



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost



2019

# Koncepce zdraví Královéhradeckého kraje 2030

Dokument byl zpracován v rámci projektu „Rozvoj Královéhradeckého kraje – chytře, efektivně, s prosperitou“.

(reg.č. CZ.03/.4.74/0.0/0.0/16\_058/0007370)

**Zpracovatel:**

**Centrum investic, rozvoje a inovací**

Soukenická 54, 500 03 Hradec Králové

***ŘÍJEN 2019***

# OBSAH

ÚVOD	5
<b>1 DEMOGRAFICKÉ UKAZATELE</b>	<b>7</b>
1.1 DEMOGRAFICKÉ PROCESY	8
1.2 VĚKOVÁ STRUKTURA OBYVATELSTVA	12
<b>2 INDIKÁTORY ZDRAVOTNÍHO STAVU OBYVATELSTVA</b>	<b>17</b>
2.1 STŘEDNÍ DÉLKA ŽIVOTA (NADĚJE NA DOŽITÍ)	17
2.2 ÚMRTNOST (MORTALITA)	20
2.3 NEMOCNOST (MORBIDITA)	28
2.4 POČET ŽIVĚ NAROZENÝCH DĚTÍ, PORODNOST A POČET POTRATŮ	44
<b>3 ŽIVOTNÍ PODMÍNKY A JEJICH VLIV NA ZDRAVÍ OBYVATEL</b>	<b>49</b>
3.1 VÝŽIVA A STRAVOVÁNÍ	49
3.2 ŽIVOTNÍ STYL	53
3.3 SOCIÁLNĚ EKONOMICKÉ FAKTORY ZDRAVÍ	59
3.4 VLIV PROSTŘEDÍ, OCHRANA A PODPORA VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ	64
<b>4 POLITIKA A ROZVOJ SLUŽEB A PREVENCE V OBLASTI ZDRAVÍ</b>	<b>71</b>
4.1 ZDRAVOTNÍ PÉČE	71
4.2 POLITIKA ZDRAVÉ RODINY, AKTIVNÍ STÁRNUTÍ	73
4.3 NÁVAZNOST ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE	75
4.4 DOTAČNÍ PROGRAMY KRÁLOVÉHRADECKÉHO KRAJE	76
4.5 ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST	76
4.6 OCHRANA VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ	77
<b>5 SYNTÉZA ZÁVĚRŮ A STRATEGICKÉ VAZBY</b>	<b>78</b>
5.1 SOUHRNNÉ ANALYTICKÉ ZÁVĚRY	78
5.2 VAZBY NA OSTATNÍ STRATEGICKÉ DOKUMENTY	80
<b>6 PRIORITY OBLASTI ZDRAVÍ KHK</b>	<b>82</b>
6.1 ZDRAVĚJŠÍ ŽIVOTNÍ STYL	83
6.2 PODPORA ZDRAVÍ BĚHEM CELÉHO ŽIVOTA	84
6.3 SNIŽOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH RIZIK ZE ŽIVOTNÍHO A PRACOVNÍHO PROSTŘEDÍ	85
6.4 ZVLÁDÁNÍ/PREVENCE A SNÍŽENÍ VÝSKYTU ONEMOCNĚNÍ	86
6.5 OMEZENÍ ZDRAVOTNĚ RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ A DUŠEVNÍ ZDRAVÍ	88
<b>ZÁVĚR</b>	<b>90</b>
<b>SEZNAMY</b>	<b>92</b>

## ZDRAVÝ REGION KHK

### Koncepce zdraví KHK

### Strategie zdravotnictví KHK

### Ostatní tematické koncepce

zdravý  
životní styl

zdravé  
prostředí

prevence  
a výchova  
ke zdraví

zdravotní  
péče a její  
dostupnost

personální  
kapacity

investice ve  
zdravotnictví

KÚ KHK  
(odbory)

Krajská  
hygienická  
stanice

Ostatní  
(např. města  
a obce)



## ÚVOD

Zdraví je podle definice Světové zdravotnické organizace „**stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady, neduživosti.**“ (WHO, 1946).“

Zdraví má mnoho aspektů, jejichž důležitost se mění s historickým vývojem společnosti, závisí na kultuře, sociálních podmínkách, ekonomice i rozvoji lékařské vědy. Zdraví má vysokou životní hodnotu. Je chápáno širěji než jen normální fungování lidského těla, protože má přímou souvislost s kvalitou života člověka.

V České republice již dlouhodobě funguje systém podpory zdraví. Zastřešujícím materiálem je v současnosti Strategie Zdraví 2020. „Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí“, kterou Vláda České republiky vzala na vědomí v roce 2014 a která vychází z programu Světové zdravotnické organizace „Zdraví 2020“. V roce 2019 se připravuje nový dokument „Strategie zdraví 2030“. Hlavním cílem obou strategií je zlepšení zdravotního stavu populace ČR a snížení výskytu nemocí a předčasných úmrtí, kterým lze předcházet. Cíl bude naplněn dlouhodobým rozvojem a podporou systému veřejného zdravotnictví a stabilizací systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví s nastartováním účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace.

Důležitým kritériem pro hodnocení úspěšného rozvoje společnosti je kromě hrubého národního produktu i zdravotní stav populace, který bývá někdy definován pouze jako stav zdraví jedinců či skupin, jindy pak do sebe zahrnuje i determinanty zdraví. Determinanty zdraví (souhrn jevů a podmínek, které určují, popř. výrazně ovlivňují zdraví) lze definovat jako osobní, společenské a ekonomické faktory a faktory životního prostředí, které jsou vzájemně se ovlivňujícími proměnnými, a zároveň významně ovlivňují a určují zdravotní stav jedince, skupiny lidí nebo společnosti.

Zdraví člověka je podmíněno kladným i záporným působením tzv. determinant zdraví.

Základní skupiny determinant zdraví:

1. Životní styl (způsob života) – např. životní úroveň, sociální faktory, nezaměstnanost, způsob práce, stres, úroveň vzdělání, způsob stravování, pohybová aktivity, abusů drog či alkoholu, kouření, postoj k vlastnímu zdraví a péče o něj, osobní hygiena, sexuální chování, spotřební chování.
2. Životní a pracovní prostředí (ovzduší, voda, půda, hluk, elektromagnetické záření, klimatické podmínky, potravinový řetězec, výrobní technologie, pracovní prostředí, předměty běžného užívání, bydlení, služby, doprava, urbanistika).
3. Péče o zdraví a zdravotnictví (rozvoj medicíny a lékařské techniky, zdravotní politika, dostupnost zdravotní péče, zdravotnický systém, úroveň zdravotnictví, organizace financování a řízení zdravotnictví).
4. Biologický (genetický) základ (vrozené vady, dispozice ke vzniku nemoci, úroveň intelektových schopností, rozdíly ve zdraví mužů a žen...).

**Obrázek 1**      **Kvantifikace vlivu takto definovaných determinant na zdraví**



Základní ukazatele (indikátory), podle kterých je hodnocen zdravotní stav (zdraví) obyvatel Královéhradeckého kraje, třídíme do 3 skupin:

1. Demografické ukazatelé související se zdravím
  - počet obyvatel,
  - věková struktura,
  - naděje na dožití,
  - počet živě narozených dětí, ev. počet potratů
  - přirozený přírůstek,
2. Ukazatelé úmrtnosti (mortalita)
  - celková
  - dle příčin
3. Ukazatelé nemocnosti (morbidity)
  - incidence
  - prevalence

Dokument je zpracován na základě dostupných dat z oblasti zdraví, zdravého životního stylu a v některých kapitolách se odkazuje na již existující či teprve vznikající strategie a koncepce. Stěžejním dokumentem je aktuální dokument Královéhradeckého kraje z roku 2018, tj. „Zpráva o zdravotním stavu obyvatelstva Královéhradeckého kraje“.

Zdraví, zdravotní stav v rámci statistických dat ČR není sledován každoročně, významným zdrojem dat proto jsou pravidelná výběrová šetření o zdraví EHIS. Hlavní význam těchto šetření spočívá v tom, že poskytují data, která jsou z jiných zdrojů nedostupná, navíc umožňují provázat několik typů informací navzájem.

Existuje celá řada výběrových šetření se zdravotní tematikou, všechny se však shodují v základních bodech a zároveň se odlišují od běžné zdravotnické statistiky. Své místo ve zdravotnické statistice však mají právě z důvodu poskytnutí chybějících dat za některé problematiky či podrobnější třídění dat za témata již pokrytá. V rámci ČR již proběhla šetření v roce 2008, 2014 a v roce 2019 byla zahájena 3. vlna tohoto šetření. Výsledky z aktuálního šetření budou známy na konci roku 2020.

# 1 Demografické ukazatele

Královéhradecký kraj má rozlohu 4 759 km<sup>2</sup> a v pořadí krajů se řadí na 9. místo. Území kraje je tvořeno 5 okresy (Hradec Králové, Jičín, Náchod, Rychnov nad Kněžnou a Trutnov) a má 15 správních obvodů obcí s rozšířenou působností (SO ORP). Základní údaje za kraj, okresy a SO ORP jsou uvedeny v následujících tabulkách.

**Tabulka 1** Základní údaje okresů Královéhradeckého kraje (k datu 31. 12. 2017)

Území, kraj, okres	Rozloha (km <sup>2</sup> )	Počet obyvatel	v tom		Podíl obyvatel (%) ve věku		Průměrný věk obyvatel	Hustota obyvatelstva na 1 km <sup>2</sup>	Počet obcí
			muži	ženy	0–14	65+			
Hradec Králové	892	163 520	79 776	83 744	15,4	21,1	43,1	183	104
Jičín	887	79 632	39 550	40 082	15,4	20,3	42,9	90	111
Náchod	852	110 420	54 399	56 021	15,4	21,0	43,0	130	78
Rychnov nad Kněžnou	982	78 979	39 204	39 775	15,9	19,8	42,3	80	80
Trutnov	1 146	118 538	58 501	60 037	15,2	20,8	42,9	103	75
<b>Královéhradecký kraj</b>	<b>4 759</b>	<b>551 089</b>	<b>271 430</b>	<b>279 659</b>	<b>15,4</b>	<b>20,7</b>	<b>42,9</b>	<b>116</b>	<b>448</b>

Zdroj: ČSÚ, Veřejná databáze

**Tabulka 2** Základní údaje SO ORP Královéhradeckého kraje (k datu 31. 12. 2017)

Území, kraj, okres	Rozloha (km <sup>2</sup> )	Počet obyvatel	v tom		Podíl obyvatel (%) ve věku		Průměrný věk obyvatel	Hustota obyvatelstva na 1 km <sup>2</sup>	Počet obcí
			muži	ženy	0–14	65+			
Broumov	259	16 123	7 992	8 131	15,1	21,3	43,0	62	14
Dobruška	279	20 183	9 962	10 221	16,4	20,3	42,4	72	26
Dvůr Králové n.L.	258	27 081	13 408	13 673	14,7	22,1	43,6	105	28
Hořice	193	18 441	9 158	9 283	15,4	20,9	43,0	96	29
Hradec Králové	677	146 131	71 154	74 977	15,5	21,3	43,2	216	81
Jaroměř	139	19 290	9 594	9 696	16,2	18,8	41,6	139	15
Jičín	597	47 897	23 806	24 091	15,6	19,8	42,6	80	77
Kostelec n.O.	224	24 891	12 277	12 614	15,6	20,5	42,7	111	22
Náchod	356	60 720	29 814	30 906	15,3	21,3	43,2	171	36
Nová Paka	97	13 294	6 586	6 708	14,7	21,2	43,5	137	5
Nové Město n.M.	98	14 287	6 999	7 288	15,2	22,1	43,5	146	13
Nový Bydžov	214	17 389	8 622	8 767	14,7	19,9	42,9	81	23
Rychnov n.K.	479	33 905	16 965	16 940	15,8	19,1	42,0	71	32
Trutnov	595	63 675	31 323	32 352	15,1	20,4	42,8	107	31
Vrchlabí	293	27 782	13 770	14 012	15,9	20,4	42,6	95	16
<b>Královéhradecký kraj</b>	<b>4 759</b>	<b>551 089</b>	<b>271 430</b>	<b>279 659</b>	<b>15,4</b>	<b>20,7</b>	<b>42,9</b>	<b>116</b>	<b>448</b>

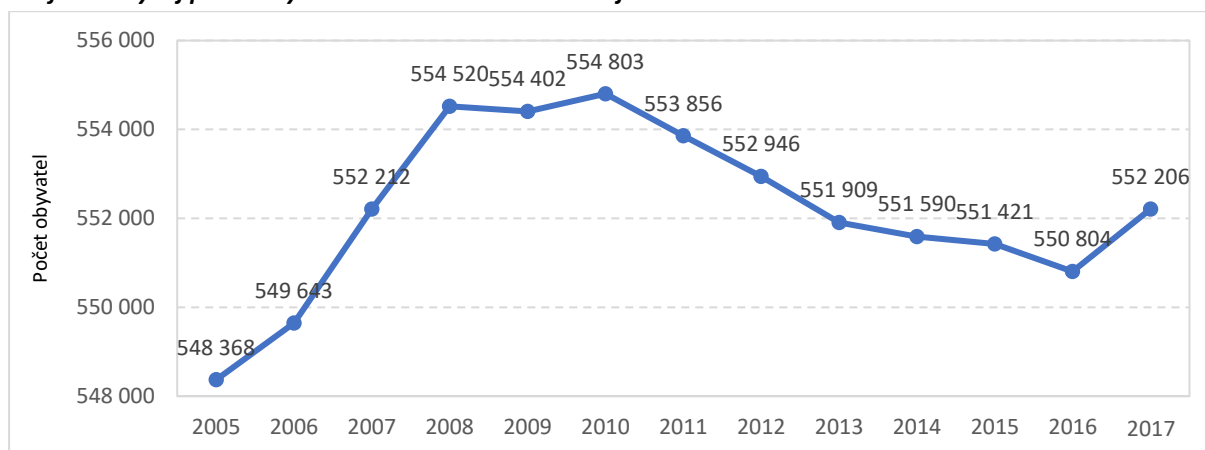
Zdroj: ČSÚ, Veřejná databáze

## 1.1 Demografické procesy

### Vývoj a prognóza obyvatelstva

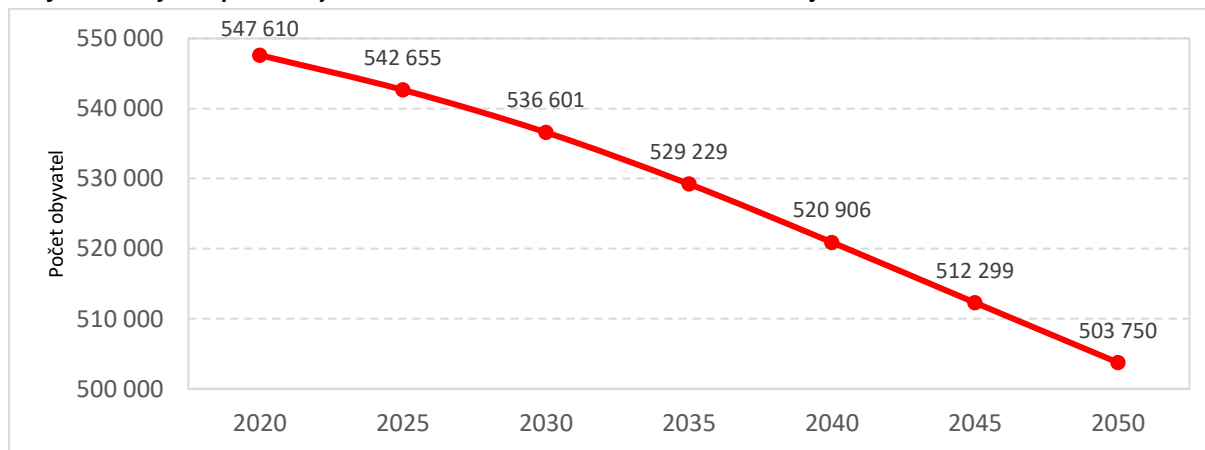
Královéhradecký kraj patří mezi populačně středně velké kraje. K 31. 12. 2017 zde žilo 551 089 obyvatel, což je přibližně 5,2 % obyvatel České republiky. V dlouhodobém horizontu počet obyvatel kraje klesá, retrospektivně přepočteno na dnešní území zde žilo v roce 1869 celkem 581 238 obyvatel, v roce 1910 dokonce 681 402 obyvatel. Mezi roky 2005 a 2017 měl vývoj populace kraje sinusový trend, počet obyvatel kraje od roku 2005 rostl, vrchol byl zaznamenán v roce 2010, poté následoval setrvalý úbytek obyvatelstva. Český statistický úřad ve své prognóze „Projekce obyvatelstva v krajích ČR – do roku 2050“ předpovídá setrvalý pokles počtu obyvatel kraje. V roce 2050 bude dle projekce žít v kraji méně než 504 tis. obyvatel.

