Celkem	1 103 899	1 089 676	1 071 256	1 018 651	953 394	884 136

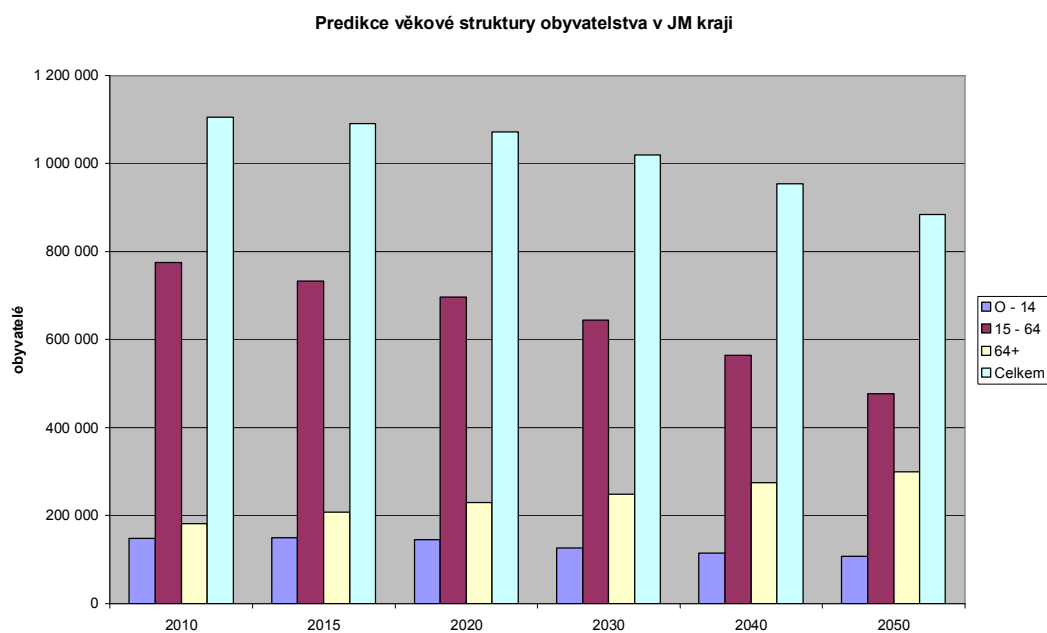
Zdroj: ČSÚ

Predikce vývoje věkové struktury obyvatel se v Jihomoravském kraji příliš neodchyluje od očekávání v celé České republice. Ve věkové skupině mládeže se do roku 2050 očekává pokles o 40 tis. obyvatel, oproti tomu ve věkové skupině seniorů dojde k nárůstu o 110 tis. obyvatel. Produktivní skupina populace poklesne ve sledovaném období o 300 tis. obyvatel.

⁹ Zdroj: Makroekonomická predikce Ministerstvo financí ČR, 2005

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Graf 7-2: Predikce věkové struktury obyvatelstva v JM kraji