**Graf 1** Vývoj počtu obyvatel Královéhradeckého kraje v období 2005–2017



Zdroj: ČSÚ, Demografické ročenky Královéhradeckého kraje

**Graf 2** Projekce počtu obyvatel do roku 2050 v Královéhradeckém kraji



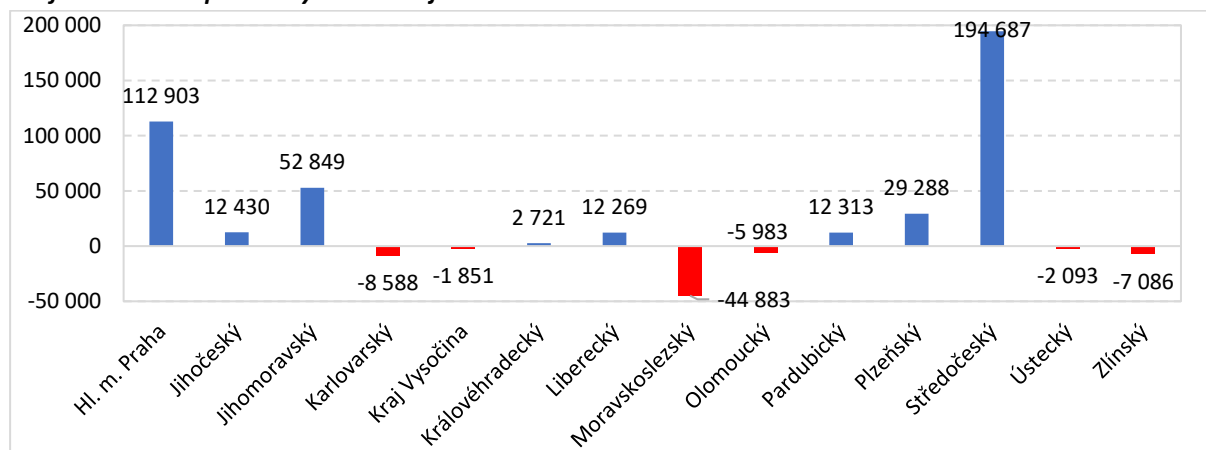
Zdroj: ČSÚ, Demografické ročenky Královéhradeckého kraje

Potenciální přírůstek počtu obyvatel může být spojen s možnou zahraniční migrací do regionu v návaznosti na migrační proudy směřující do Evropy. V kontextu České republiky se ovšem předpokládá především migrace do dlouhodobě atraktivních metropolitních území – Praha, Brno a jejich zázemí. Důvodem je koncentrace vysokého množství pracovních příležitostí i dalších služeb.

Při srovnání s ostatními kraji ČR je patrná výrazná populační stabilita Královéhradeckého kraje, který se neřadí ani k výrazně růstovým (Středočeský kraj, Jihomoravský kraj, Hlavní město Praha) ani k výrazně ztrátovým (Moravskoslezský kraj, Karlovarský kraj) regionům ČR.



**Graf 3 Změna počtu obyvatel v krajích ČR v období 2005–2017**

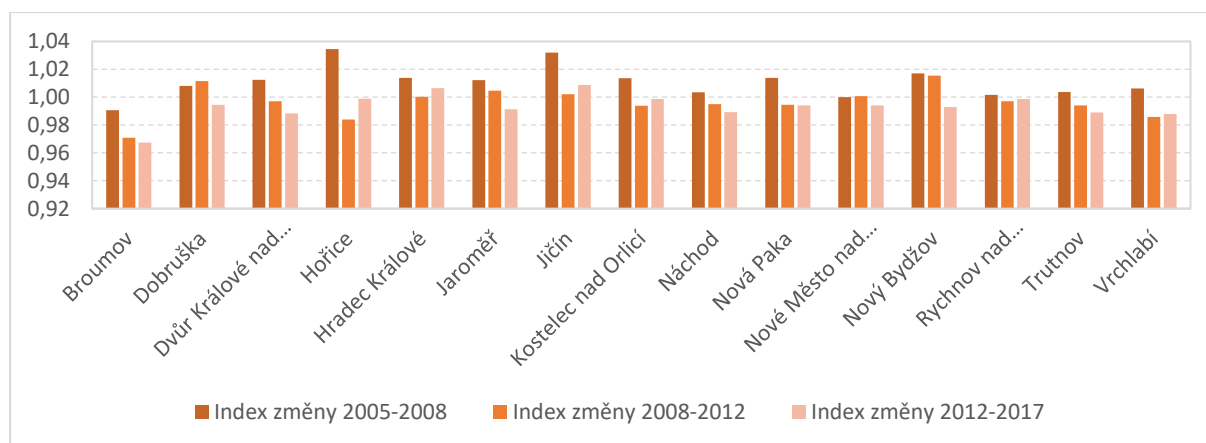


Zdroj: ČSÚ, *Projekce obyvatelstva v krajích ČR – do roku 2050*

Při bližším vstupu do území Královéhradeckého kraje jsou patrné disparity mezi jednotlivými regiony. Srovnání správních obvodů ORP vystupují ztrátová a růstová území, která jsou do jisté míry determinována jejich polohou vůči hlavním rozvojovým osám kraje, státní hranici a vzdálenosti od metropolitního centra Hradce Králové. Nejvíce populačně ztrátový byl SO ORP Broumov, kde v období 2005–2017 klesl počet obyvatel o 1 205, navíc se neprojevil rostoucí trend mezi lety 2005–2010. Na druhém konci stupnice jsou správní obvody ORP Hradec Králové a Jičín, kde v každém přibýlo přibližně 1 900–2 900 obyvatel. Poutavost těchto regionů byla dána především rozšiřující se pracovní nabídkou a atraktivitou pro bydlení v jejich zázemí. V současnosti se markantně projevuje atraktivita správního obvodu Rychnov nad Kněžnou, kde značně vzrostla pracovní nabídka v průmyslové zóně Solnic-Kvasiny-Rychnov nad Kněžnou. Na celkovém počtu obyvatel se výrazněji neprojevila vzhledem k vysokému podílu počtu námezdní pracovní síly – agenturních pracovníků z jiných regionů i ze zahraničí.

Komparace SO ORP dle relativní změny počtu obyvatel (bazický index změny koncového roku oproti roku počátečnímu) v období let 2005–2008, 2008–2012 a 2012–2017 zachycuje rozdílné tendence. Zatímco v období 2005–2008 většina správních obvodů vykazovala pozitivní změnu, v druhém sledovaném období byl zřetelný úbytek obyvatelstva. Klesající trend se u většiny obvodů výrazněji projevila i v období 2012–2017, kdy pouze SO ORP Hradec Králové a SO ORP Jičín dosáhly kladných hodnot změny počtu obyvatel.

**Graf 4 Relativní změna počtu obyvatel v SO ORP Královéhradeckého kraje v období 2005–2017**



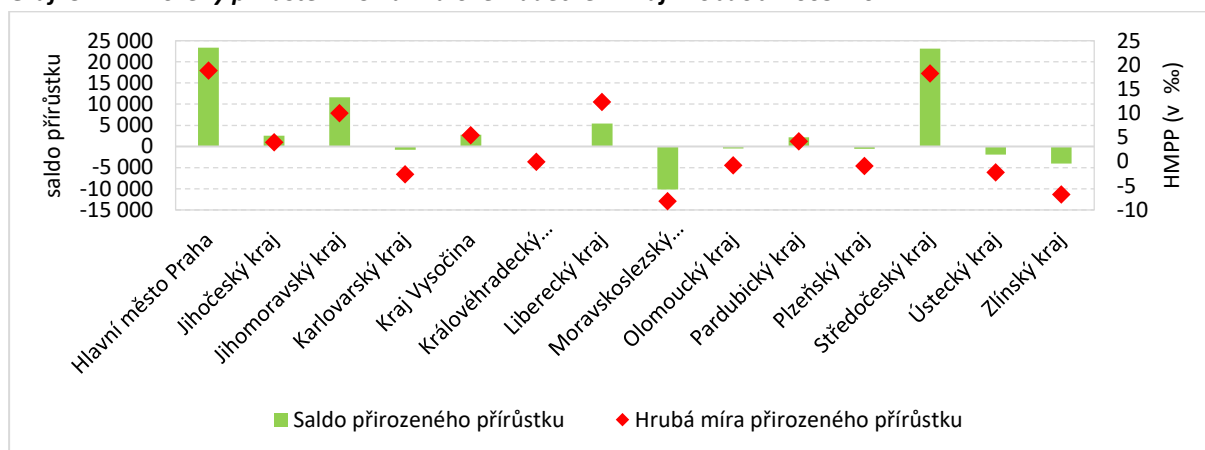
Zdroj: ČSÚ, *Veřejná databáze*

Výraznými problémovými faktory ovlivňujícími vývoj počtu obyvatel jsou úhrnná plodnost obyvatelstva, míra kojenecké a novorozenecké úmrtnosti a intenzita potratovosti. Tyto ukazatele jsou popsány v následujících kapitolách.

## Přirozený přírůstek

Plodnost spolu s úmrtností definuje **přirozený přírůstek obyvatelstva**, což je spolu s migrací hlavním faktorem vývoje počtu obyvatel a celkové demografické struktury. Přirozený přírůstek v Královéhradeckém kraji se dlouhodobě pohyboval spíše v záporných hodnotách, nárůst zaznamenal pouze v období let 2007–2010, kdy přibylo přirozenou cestou více než 2 000 obyvatel. Od roku 2011 již přirozená měna obyvatelstva nedosáhla pozitivních hodnot.

**Graf 5** Přirozený přírůstek v ČR a Královéhradeckém kraji v období 2005–2017

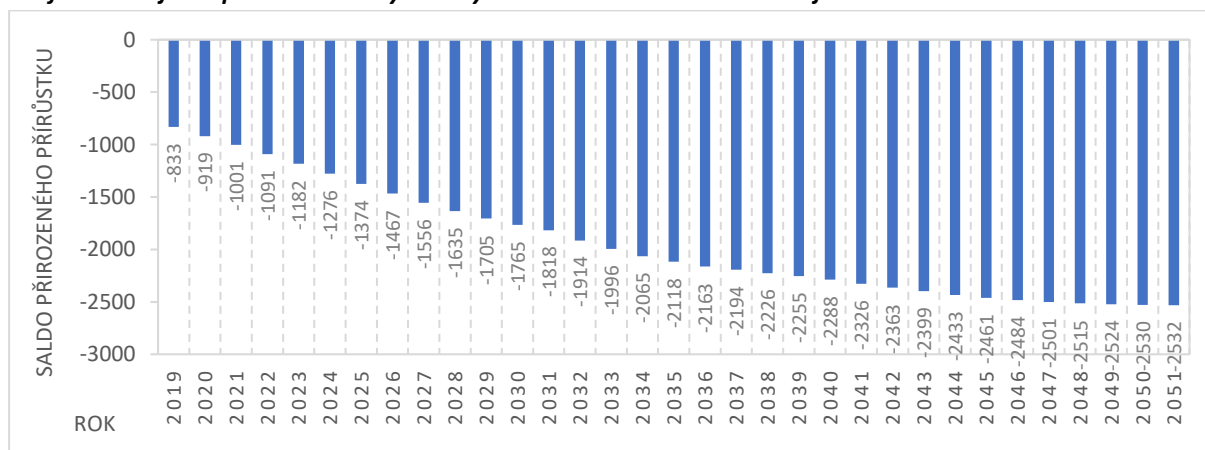


Zdroj: ČSÚ, Veřejná databáze

Pro srovnání regionálních disparit je třeba použít **hrubou míru přirozeného přírůstku (HMPP)**, která udává přirozený přírůstek na 1 000 obyvatel. V České republice dochází z hlediska vývoje HMPP k dlouholeté polarizaci krajů, kdy dlouhodobě roste přirozený přírůstek na 1 000 obyvatel ve Středočeském kraji, což lze spojovat především s urbanizačními procesy, resp. s procesem suburbanizace a dlouhodobě vysokou atraktivitou zázemí hlavního města Prahy. Královéhradecký kraj naopak patří k regionům s dlouhodobým přirozeným úbytkem obyvatel, který však není tak alarmující jako v jiných krajích (Moravskoslezský a Zlínský kraj). Dle projekce obyvatelstva do roku 2050 bude úbytek obyvatelstva přirozenou cestou pravidelně narůstat a stabilizuje se až okolo hodnoty – 2 500 osob ročně.

Trend negativního přírůstku obyvatel přirozenou měnou obyvatel se bude dle demografické projekce obyvatel Královéhradeckého kraje do roku 2050 i nadále prohlubovat. Po roce 2019 úbytek obyvatel poroste lineárně až do roku cca 2030, kdy se za setrvalého dvou tisícového ročního poklesu obyvatel přirozenou cestou tempo úbytku zpomalí a stabilizuje se až v roce 2050 na hodnotě – 2 500 obyvatel ročně. Podobný vývoj jako Královéhradecký kraj zaznamenají v budoucnu prakticky všechny kraje.