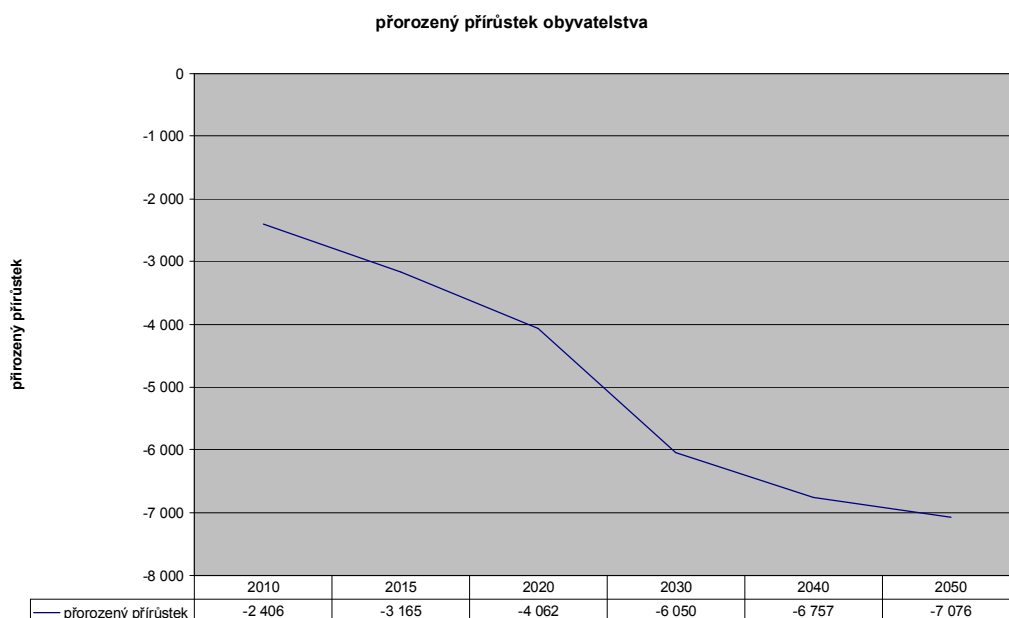


Zdroj: ČSÚ

Celkový úbytek obyvatelstva je patrný i v následujícím grafu, kde z hodnoty -2,4 tis. poklesne úbytek v následujících čtyřiceti letech na hodnotu -7 tis. obyvatel. Na vyrovnání by se mohl podílet migrační přírůstek, který ale však ve střednědobém období (predikce do r. 2008) má v ČR klesající charakter.

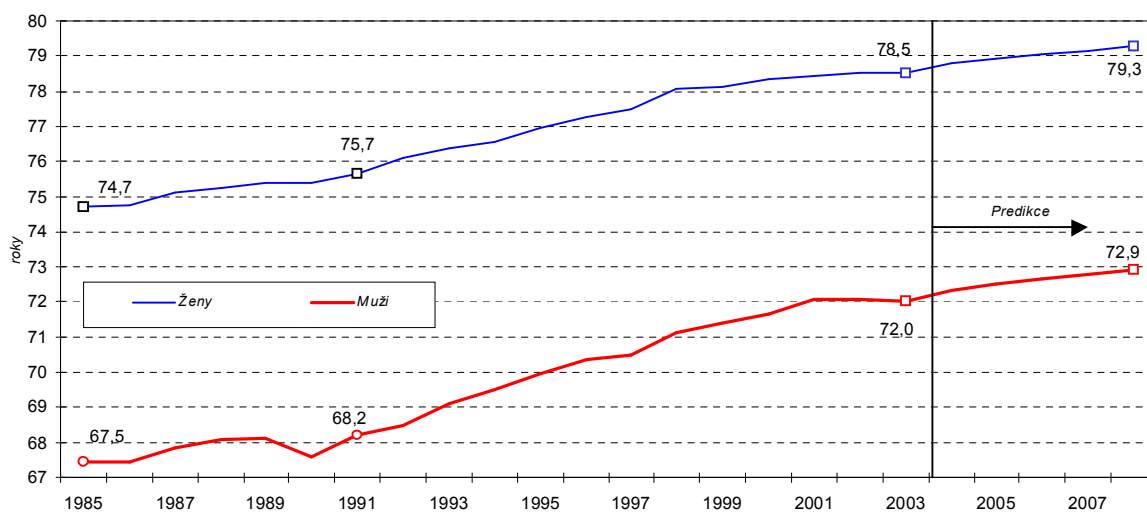
UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Graf 7-3: Predikce vývoje přirozeného přírůstku obyvatelstva JM kraje pro období 2010 - 2050



Seniorskou věkovou skupinu významně posílí ukazatel naděje dožití, jenž je na vzestupu a i po dobu do r. 2007 si udrží svůj pozitivní trend.

Graf 7-4: Střední délka života při narození (ČR)