**Graf 6** Projekce přirozeného úbytku obyvatel v Královéhradeckém kraji do roku 2051

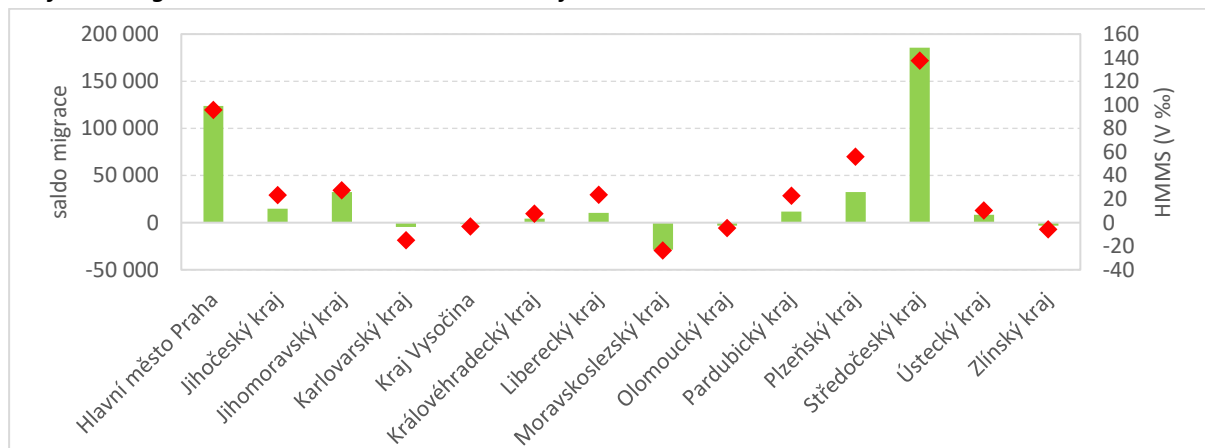


Zdroj: ČSÚ, Projekce obyvatelstva v krajích ČR – do roku 2050

## Migrační přírůstek (migrační saldo)

Celkový přírůstek nebo úbytek obyvatel v České republice je v posledních letech ovlivněn především migračním přírůstkem, tzv. migračním saldem. Pro lepší srovnání je využit ukazatel **hrubé míry migračního salda (HMMS)**, tedy migračního salda na 1 000 obyvatel. V České republice byly zjištěny disparity, kdy na jedné straně je patrná vysoká hrubá míra migrace ve Středních Čechách a v Jihomoravském kraji a na druhé straně vysoký migrační úbytek Moravskoslezského a Karlovarského kraje. Ostatní kraje, včetně Královéhradeckého, vykazují setrvalý stav hrubé míry migrace.

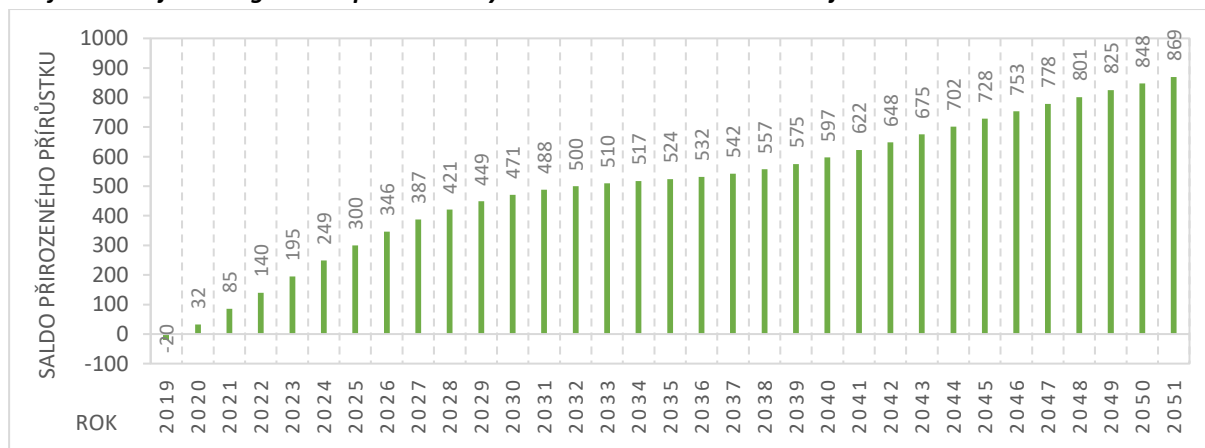
**Graf 7 Migrační saldo v Královéhradeckém kraji v období 2005–2017**



Zdroj: ČSÚ, Veřejná databáze

Migrační trend odráží ekonomickou atraktivitu regionu, která je nižší než území v zázemí hlavních regionálních center Čech a Moravy – Prahy a Brna. V posledních letech se stal Královéhradecký kraj migračně atraktivnější v návaznosti na růst významných zaměstnavatelů v automobilovém a návazném průmyslu. Ten ovšem do regionu dostane především námezdní pracovníky, kteří se v kraji neusadí natrvalo. Dle projekce obyvatelstva v krajích ČR do roku 2050 se bude po roce 2019 migrační přírůstek zvyšovat, na počátku prudký růst z období 2020–2030 bude navazovat období mírné stagnace období 2030–2040. Po roce 2040 prognostici statistického úřadu předpokládají opětovné zvýšení tempa růstu. Kladné pozitivní přírůstky migrací ovšem vykompenzují ztrátu obyvatelstva přirozenou cestou pouze částečně a při zachování stávajících trendů úbytek obyvatel nezvrátí.

**Graf 8 Projekce migračního přírůstku obyvatel v Královéhradeckém kraji do roku 2051**

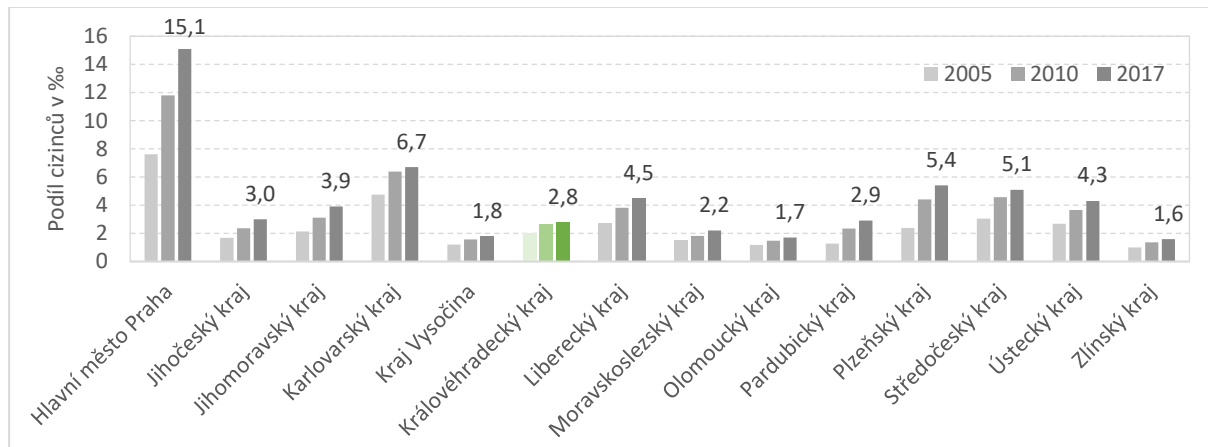


Zdroj: ČSÚ, Projekce obyvatelstva v krajích ČR – do roku 2050

**Zahraníční migrace** do Královéhradeckého kraje není tak výrazná, jako v jiných krajích České republiky. Počet cizinců v kraji mezi lety 2010–2017 nejprve narostl, poté poklesl a v současnosti v kraji k 31. 12. 2017 žilo 16 268 cizinců. Podíl cizinců na celkovém počtu obyvatel se v období 2011–2017 pohyboval v rozmezí 24–26 %, což je přibližně o 20 bodů nižší hodnota, než je republikový průměr a v mezikrajském srovnání je podíl cizinců v kraji 5. respektive 6. nejnižší, kde je zřejmá převaha Hlavního města Prahy, kde žilo 150 cizinců na 1 000 obyvatel.

Ostatní kraje dosahují obdobných hodnot, které se blíží či mírně převyšují hodnotu České republiky, což je 49 cizinců na 1 000 obyvatel. Z hlediska vnitro-krajského rozložení se cizinci soustřeďují zejména do okresu Hradec Králové, kde v roce 2017 žilo 5 446 cizinců. V ostatních okresech jejich počet dosáhl hodnot v rozmezí 1 741–3 095. Dle zemí původu v Královéhradeckém kraji žilo v letech 2011–2017 nejvíce cizinců z Ukrajiny, následně ze Slovenska, Polska a Vietnamu.

**Graf 9 Podíl cizinců v krajích České republiky v roce 2017**



Zdroj: ČSÚ

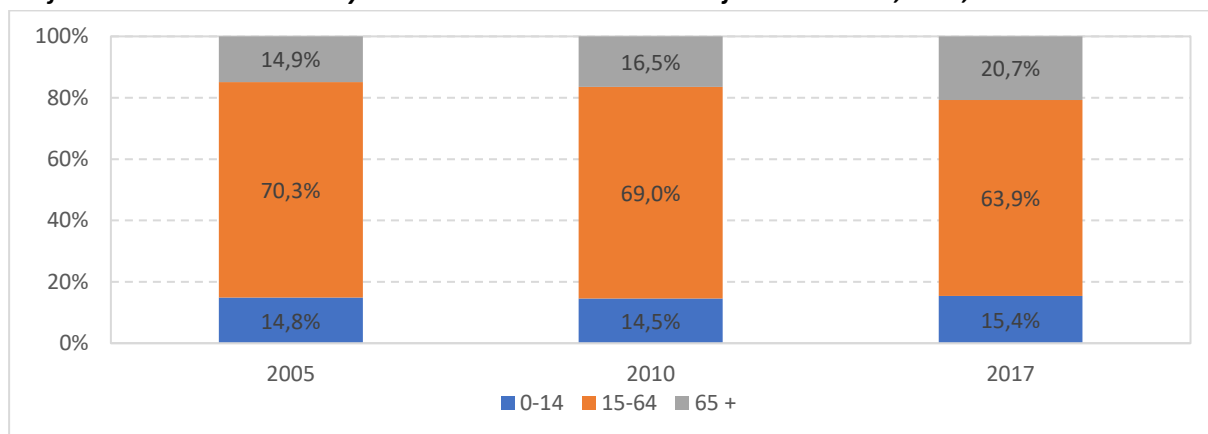
## 1.2 Věková struktura obyvatelstva

### Vývoj věkové struktury

Vývoj věkové struktury populace ukazuje na stárnutí populace jak v Královéhradeckém kraji, tak i v celé České republice. Věková struktura obyvatelstva je ovlivňována dlouhodobým vývojem především porodnosti a úmrtnosti, částečně rovněž migračními pohyby a střední délkou života. Na stárnutí populace se podílí i zlepšování úmrtnostních poměrů (roste naděje na dožití).

V Královéhradeckém kraji dlouhodobě ubývá počtu obyvatel v předproduktivním věku (0–14 let) a roste počet obyvatel v poproduktivním věku (nad 65 let), tzn., že populace demograficky stárne. Trend celkového stárnutí obyvatel Královéhradeckého kraje kopíruje trend v ČR.

**Graf 10 Věková struktura obyvatelstva Královéhradeckého kraje v letech 2005, 2010, 2017**

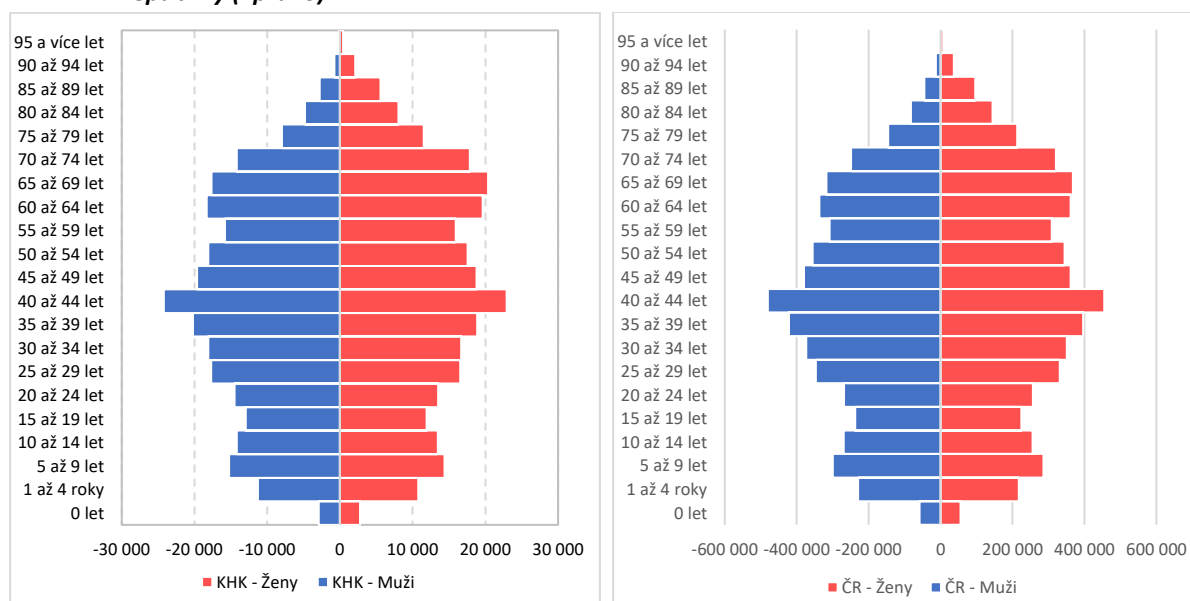


Zdroj: ČSÚ, Veřejná databáze

Při bližším pohledu vystupuje diference mezi věkovou strukturou u mužů a žen. Věková pyramida znázorňuje počet obyvatel podle pohlaví v každém roce věku k 31. 12. 2017 a je zde patrný rozdíl mezi věkovou strukturou mužů a žen. Typické je vyšší zastoupení mužské složky v mladších ročnících (0–50 let), po padesátém roku se situace obrací a začínají převládat ženy. Muži mají nižší střední délku života i nižší průměrný věk. Počet žen ve

věku 80 let je téměř 2x vyšší než počet mužů ve stejném věku, u skupiny starších 95 let je počet žen než mužů vyšší 4x.