Zdroj: ČSÚ

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

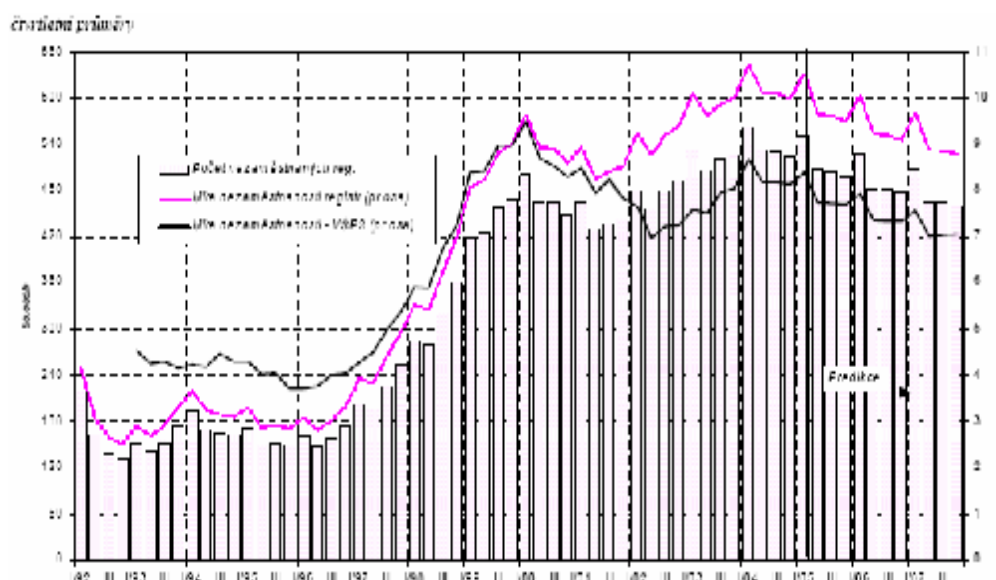
V Jihomoravském kraji je naděje dožití u obou skupin populace v posledních letech mírně nad republikovým průměrem, její tempo růstu se ve střednědobém výhledu neprojeví zásadním odklonem od republikového.

7.2 Míra nezaměstnanosti

Vývoj na trhu práce v zásadě se zpožděním odráží posun v cyklické pozici ekonomiky. Dílčím způsobem se projevují i dopady nových opatření. Nadále však přetrvávají některé strukturální problémy, neboť regionálně významné restrukturalizační dopady nejsou řešitelné v krátkém časovém horizontu vzhledem k jejich rozsahu, infrastruktuře a skladbě pracovní síly a poptávky. Dosud přijaté legislativní úpravy nemotivují problémové segmenty populace k aktivnímu přístupu k hledání práce.

V nadcházejícím období dvou let podle makroekonomické predikce bude na trhu nadále docházet k mírnému poklesu obecné i registrované míry nezaměstnanosti, regionálně však budou přetrvávat místní strukturální problémy se zaměstnaností.

Graf 7-5: Vývoj nezaměstnanosti (ČR)



Zdroj: MF ČR

7.3 Sociální vybavenost

Zatímco síť zdravotnických zařízení, ať již ambulantních nebo lůžkových, je relativně stabilizována a neočekává se významná změna ve struktuře nebo počtu lůžek či

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

ambulantních zařízení, síť zařízení sociálních služeb a péče prochází v současné době zásadními změnami v systému poskytování a financování péče.

S účinností od 1. ledna 2007 vešel v roce 2006 v platnost dlouho připravovaný a odbornou veřejností dlouho očekávaný Zákon o sociálních službách, který zásadně mění způsob financování zařízení sociálních služeb a který významným způsobem mění a upravuje pravidla pro poskytovatele služeb.

Nové pojetí systému poskytované péče, jak je koncipováno v návrhu Zákona o sociálních službách, navozuje zcela nové prostředí soutěže. Dosud potlačená konkurence mezi poskytovateli díky majoritnímu vlivu státu na systém bude podpořena jednak vlastním rozhodováním klientů o spotřebě nabízených služeb a jednak systémem akreditací zařízení a jejich zařazení do sítě sociálních služeb v regionu. Lze tedy očekávat jak strukturální změny v portfoliu poskytovaných služeb, které budou odrážet potřeby příjemců těchto služeb, tak změny v síti v rámci jednotlivých regionů a počtu míst v zařízeních, která budou podléhat náročným kritériím pro zařazení do sítě. Nová koncepce poskytování sociálních služeb především rezidenčního typu bude mít bezprostřední dopad i na objem poskytované péče v lůžkových zdravotnických zařízeních, kde se očekává pokles hospitalizací chronicky nemocných a úbytek tzv. sociálních hospitalizací. Nová koncepce by měla poskytnout prostor pro rozvoj komplexní sociální péče v nově vznikajících (resp. restrukturovaných) zařízeních vč. péče zdravotní na úrovni ošetrovatelské péče.