**Graf 11 Věková struktura obyvatelstva dle 5letých skupin v roce 2017 – srovnání kraje (vlevo) a České republiky (vpravo)**



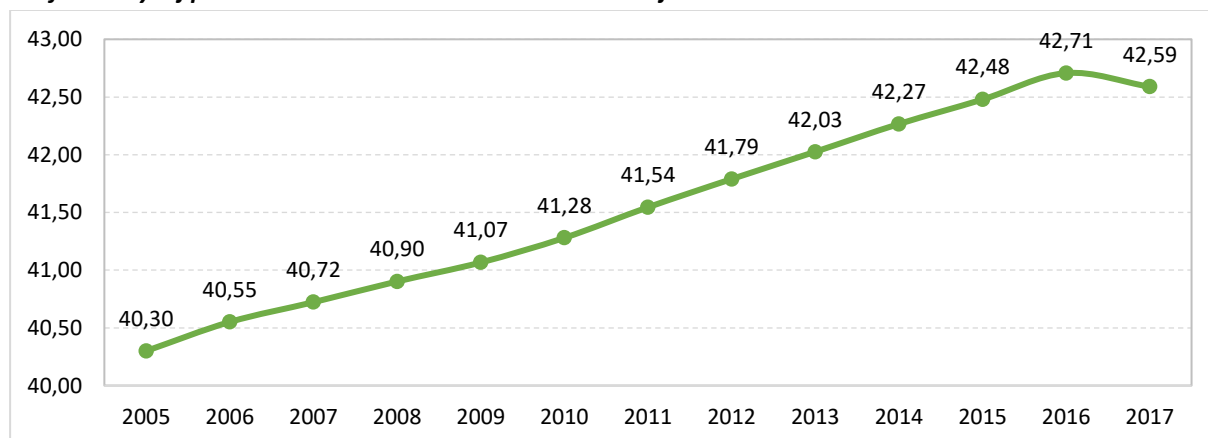
Zdroj: ČSÚ, Veřejná databáze

Při porovnávání údajů ve správních obvodech obcí s rozšířenou působností jsou oblasti vyšším podílem mladší, případně starší složky populace mírně diferencovány. Z pohledu věkové struktury byla v roce 2017 nejméně příznivá situace v periferních, případně hospodářsky slabších oblastech – v SO ORP Dvůr Králové nad Labem, Nová Paka a Broumov, kde byl vysoký podíl obyvatel starších 65 let a zároveň nízký podíl dětské složky populace. Obdobně nepříznivá věková struktura byla také v některých ekonomicky silných správních obvodech Hradce Králové a Nového Města nad Metují. Naopak nejpříznivější situace byla v roce 2017 v SO ORP Jičín, Rychnov nad Kněžnou a Jaroměř.

### Průměrný věk obyvatelstva

**Průměrný věk obyvatelstva** je hodnotou vypočtenou ze stáří všech obyvatel daného území. Průměrný věk obyvatelstva Královéhradeckého kraje byl v roce 2017 v úhrnu 42,59 let, což je 2,3 roků více než v roce 2005. V korelaci s indexem stáří i hodnota průměrného věku kontinuálně roste. Z okresů v Královéhradeckém kraji mají nejvyšší průměrný věk obyvatel okresy Hradec Králové a Jičín. Nejpříznivější průměrný věk má okres Rychnov nad Kněžnou.

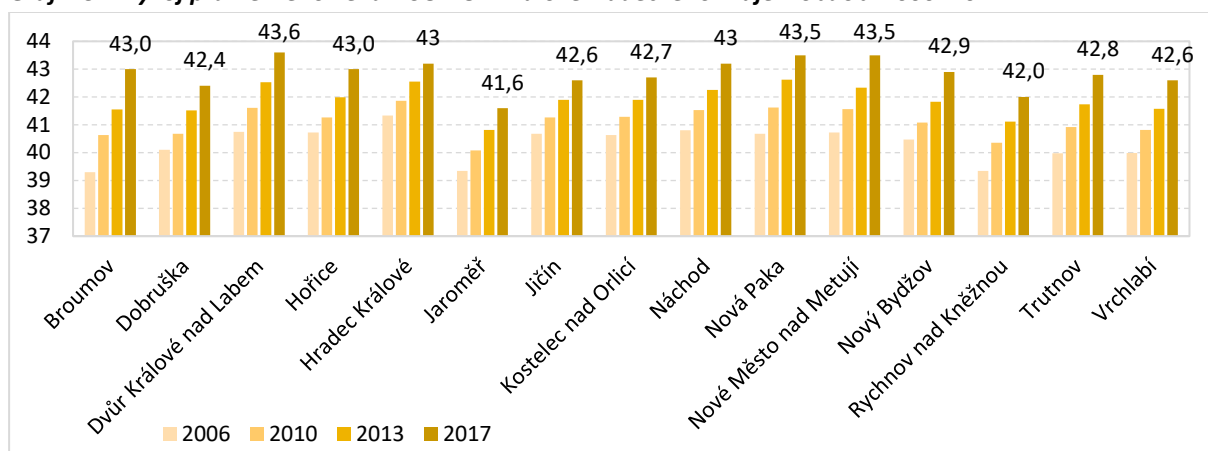
**Graf 12 Vývoj průměrného věku v Královéhradeckém kraji v období 2005–2017**



Zdroj: ČSÚ, Veřejná databáze

Komparace průměrného věku ve správních obvodech kraje dosahuje podobných závěrů jako v případě ukazatele index stáří. Nejvyšší průměrný věk dosahují opět SO ORP Dvůr Králové nad Labem (43,6 let), Nová Paka (43,5 let) a Nové Město nad Metují (43,5 let), nejnižších Jaroměř (41,6 let) a Rychnov nad Kněžnou (42,0 let).

**Graf 13** Vývoj průměrného věku v SO ROP Královéhradeckého kraje v období 2006–2017



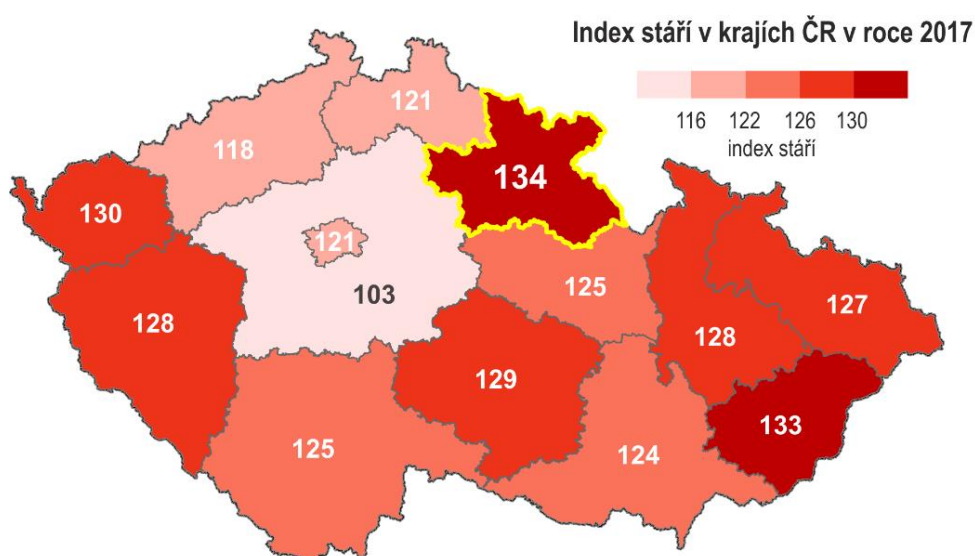
Zdroj: ČSÚ, Veřejná databáze

### Index stáří

Index stáří je velmi často používanou charakteristikou věkové struktury obyvatelstva, která vypovídá o stárnutí populace. Vyjadřuje, kolik obyvatel ze starších věkových skupin připadá na sto dětí.

Dlouhodobým trendem je zvyšování indexu stáří ve všech krajích Česka, s výjimkou Prahy. Index stáří v Královéhradeckém kraji byl v roce 2017 nejvyšší v České republice – 134,40, v roce 2005 překročil hranici 100 (stejný podíl obyvatel ve věku 0–14 let a obyvatel starších 65 let) a od té doby stále meziročně roste. Tempo růstu indexu stáří nebylo vzhledem k vysoké výchozí hodnotě tak vysoké jako v případě některých dalších krajů (nejvyšší tempo demografického stárnutí vykazují hospodářsky slabé nebo strukturálně postižené kraje – Karlovarský, Ústecký a Moravskoslezský kraj).

**Obrázek 2** Index stáří v krajích ČR v roce 2017



Zdroj: ČSÚ, Veřejná databáze, vlastní zpracování

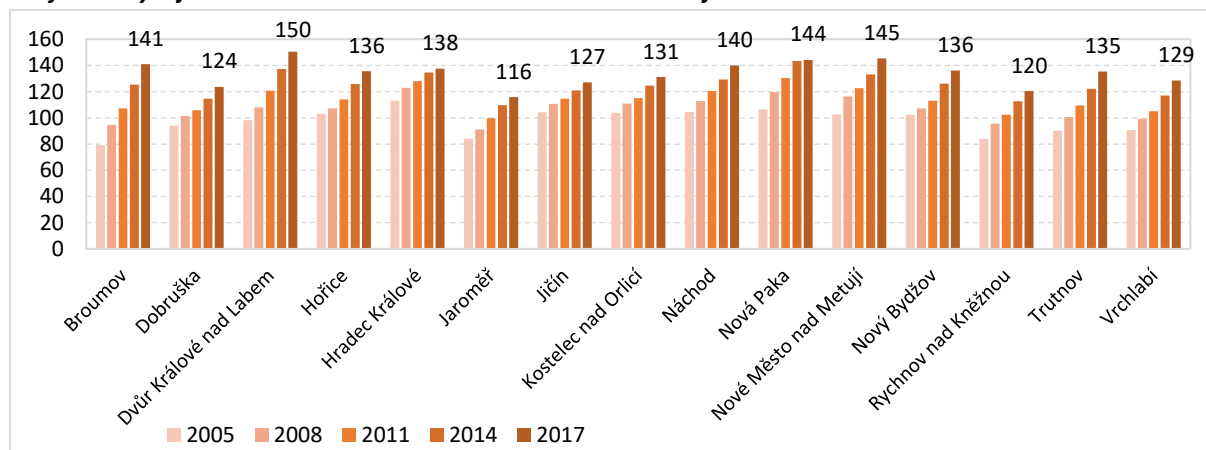
**Graf 14 Vývoj indexu stáří v Královéhradeckém kraji v období 2005–2017**



Zdroj: ČSÚ, Veřejná databáze

Srovnání regionálních disparit na úrovni správních obvodů obce s rozšířenou působností poukazuje na značné rozdíly. V roce 2017 již index stáří ve všech správních obvodech přesahoval zlomovou hranici 100, kdy převládá složka seniorů nad dětskou složkou populace. Jako poslední překročily tuto hranici SO ORP Rychnov nad Kněžnou – v roce 2011 a SO ORP Jaroměř – v roce 2012. V roce 2017 byl nejvyšší index stáří zaznamenán v SO ORP Dvůr Králové nad Labem (150), Nové Město nad Metují (145) a Nová Paka (144). Naopak nejnižšího indexu stáří dosáhly SO ORP Jaroměř (116) a Rychnov nad Kněžnou (120).

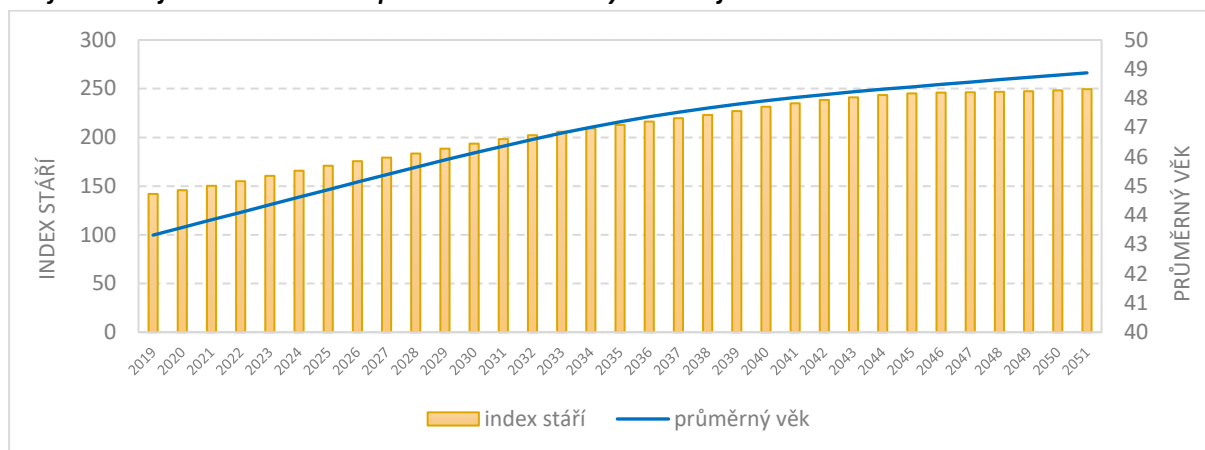
**Graf 15 Vývoj indexu stáří ve SO ORP Královéhradeckého kraje v období 2005–2017**



Zdroj: ČSÚ, Veřejná databáze

Dle projekce obyvatelstva v krajích ČR do roku 2050 se bude **průměrný index stáří** v Královéhradeckém kraji i nadále výrazně zvyšovat. Roku 2032 překročí index stáří hranici 200, jeho růst se výrazně zpomalí až v roce 2045, kdy nebude daleko od hranice 250. Průměrný věk v kraji bude růst zpočátku ještě rychleji než index stáří, postupně se bude i zde snižovat tempo růstu.