7.4 Zdravotní stav

Rozhodný vliv na zdravotní stav v populaci Jihomoravského kraje bude mít v následujících letech především zvyšující se podíl seniorů v populaci, neboť seniorská skupina se vyznačuje polymorbiditou a tím vyššími výdaji na čerpání zdravotní péče.

Dále je třeba počítat i s tím, že ukazatele hustoty zalidnění překračují významně celorepublikovou hodnotu a mohou mít tak podstatný vliv na potřebu, resp. poptávku po čerpání zdravotní péče v regionu. Nepřímý vliv na spotřebu zdravotní péče může mít i vyšší míra nezaměstnanosti ve srovnání s celorepublikovými hodnotami.

Ø Kardiovaskulární choroby (KVCH)

Představují podstatnou položku v nemocnosti a částečně i plné invalidizace populace. Jejich vznik i průběh jsou ovlivňovány více faktory v komplexním působení psychosocioekonomického prostředí a individuálního způsobu života. Predikce vývoje zvláště v ukazateli úmrtnosti v mladších věkových skupinách je příznivá. Primárním požadavkem pro další příznivý vývoj je prevence, zaměřená zejména na způsob života a eliminaci známých rizik již od dětství a po celou dobu mladého a středního věku. Prvořadé postavení v prevenci, diagnostice i terapii KVCH musí mít především primární péče a to včetně edukace, prvního zachytu i dlouhodobé péče.

Ø Zhoubné novotvary

Zhoubná nádorová onemocnění představují jednu z nejzávažnějších kapitol nemocnosti, úmrtnosti i perspektivy celkového vývoje zdravotního stavu obyvatel. Míra jejich výskytu a letality i neúplná znalost jejich etiopatogeneze, terapie a prevence je staví mezi prvořadé otázky příštích let. Prognózu dalšího vývoje úmrtnosti a nemocnosti na ZN lze odvodit z údajů o incidenci. Jak u mužů, tak u žen počet nových onemocnění trvale vzrůstá, průměrně o 2,2, resp. 2,9 %. Prolongace dosavadních trendů bude patrně pokračovat nejméně ještě několik let, což je dáno tendencemi dosavadního vývoje úmrtnosti i incidence s přihlédnutím k předpokládané době přežití (u různých forem a lokalizace různé, v průměru se pohybuje kolem 5 let).

Ø Nemoci dýchací soustavy

Již od roku 1950 vykazuje úmrtnost na onemocnění dýchací soustavy trvalý pokles; nemocnost je hojně zastoupena u obou pohlaví zvláště u akutních onemocnění dýchacích cest. Dá se očekávat, že úmrtnost bude i nadále klesat až do určité biologicky nepřekonatelné hodnoty u nejstarších věkových skupin. Se stárnutím populace budou tato onemocnění nadále představovat určitou konstantní (přirozenou) míru v úmrtnosti.

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Ø Nemoci trávicí soustavy

Tyto choroby představují jednu z nejpřesněji specifikovaných skupin onemocnění a po několik desetiletí nezaznamenaly dramatické změny ve vývoji nemoci nebo úmrtnosti. V důsledku vývoje diagnostiky a léčby některých onemocnění (vředová choroba žaludku, onemocnění žlučníku) lze očekávat příznivý vývoj úmrtnosti i nemoci v následujících letech.

8 Závěr

Cílem analýzy byl střednědobý výhled a projekce vybraných demografických ukazatelů regionu Jihomoravského kraje, které mají bezprostřední vliv na zdravotní stav populace.

Předmětem šetření bylo měření čtyř základních souborů ukazatelů, které poskytly pohled na zásadní demografické determinanty vývoje struktury regionu a jeho obyvatel ve vztahu ke zdravotnímu stavu a sociálnímu prostředí.