**Graf 16** Projekce indexu stáří a průměrného věku obyvatel kraje do roku 2050

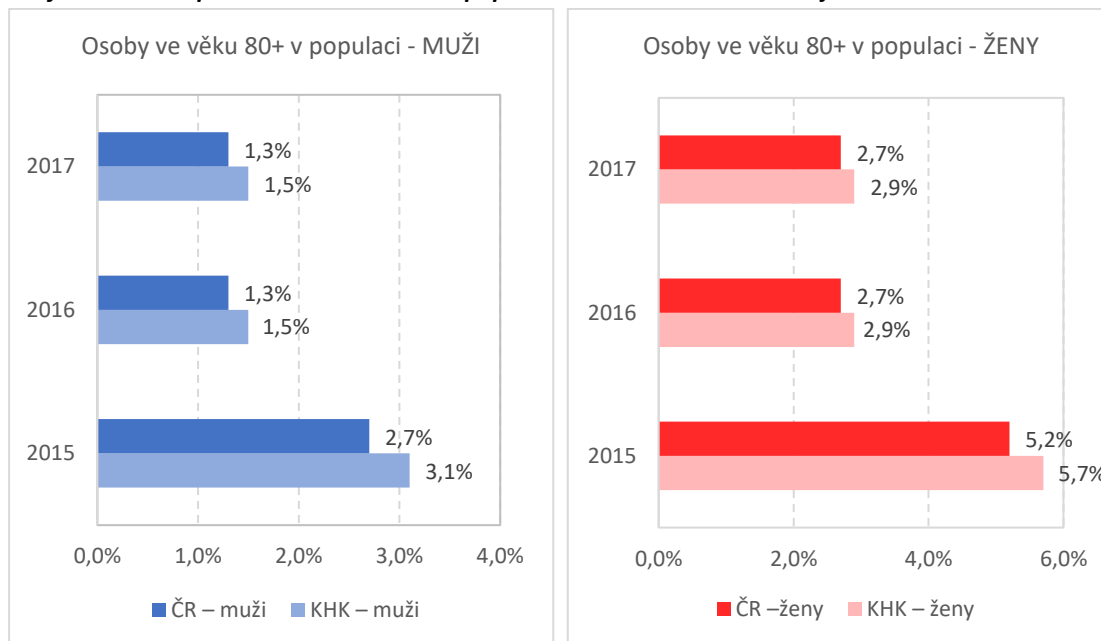


Zdroj: ČSÚ, Projekce obyvatelstva v krajích ČR – do roku 2050

Demografické stárnutí se skládá ze dvou složek, dají se označit jako stárnutí shora a ze zdola věkové pyramidy. Stárnutím shora rozumíme nárůst počtu starších osob v populaci, který je způsoben poklesem míry úmrtnosti ve vyšším věku. Stárnutím zdola je pak myšlen pokles plodnosti spojený se změnou reprodukčního chování, který v populaci vede k poklesu zastoupení mladých lidí. Stárnutí populace, respektive index stáří není výrazněji závislé na změně počtu obyvatel území, tedy plně neplatí předpoklad, že ve ztrátových územích kraje bude index stáří výrazně vyšší.

Královéhradecký kraj patří v ČR mezi kraje s vysokým zastoupením osob ve věku 80+, v roce 2017 zde žilo 24 586 osob starších 80 let, z toho 16 156 žen, což je cca 2krát více než mužů. Královéhradecký kraj je nad průměrem ČR.

**Graf 17** Zastoupení osob ve věku 80+ v populaci Královéhradeckého kraje v letech 2016–2017



Zdroj: ÚZIS



## 2 Indikátory zdravotního stavu obyvatelstva

### 2.1 Střední délka života (Naděje na dožití)

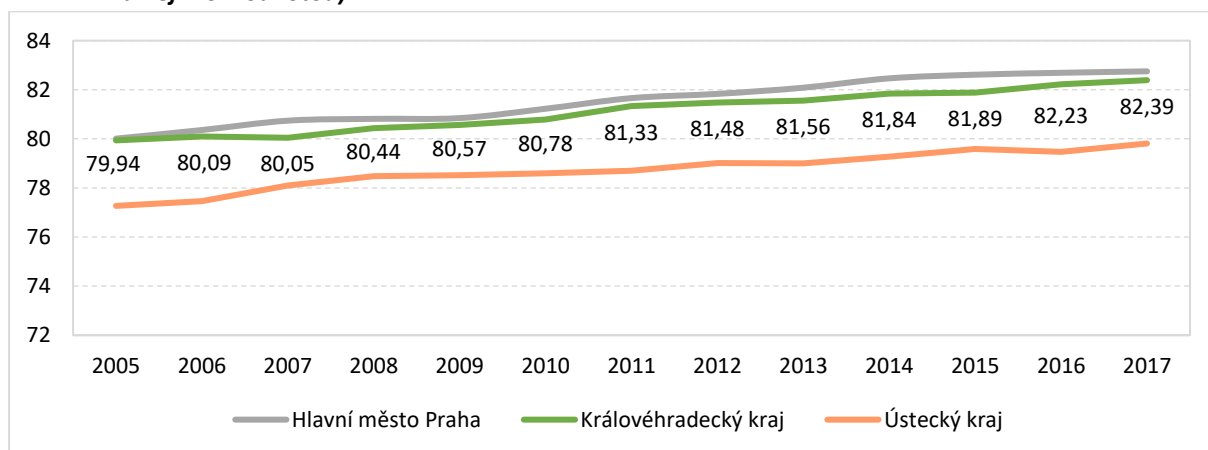
Naděje na dožití, nazývaná též střední délka života, vyjadřuje počet roků, které pravděpodobně prožije osoba v daném věku za předpokladu, že po celou dobu jejího života se nezmění řád vymírání, zjištěný úmrtnostní tabulkou, zkonstruovanou pro daný kalendářní rok nebo jiné delší období. Jedná se o hypotetický údaj, který říká, kolik let by se dožil člověk určitého věku, pokud by úroveň a struktura úmrtnosti zůstala stejná jako v daném roce. Naděje na dožití lze z úmrtnostních tabulek zjistit pro jakýkoliv věk, nejčastěji se setkáváme s nadějí na dožití ve věku 0 (tj. při narození, ve věku 45 a 65 let). Vzhledem k rozdílné úmrtnosti mužů a žen se tyto ukazatele sledují pro každé pohlaví zvlášť.

Věková struktura obyvatelstva je ovlivňována dlouhodobým vývojem především porodnosti a úmrtnosti, Tato situace je dána především nižší porodností a úmrtností a prodlužující se střední délkou života – tedy celkově se zvyšující **nadějí na dožití**.

#### Naděje na dožití při narození

Podle zdrojů Světové zdravotnické organizace z roku 2016 (HFA-DB) nebylo dosud v České republice a ani v Královéhradeckém kraji dosaženo biologického maxima, průměrné hodnoty v původních patnácti zemích EU byly v roce 2013 u žen 84,2 a mužů 79,2 let.

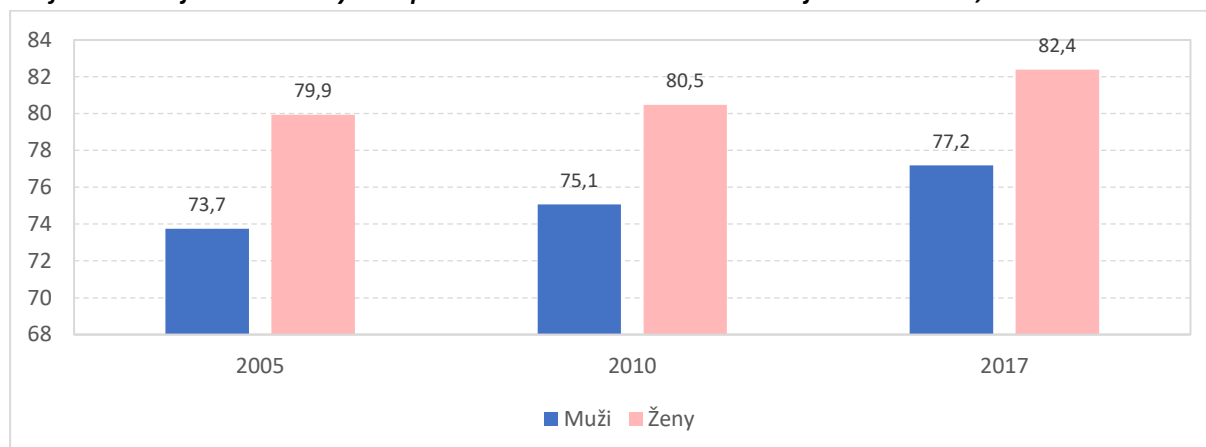
**Graf 18** Vývoj naděje na dožití žen při narození v krajích ČR v období 2005–2017 (srovnání s nejvyšší a nejnižší hodnotou)



Zdroj: ČSÚ, Veřejná databáze

Vývoj naděje dožití při narození nepřímo vyjadřuje změny kvality života, zlepšení zdravotní péče a další trendy rozvoje ekonomiky. Naděje na dožití, především naděje na dožití žen, v České republice dlouhodobě výrazně rostla. Variabilita na regionální úrovni byla minimální, výrazně nižší je pouze v hospodářsky problémových regionech Moravskoslezska, Karlovarska a Ústecka. Naděje na dožití žen v roce 2017 v Královéhradeckém kraji byla 82,4 let, což je čtvrtá nejvyšší hodnota v porovnání s ostatními kraji. Naděje na dožití v kraji navíc dlouhodobě rostla. Naděje na dožití mužů je v kraji o 5,2 roku nižší, než naděje na dožití žen, ovšem tento rozdíl se pomalu snižuje – v roce 2005 činil 6,2 roku.

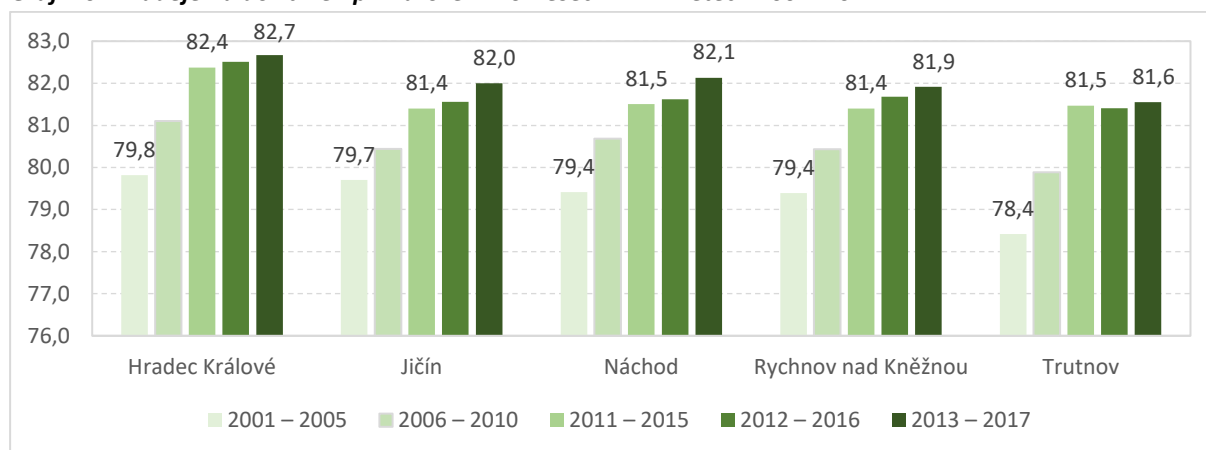
**Graf 19 Naděje na dožití obyvatel při narození Královéhradeckého kraje v letech 2005, 2010 a 2017**



Zdroj: ČSÚ, Statistické ročenky Královéhradeckého kraje

Při srovnání okresů Královéhradeckého kraje jsou patrné rozdíly v naději na dožití žen. Nejvyšší naděje na dožití byla v roce 2016 v okrese Hradec Králové (82,6 let), dále v okrese Jičín (81,7 let), v okresech Náchod a Rychnov nad Kněžnou (81,6 let) a nejnižší v okrese Trutnov (81,5 let). Ve všech okresech se naděje na dožití žen ve sledovaném období zvýšila, její nárůst se pohyboval v rozmezí 2,5 let v okrese Náchod a 3,9 let v okrese Trutnov. Výrazněji rostla naděje na dožití v období 2006–2010 (+ 1,9 let) než v období 2011–2016 (+1,4 let).

**Graf 20 Naděje na dožití žen při narození v okresech KHK v letech 2001–2017**

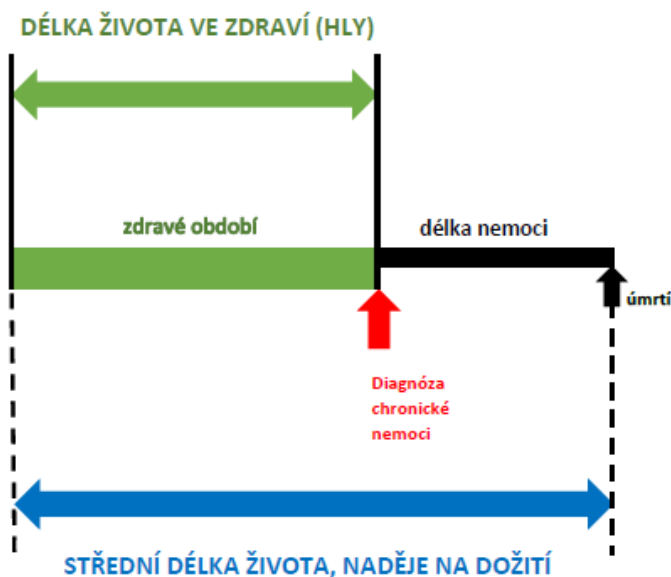


Zdroj: ČSÚ, Statistické ročenky Královéhradeckého kraje

### Délka života ve zdraví

Délka života ve zdraví je ukazatelem, který je kombinováním informací o úmrtnosti a zdravotním stavu. Jednoduchou formou popisuje zdraví populace, vyjadřuje počet let, které v průměru zbývají osobě v určitém věku či při narození k prožití zdraví. Srovnatelnost tohoto indikátoru zdraví není závislá na velikosti populace a její věkové struktuře, indikátor je dobře srovnatelný jak mezi populacemi, tak z hlediska vývoje a času. Cílem je, za použití všech dostupných mechanismů, prodloužit délku zdravého období života a zlepšit navazující péči. Cesta k prodloužení délky života ve zdraví vede přes primární prevenci, ochranu a podporu zdraví a ovlivnění hlavních determinant zdraví (IBM index, stravovací návyky, pohybová aktivita, kouření, alkohol).

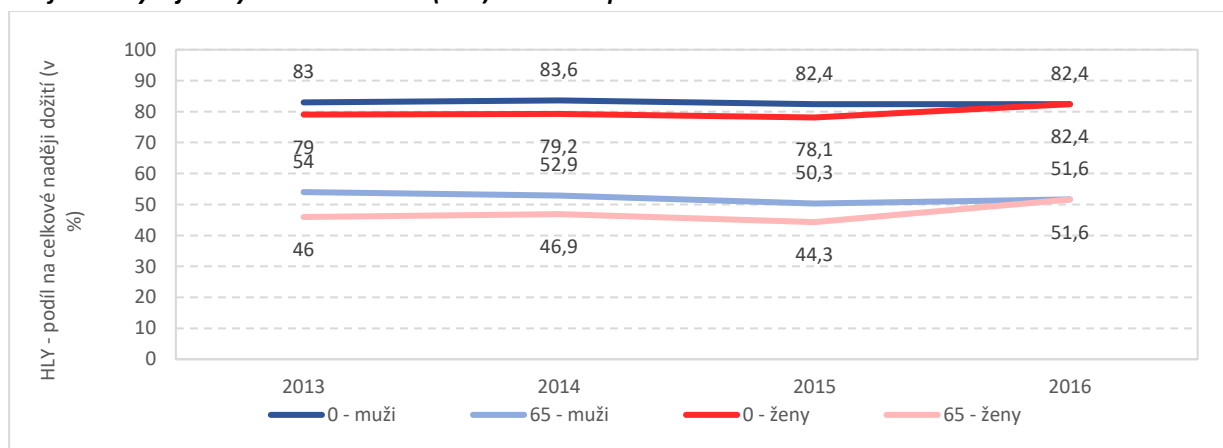
Vztah mezi „nadějí na dožití“ a „délkou života ve zdraví“ zobrazuje následující grafické schéma.



Délku života ve zdraví, tzn. počet let, které jedinec prožije bez dlouhodobého omezení, a její podíl na celkové naději dožití ve věku 0 a 65 let v České republice znázorňuje níže uvedený graf.

Přestože v letech 2013–2017 roste u obou pohlaví střední délka života (naděje na dožití), tak délka života ve zdraví naopak u obou pohlaví pomalu mírně klesá – u žen o 1,3 a u mužů jen o 0,3 roku. Nicméně stále větší část života tedy prožíváme bez zdravotních omezení.

**Graf 21 Vývoj délky života ve zdraví (HLY) v České republice v letech 2013–2016**



Pozn.: Jedná se o údaje založené na mortalitních datech a na datech z výběrového šetření SILC, vypočítáno metodou Eurostatu, na základě otázky na dlouhodobé omezení aktivit (GALI)

Zdroj: Eurostat

Je patrný rozdíl mezi střední délkou života a zdravou délkou života, u žen je vyšší. Existuje zde značný prostor pro intervence v oblasti podpory zdraví všech věkových kategorií, nejen seniorů. Tyto intervence by měly směřovat především do oblastí, které posílí zdravotní stav obyvatel, a tedy i celkovou kvalitu života. Jedná se zejména o tyto aktivity:

- Přiměřená pohybová aktivita
- Správná výživa
- Vhodný denní režim vč. vhodných pracovních aktivit
- Mentální aktivita, duševní aktivita
- Sociální aktivity, vztahy
- Prevence úrazů
- Specifická prevence chronických neinfekčních onemocnění a jejich časná detekce

- Vhodná prevence infekcí
- Zodpovědný přístup k léčbě existujících i nemocnění.

Pro různé věkové skupiny obyvatelstva jsou vhodné a přístupné odlišné formy prevence.

## 2.2 Úmrtnost (mortalita)

Důležitým ukazatelem monitorujícím zdravotní stav obyvatel je počet zemřelých dle vybrané skupiny příčin smrti. Úmrtnost je jedním z klíčových demografických procesů, spolu s porodností představuje základní složku demografické reprodukce populací. Doplněna nemocností je úmrtnost jedním z hlavních ukazatelů vypovídajících o zdravotním stavu populace. Zdravotní stav, nemocnost a úmrtnost jsou determinovány řadou faktorů.

V zásadě je možné vyčlenit 3 hlavní skupiny:

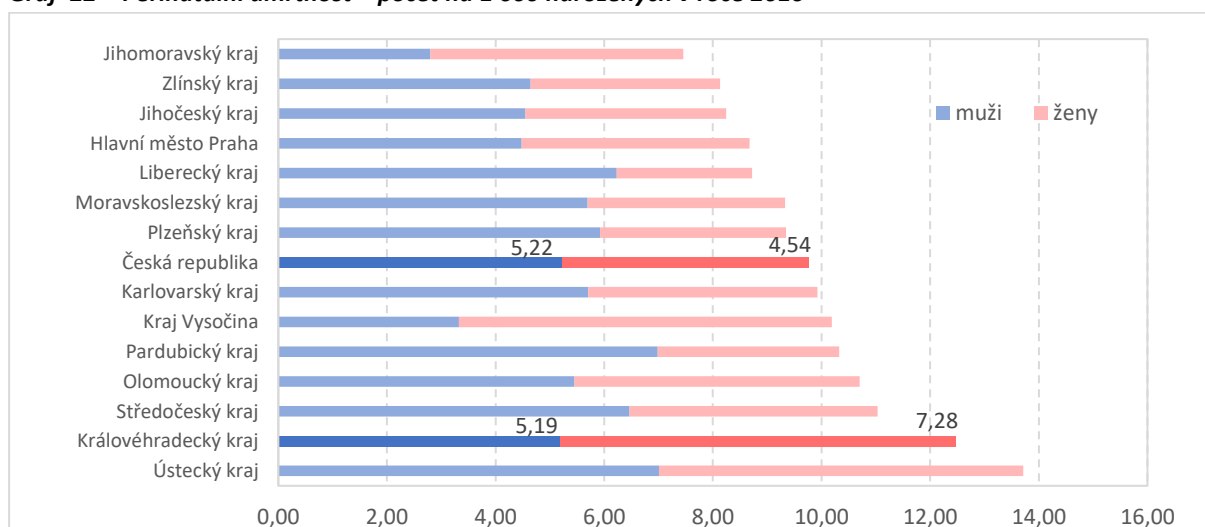
- genetické faktory - např. vyšší úmrtnost mužů (ženy mají nižší úmrtnost a žijí déle, proto studujeme úmrtnost vždy odděleně za jednotlivá pohlaví)
- ekologické faktory - např. klimatické podmínky, životní prostředí
- socioekonomické faktory
  - individuální: životní úroveň, úroveň vzdělání, postoj ke zdraví, péče o vlastní zdraví a využívání preventivních opatření, stravovací návyky, výživa, fyzická aktivita
  - vlivy prostředí: úroveň zdravotnictví, dostupnost a kvalita lékařské péče, rozvoj medicíny a lékařské techniky, systém zdravotní politiky, systém sociálního zabezpečení, ekonomická situace

### Perinatální a novorozenecká úmrtnost

**Perinatální úmrtnost** – počet mrtvě narozených a zemřelých v průběhu prvních šesti dnů života na 1 000 všech narozených (živě i mrtvě). Perinatální úmrtnost je součtem mrtvě narozených dětí a dětí zemřelých do 7 dnů života.

Úroveň perinatální úmrtnosti je v ČR na velmi nízké úrovni. Perinatální úmrtnost se dlouhodobě pohybuje okolo 5 ‰. Královéhradecký kraj v období 2008–2016 dosahoval relativně shodných hodnot perinatální úmrtnosti (4,7 ‰) s průměrnou hodnotou v České republice za stejné období, která činila 4,5 ‰.

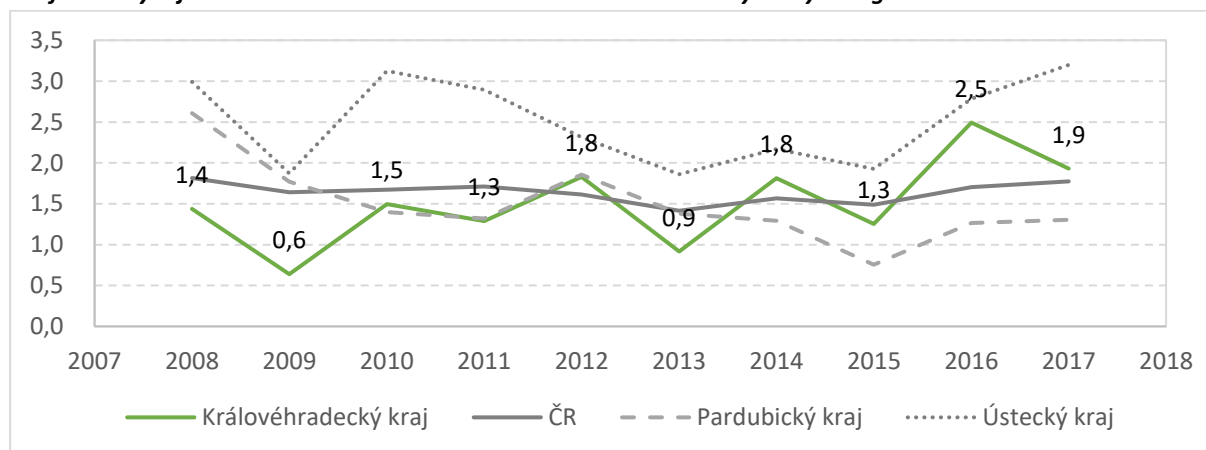
**Graf 22 Perinatální úmrtnost – počet na 1 000 narozených v roce 2016**



Zdroj: ČSÚ a ÚZIS, Demografická ročenka 2017

**Novorozenecká úmrtnost** – intenzita úmrtí živě narozených dětí 7–28 dnů po porodu. K její kvantifikaci slouží kvocient novorozenecké úmrtnosti. Novorozenecká úmrtnost tvoří stěžejní část kojenecké úmrtnosti. V posledních letech celkově klesá novorozenecká úmrtnost a snižuje se tak celkově úroveň kojenecké úmrtnosti. Novorozenecká úmrtnost v Královéhradeckém kraji od roku 2008 opět vykazuje prudké kolísání ve vývoji.

**Graf 23 Vývoj novorozenecké úmrtnosti v letech 2008–2017 ve vybraných regionech ČR**



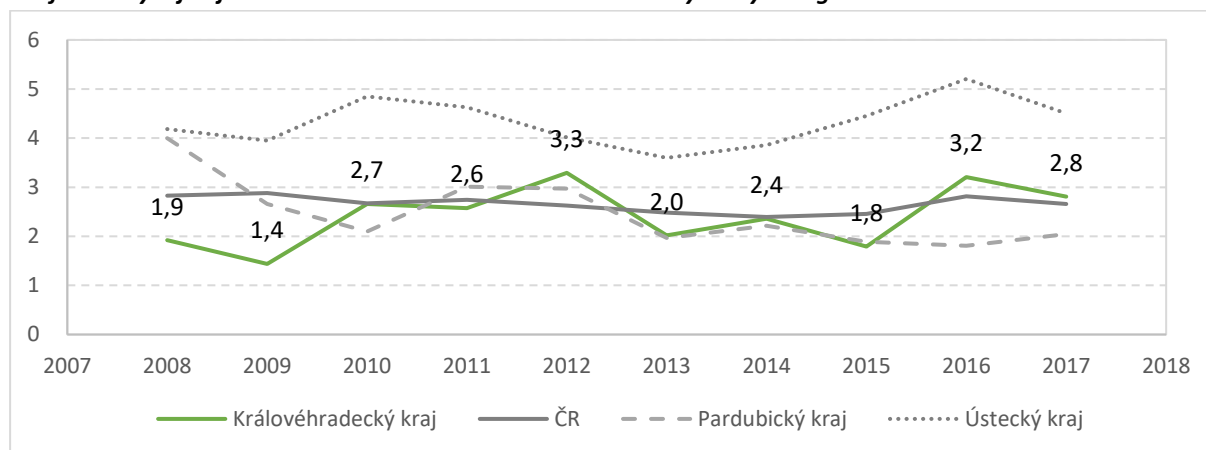
Zdroj: ČSÚ, Demografická ročenka 2017

### Kojenecká úmrtnost

Kojenecká úmrtnost vyjadřuje úmrtnost v prvním roce života, tzn. v průběhu prvních 365 dní života dítěte. Kvocient kojenecké úmrtnosti je definován jako počet zemřelých do 1 roku života na 1 000 živě narozených v daném roce.

Kojenecká úmrtnost dosahuje v České republice dlouhodobě velmi nízkých hodnot. V letech 2008–2017 zemřelo během prvního roku života 2,7 dětí na 1 000 živě narozených. V roce 2017 během tohoto období života zemřelo 2,7 dětí na 1 000 živě narozených a stejně jako v předešlých letech byla pozorována vyšší úmrtnost chlapců než dívek (z biologické podstaty). Nejnižší kojenecká úmrtnost byla zaznamenána v roce 2017 v Pardubickém kraji (2,0 ‰), naopak nejvyšších hodnot dosahovala v kraji Ústeckém (4,5 ‰). Královéhradecký kraj patří navzdory výkyvům způsobeným kolísáním nízkých hodnot mezi kraje s podprůměrnou kojeneckou úmrtností. V roce 2017 dosahovala kojenecká úmrtnost v tomto kraji 2,8 ‰.

**Graf 24 Vývoj kojenecké úmrtnosti v letech 2008–2017 ve vybraných regionech ČR**



Zdroj: ČSÚ, Demografická ročenka 2017

### Nejčastější příčiny kojenecké úmrtnosti

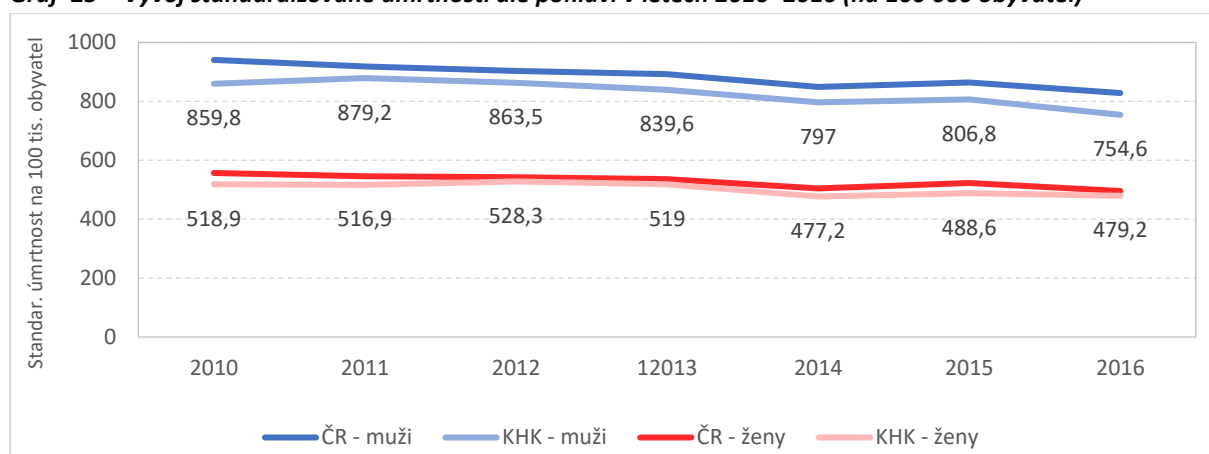
- 60 všech zemřelých do 1 roku (191 kojenců) – respirační poruchy specifické pro perinatální období, krvácivé stavy a hematologické poruchy plodu a novorozence.
- druhou nejčastější příčinou, vyskytující se v 16 úmrtí – vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality (nejčastější diagnózou způsobující úmrtí kojenců jsou vrozené vady oběhové soustavy).
- třetí nejčastější příčinou – příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde

## Standardizovaná úmrtnost celková

Standardizovaná úmrtnost vypovídá o kolik procent je zjištěná úmrtnost větší nebo menší než ve standardní populaci.