V úvodních kapitolách se podařilo poskytnout rámcový přehled o území Jihomoravského kraje a o demografické struktuře jeho obyvatelstva. V kapitolách, které se podrobněji zabývaly ukazateli sociální oblasti a ukazateli zdravotního stavu, byl srovnán jejich vývoj v čase. Podrobněji se analýza zabývá ukazateli zdravotního stavu, především prevalencí a incidencí vybraných onemocnění v populaci Jihomoravského kraje vždy ve srovnání s republikovými údaji. Bezprostřední návaznost má ukazatel úmrtnosti obyvatel na vybraná onemocnění. Doplnkovým ukazatelem je počet hospitalizovaných dle vybraných skupin onemocnění.

V oblasti mortality a morbiditý zaujímá čelní místo skupina kardiovaskulárních onemocnění. V jihomoravském kraji je naznačen mírně příznivý trend. Ve střednědobém výhledu lze očekávat, že dosavadní tendence poklesu mortality zvláště v nižších věkových skupinách u mužů bude zachována.

Výrazný vliv na kvalitu zdravotního stavu populace v Jihomoravském kraji a v České republice bude mít především očekávané stárnutí populace, resp. zvyšující se podíl obyvatel vyšší věkové kategorie. Tento zásadní vývoj bude mít za následek sílící tlak na poskytovatele zdravotní péče, na celkovou spotřebu služeb a financování zdravotnictví. V Jihomoravském kraji lze dle dosavadního rostoucího trendu očekávat, že střední délka života se bude i nadále prodlužovat a vzhledem k tomu, že její hodnoty jsou nyní mírně nad celorepublikovými hodnotami, lze důsledky stárnutí populace očekávat v tomto regionu mírně nepříznivější.

V ostatních ukazatelích se kraj nebude významně odchylovat od celorepublikových hodnot.

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Demografický vývoj v České republice a v jednotlivých jejích regionech jasně vypovídá o stárnutí populace a s tím souvisejících změnách prevalence chronických onemocnění starší věkové skupiny obyvatelstva. Na tyto změny by v předstihu měla být Česká republika připravena. Vývoj věkové struktury a s ním doprovázející změny nemocnosti obyvatel jsou výzvou pro veřejnou politiku a její představitele, ať už státní správy nebo představitele municipalit. Je to především sociální a zdravotní politika státu, krajů a obcí, která by na změny měla reagovat.

9 Seznam literatury

1. Duben, R.: *Teorie a praxe sociální politiky*. Vysoká škola ekonomická v Praze, Praha 1999
2. Roubíček, V.: *Vybrané kapitoly z demografie*. Vysoká škola ekonomická v Praze, SPN 1985
3. *Makroekonomická predikce České republiky*, červenec 2005, Ministerstvo financí ČR, odbor finanční politiky
4. *Plán rozvoje Jihomoravského kraje*, DHV CR, spol. s.r.o, 2002
5. Háva P.: *Plánování založené na potřebách, standardech, cílech a úkolech nebo zájmech a improvizacích?*; Zdravotní plány krajů. Institut zdravotní politiky a ekonomiky, Zdravotnictví v České republice 2/4/2004;
6. Zhodnocení demografického vývoje kraje Vysočina, Studie k přípravě zdravotního plánu kraje; Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004
7. Drbal, Ctibor; *Zdravotní stav populace ČR a jeho prognóza jako dominantní determinanta požadavků na systém péče o zdraví*. IPVZ Praha, Škola veřejného zdravotnictví, 1998
8. Janout, Vladimír; *Klinická epidemiologie – nedílná součást klinických rozhodovacích procesů*. Grada Publishing, 1998

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

10 Seznam použitých internetových zdrojů

www.czso.cz internetové stránky Českého statistického úřadu

www.uzis.cz internetové stránky Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR