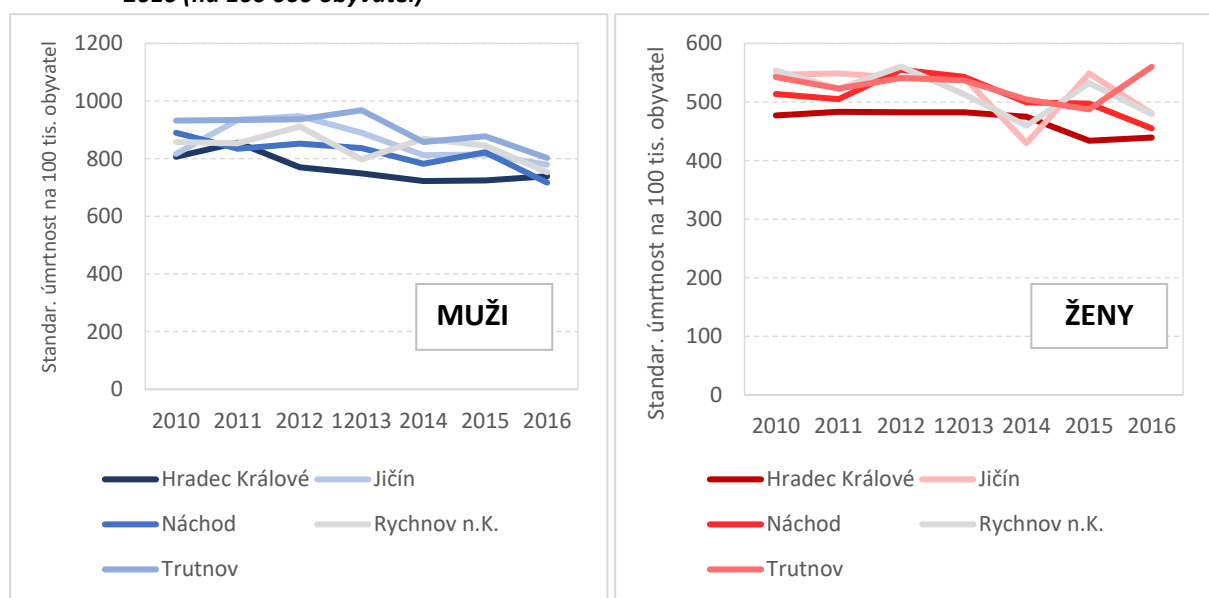
V roce 2016 bylo v populaci České republiky zaznamenáno 107 750 úmrtí, což je přibližně o 3,4 tis. úmrtí méně než v roce předchozím. Pokles o zhruba 3 byl zaznamenán nejen v celkovém počtu zemřelých, ale také v přepočtu na 100 000 obyvatel. Snížila se rovněž hodnota standardizované úmrtnosti (očistěná od vlivu věkové struktury). Zde byl zaznamenán meziroční pokles o zhruba 5. Standardizovaná úmrtnost klesla meziročně u mužů z 864 na 828 úmrtí na 100 tis. obyvatel, u žen byl pokles mírnější a standardizovaná úmrtnost v roce 2016 dosáhla 496 úmrtí na 100 tis. obyvatel. Královéhradecký kraj kopíruje trend ČR, v roce 2016 bylo evidováno 5 681 úmrtí (o 155 úmrtí méně než v roce 2015), standardizovaná úmrtnost v kraji klesla u mužů o 52,2 úmrtí a u žen o 9,4 úmrtí.

**Graf 25** Vývoj standardizované úmrtnosti dle pohlaví v letech 2010–2016 (na 100 000 obyvatel)



Zdroj: ČSÚ, DPS kraj

**Graf 26** Vývoj standardizované úmrtnosti v okresech Královéhradeckého kraje dle pohlaví v letech 2010–2016 (na 100 000 obyvatel)



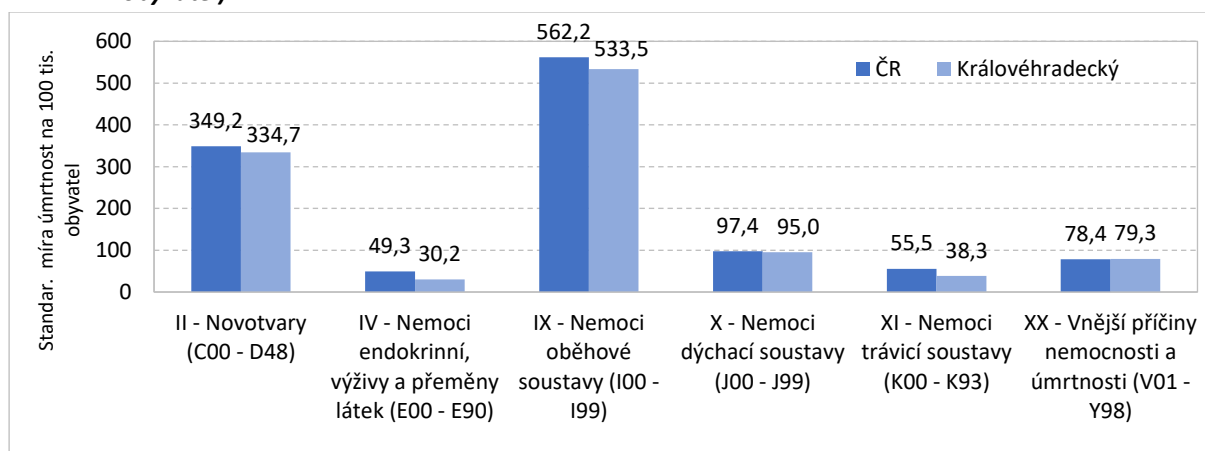
Zdroj: ČSÚ, DPS kraj

## Standardizovaná úmrtnost dle vybraných diagnóz

Nejčastější příčinou smrti byly v ČR i v Královéhradeckém kraji v roce 2016 i nadále u obou pohlaví nemoci oběhové soustavy. Druhou nejčtenější příčinou jsou již dlouhodobě zhoubné novotvary. Třetí nejčastější

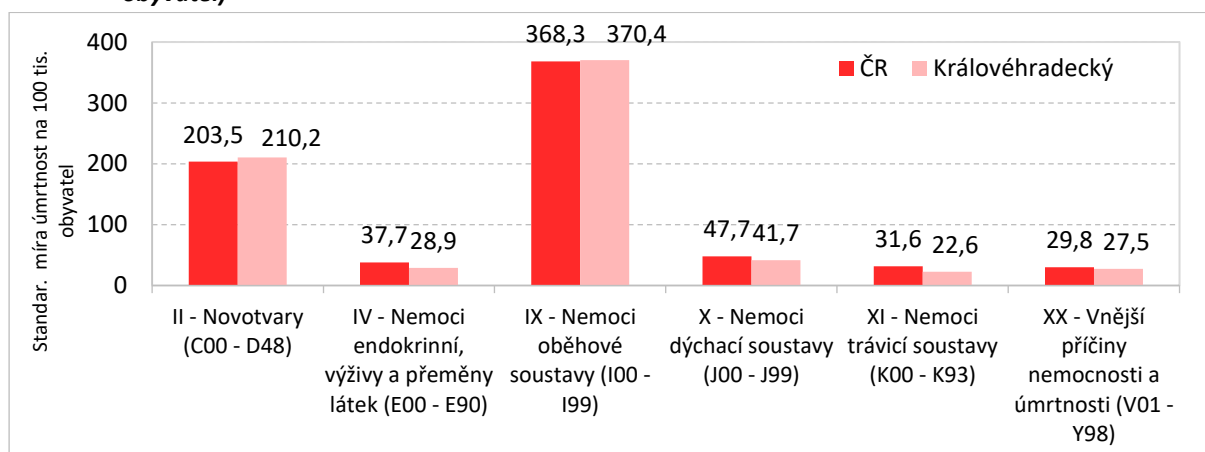
skupinou příčin smrti byly nemoci dýchací soustavy. O něco méně četnou skupinou jsou úmrtí v důsledku vnějších příčin smrti. Královéhradecký kraj kopíruje trend vývoje standardizované úmrtnosti dle diagnózy v ČR.

**Graf 27 Standardizované míry úmrtnosti mužů a vybraných kapitol příčin smrti v roce 2016 (na 100 000 obyvatel)**



Zdroj: ČSÚ, Zemřelí 2016 (Úmrtnost standardizována přímou standardizací na věkovou strukturu celé ČR)

**Graf 28 Standardizované míry úmrtnosti žen a vybraných kapitol příčin smrti v roce 2016 (na 100 000 obyvatel)**

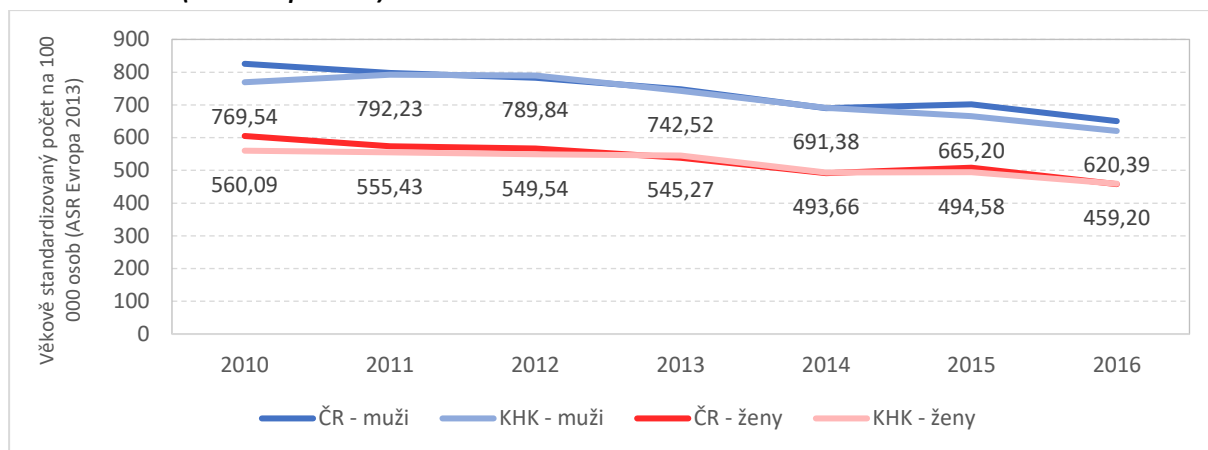


Zdroj: ČSÚ, Zemřelí 2016 (Úmrtnost standardizována přímou standardizací na věkovou strukturu celé ČR)

### Úmrtnost na nemoci oběhové soustavy

Standardizovaná úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění (KVO), neboli onemocnění oběhové soustavy, má v ČR a v Královéhradeckém kraji sestupnou tendenci. V České republice zůstávají kardiovaskulární onemocnění dlouhodobě nejčastější příčinou úmrtí, umírá na ně cca 50 % populace. Za posledních sedm let se podařilo snížit úmrtnost, a to především zásluhou účinnějších diagnostických a terapeutických postupů. Počty úmrtí se v Královéhradeckém kraji v roce 2016 pohybovaly okolo celorepublikového průměru. Kraj zaujímal mezi kraji 5. (muži) a 9. (ženy) místo. Počet úmrtí na kardiovaskulární onemocnění u mužů je výrazně vyšší než u žen.

**Graf 29 Vývoj úmrtnosti na srdeční onemocnění vč. cerebrovaskulárních onemocnění (I00–I99) v letech 2010–2016 (ASR Evropa 2013)**

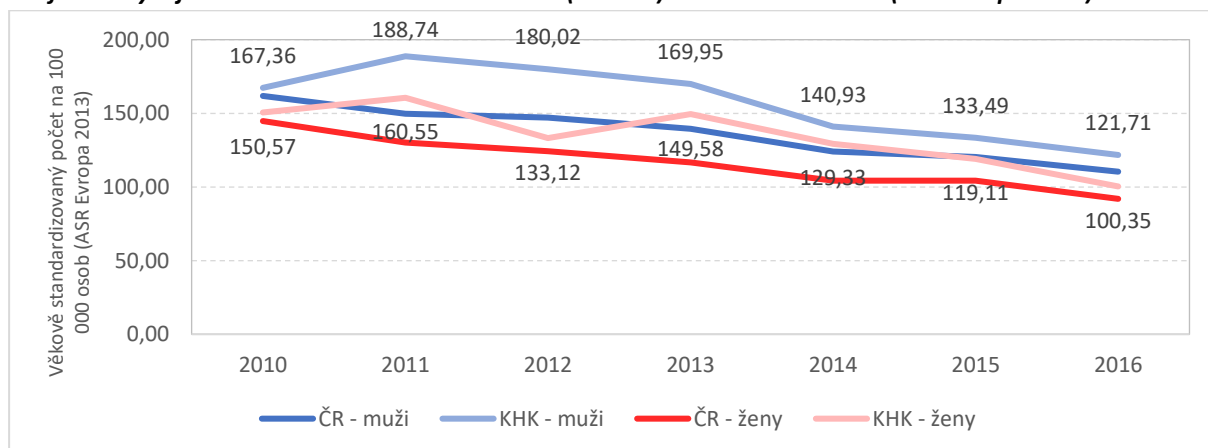


Zdroj: ČSÚ, DPS kraj

### Úmrtnost na cévní nemoci mozku (I60–I69)

Úmrtnost na cévní onemocnění mozku neustále klesá, což souvisí zejména s úspěšnou léčbou a kontrolou vysokého krevního tlaku, díky čemuž dochází ke zmírnění přirozeného průběhu nemoci. Hodnoty za Královéhradecký kraj se od roku 2010 pohybují u obou pohlaví nad hodnotami ČR.

**Graf 30 Vývoj úmrtnosti na cévní nemoci mozku (I60–I69) v letech 2010–2016 (ASR Evropa 2013)**



Zdroj: ČSÚ, DPS kraj

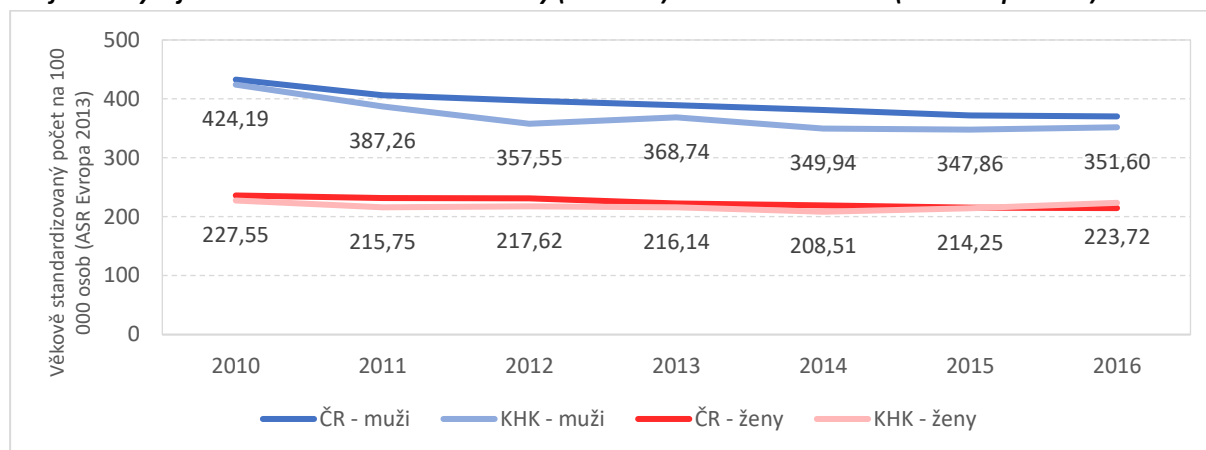
### Úmrtnost na nádorová onemocnění

Úmrtnost na nádorová onemocnění je v České republice u mužů i žen druhou nejčastější příčinou úmrtí. Výskyt nových nádorových onemocnění stále stoupá (incidence zhoubných novotvarů roste), ale úmrtnost zůstává na stejné úrovni. Nejčastější nádorová onemocnění v kraji jsou nádory tlustého střeva a konečníku u obou pohlaví, nádory prsu u žen, u mužů nádory průdušnice, průdušek a plic a nádory prostaty a dále pak kožní nádory (melanomy).