www.mfcr.cz internetové stránky Ministerstva financí ČR

11 Seznam použitých zkratk

obyv. obyvatelé, obyvatelstvo

JMK Jihomoravský kraj

VŠPS výběrové šetření pracovních sil

MPSV ministerstvo práce a sociálních věcí

UPT umělé přerušování těhotenství

KVCH kardiovaskulární choroby

ICHS ischemická choroba srdeční

ZN zhoubné novotvary

12 Seznam tabulek a grafů

- Tabulka 12-1 Faktory ovlivňující výslednou hodnotu zdraví (zdravotní stav) jedince
- Tabulka 12-2: Rozloha území, hustota obyvatelstva a počet obcí k 31. 12. 2003 (ČR, JMK)
- Tabulka 12-3: Rozloha území, hustota obyvatelstva a počet obcí k 31. 12. 2003 (JMK)
- Obrázek 12-1: Vývoj celkového počtu obyvatel v obcích Jihomoravského kraje v letech 1991 / 2003
- Tabulka 12-4: Počet obyvatel JM kraje podle pohlaví a věku (stav k 31. 12.)
- Graf 12-1: Věková struktura obyvatelstva 1946
- Graf 12-2: Věková struktura obyvatelstva 1975
- Graf 12-3: Věková struktura obyvatelstva 1985
- Graf 12-4: Věková struktura obyvatelstva 2003
- Graf 12-5: Struktura přírůstku obyvatel (ČR)
- Graf 12-6: Vývoj přirozeného přírůstku obyvatel (JMK)
- Graf 12-7: Střední délka života při narození (JMK)
- Graf 12-8: Vývoj obecné (VŠPS) a registrované (MPSV) míry nezaměstnanosti a volných pracovních míst (JMK)
- Tabulka 12-5: Počet obyvatel v zařízeních sociální péče podle typu 2003 (JMK)
- Tabulka 12-6: Počet obyvatel ve vybraných typech ÚSP a ostatních zařízeních dle typu pobytu (JMK)
- Graf 12-9: Podíl potratů na 100 narozených dětí (JMK)
- Graf 12-10: Vývoj kojenecké úmrtnosti v letech 1950 až 2003 (ČR)
- Graf 12-11: Kojenecká a novorozenecká úmrtnost v letech 1960 až 2004 (JMK)
- Tabulka 12-7: Počet hlášených onemocnění zhoubnými novotvarami a novotvarami in situ podle pohlaví (JMK)
- Graf 12-12: Vývoj hlášených onemocnění ZN a novotvarami in situ / 100 tis. obyvatel v letech 1960 – 2002 (JMK)
- Graf 12-13: Vývoj počtu hospitalizací dle MKN10 – sledovaných onemocnění, bez rozlišení pohlaví (JMK)
- Tabulka 12-8: Počet hospitalizovaných dle MKN10 – nemoci oběhové soustavy (JMK)
- Graf 12-14: Vývoj počtu hospitalizací dle MKN10 – onemocnění oběhové soustavy (JMK)
- Tabulka 12-9: Počet hospitalizovaných dle MKN10 – zhoubné novotvary (JMK)
- Graf 12-15: Vývoj počtu hospitalizací dle MKN10 – zhoubné novotvary (JMK)
- Tabulka 12-10: Počet hospitalizovaných dle MKN10 – nemoci trávicí soustavy (JMK)
- Graf 12-16: Vývoj počtu hospitalizací dle MKN10 – onemocnění trávicí soustavy, (JMK)

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Tabulka 12-11: Standardizovaná úmrtnost na KVCH podle pohlaví (JMK)

Graf 12-17: Vývoj standardizované úmrtnosti na KVCH (JMK)

Tabulka 12-12: SDR na ZN podle pohlaví (JMK)

Graf 12-18: Vývoj SDR na ZN (JMK)

Tabulka 12-13: SDR na onemocnění dýchací soustavy podle pohlaví (JMK)

Graf 12-19: Vývoj standardizované úmrtnosti na onemocnění dýchací soustavy (JMK)

Tabulka 12-14: Počet zemřelých na vybrané příčiny smrti na 100 tis. obyvatel na území JM kraje

Graf 12-20: Postavení kraje v demografické a sociální oblasti

Graf 12-21: Věkové skupiny od r. 1985; predikce do r. 2008 (ČR)

Tabulka 12-15: Vývoj demografických ukazatelů obyvatelstva do roku 2008 (ČR)

Tabulka 12-16: Predikce věkové struktury obyvatelstva v JM kraji pro období 2010 - 2050

Graf 12-22: Predikce věkové struktury obyvatelstva v JM kraji

Graf 12-23: Predikce vývoje přirozeného přírůstku obyvatelstva JM kraje pro období 2010 - 2050

Graf 12-24: Střední délka života při narození (ČR)

Graf 12-25: Vývoj nezaměstnanosti (ČR)