Královéhradecký kraj ve srovnání s ostatními kraji byl v roce 2016 na 6. (muži) a 10. (ženy) místě. Počet úmrtí na nádorová onemocnění u mužů je opět vyšší než u žen. V roce 2016 byla standardizovaná míra úmrtnost u mužů 334,7 a u žen 210,2 úmrtí na 100 000 obyvatel. Hodnoty úmrtnosti v Královéhradeckém kraji jsou u žen v posledních letech srovnatelné s hodnotami v celé ČR, u mužů jsou dlouhodobě pod průměrem ČR.



**Graf 31 Vývoj úmrtnosti na zhoubné novotvary (C00–C97) v letech 2010–2016 (ASR Evropa 2013)**

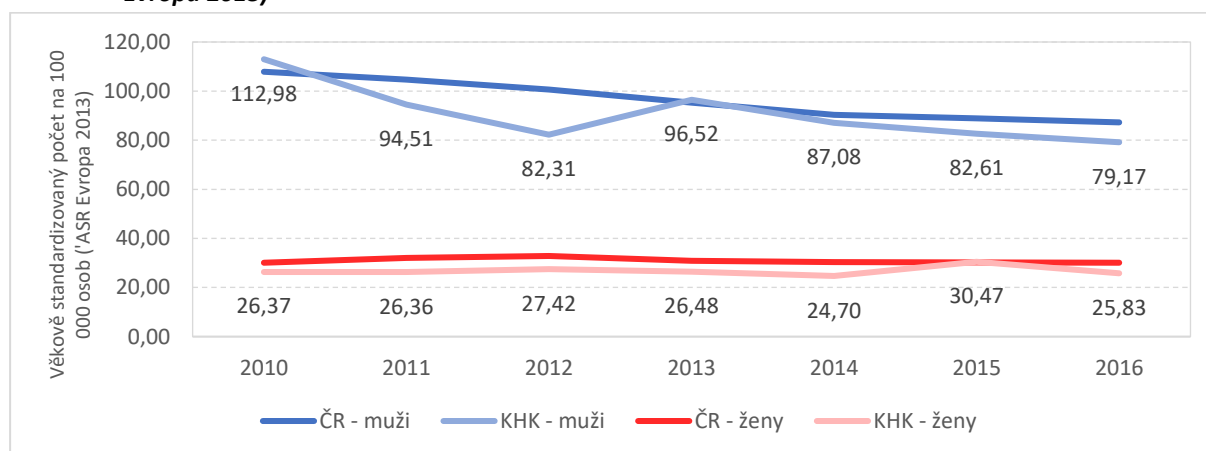


Zdroj: ČSÚ, DPS kraj

### Úmrtnost na nádory hrtanu, průdušnice, průdušek a plic

Výskyt nádorů plic od roku 2016 mírně klesá u mužů i u žen. Úmrtnost na onemocnění dýchacích cest je u žen ve srovnání s muži poloviční (viz graf). Úmrtnost na onemocnění dýchacích cest je u žen ve srovnání s muži poloviční (viz graf). Úmrtnost na zhoubné nádory hrtanu, průdušnice, průdušek a plic má v ČR poměrně setrvalý stav bez velkých výkyvů. V desetiletém průměru byla nejnižší úmrtnost na tyto choroby ve Zlínském kraji (54,89 úmrtí na 100 000 osob) a nejvyšší v kraji Ústeckém (95,88 úmrtí na 100 000 obyvatel) u mužů, u žen byla úmrtnost nejnižší v kraji Vysočina (21,45 úmrtí na 100 000 obyvatel) a nejvyšší v Karlovarském kraji (48,50 úmrtí na 100 000 osob). Královéhradecký kraj zaujímá 6. (muži, 71,91 úmrtí na 100 000 obyvatel) a 5. (ženy, 28,92 úmrtí na 100 000 obyvatel) místo.

**Graf 32 Vývoj úmrtnosti na nádory hrtanu, průdušnice, průdušek a plic (C32–C34) v letech 2010–2016 (ASR Evropa 2013)**

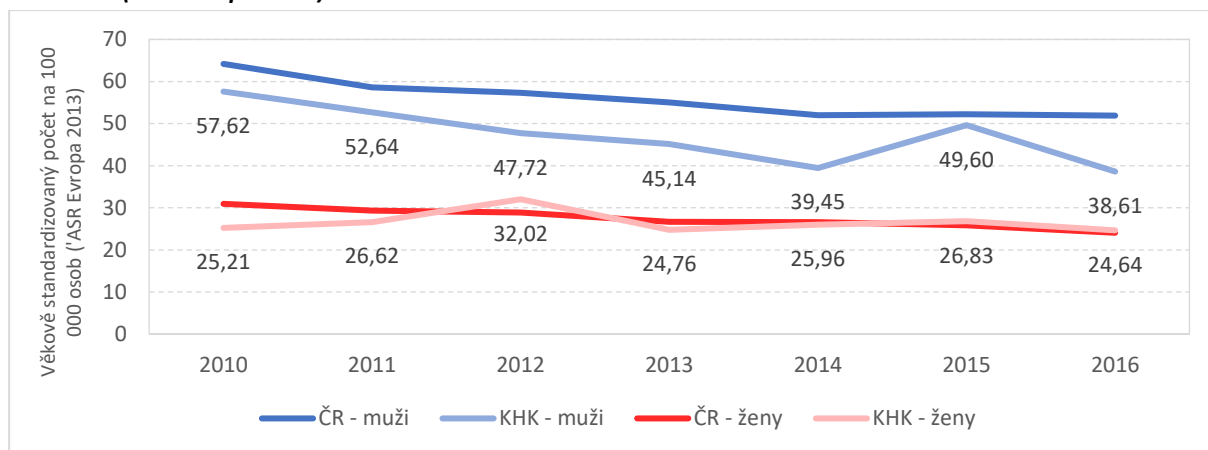


Zdroj: ČSÚ, DPS kraj

### Úmrtnost na nádory tlustého střeva a konečníku (kolorekta)

Trend je stabilní bez ztelných výkyvů, v posledních asi 5 letech dochází u obou pohlaví k mírnému poklesu úmrtnosti. U mužů byla v roce 2016 nejnižší úmrtnost v Královéhradeckém kraji (32,09 úmrtí na 100 000 obyvatel) a nejvyšší v kraji Ústeckém (51,01 úmrtí na 100 000 obyvatel). U žen byla v roce 2016 nejvyšší úmrtnost v Plzeňském kraji (30,54 úmrtí na 100 000 obyvatel), Královéhradecký kraj měl 4. nejvyšší úmrtnost (27,49 úmrtí na 100 000 obyvatel) a nejnižší úmrtnost byla v Moravskoslezský kraj (21,21 úmrtí na 100 000 obyvatel).

**Graf 33 Vývoj úmrtnosti na zhoubný novotvar tlustého střeva a konečníku (C18–C20) v letech 2010–2016 (ASR Evropa 2013)**

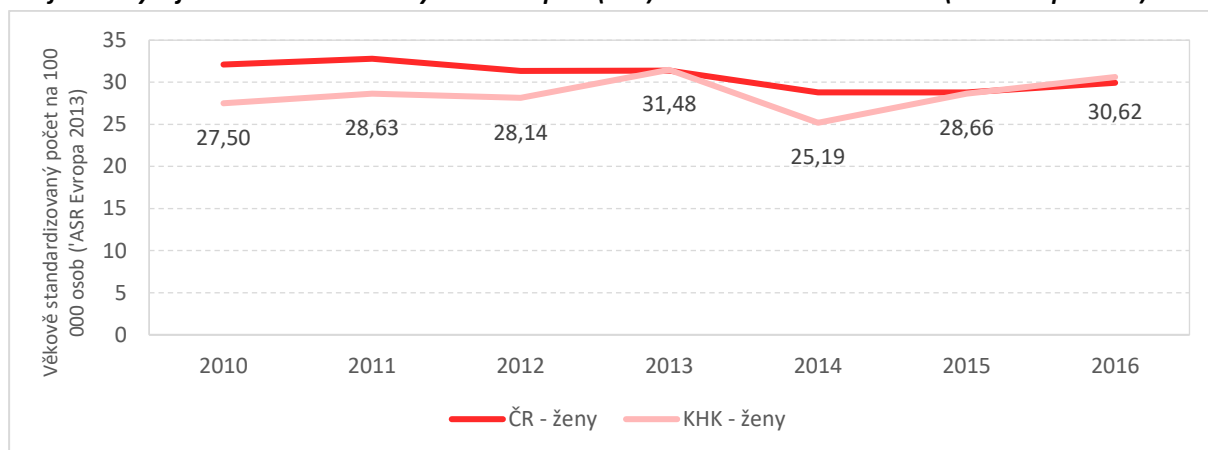


Zdroj: ČSÚ, DPS kraj

### Úmrtnost na nádory prsu u žen

Karcinom prsu se řadí mezi nejčastější nádorové onemocnění a je nejčastější příčinou úmrtí mezi zhoubnými nádory u žen. Královéhradecký kraj v roce 2016 měl 32,85 úmrtí na 100 000 obyvatel (tj. 5. nejvyšší úmrtnost v ČR).

**Graf 34 Vývoj úmrtnosti na zhoubný novotvar prsu (C50) u žen v letech 2010–2016 (ASR Evropa 2013)**



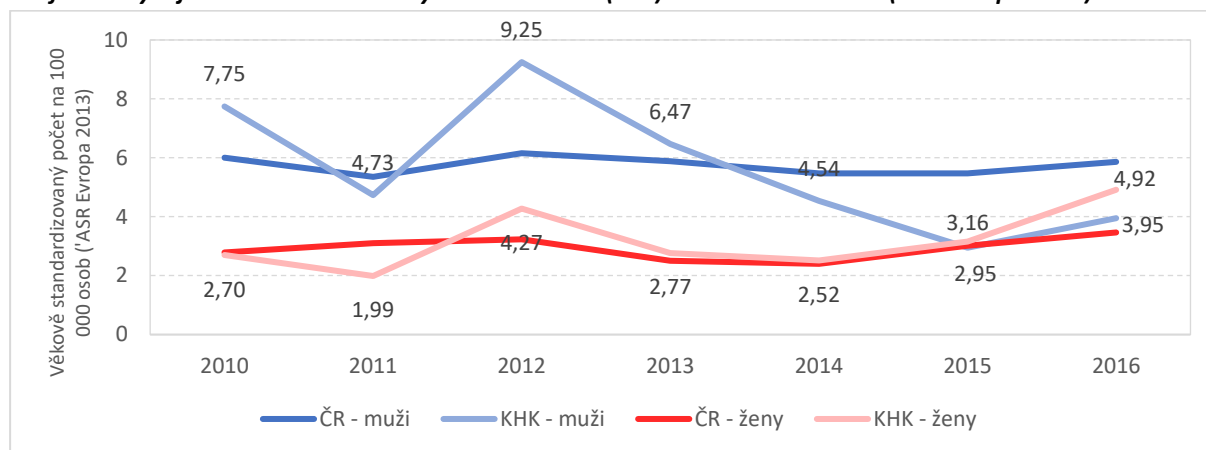
Zdroj: ČSÚ, ÚZIS

### Úmrtnost na nádory kůže

Počet pacientů se zhoubnými nádory kůže roste, za 20 let se podle Národního onkologického registru zdvojnásobil. Nemocných ale díky včasnému odhalení a lepší léčbě umírá téměř stejně. Nejčastěji onemocní lidé ve věku 55 až 59 let. Prvními příznaky jsou změny na mateřských znaménkách na kůži.

V roce 2016 Královéhradecký kraj dosáhl u mužů 3. nejnižší úmrtnosti na zhoubné novotvary kůže (3,69 úmrtí na 100 000 obyvatel, ČR 4,70 úmrtí na 100 obyvatel). Naopak u žen kraj měl nejvyšší úmrtnost mezi kraji a to 5,36 úmrtí na 100 000 obyvatel (ČR 3,61 úmrtí na 100 000 obyvatel).

**Graf 35 Vývoj úmrtnosti na zhoubný melanom kůže (C43) v letech 2010–2016 (ASR Evropa 2013)**



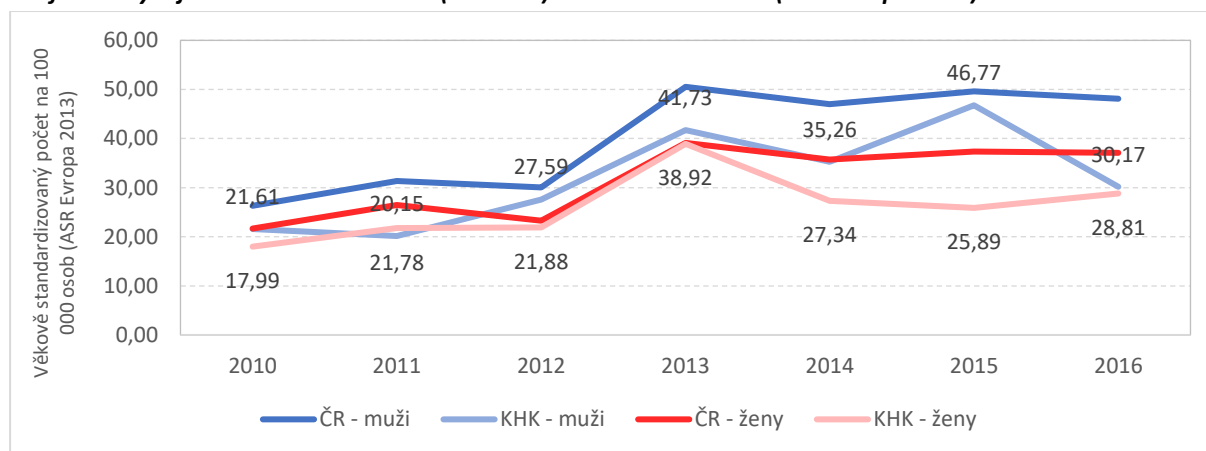
Zdroj: ČSÚ, ÚZIS

### Úmrtnost – diabetes mellitus (E10–E14)

Úmrtnost pacientů s diabetem mellitus v ČR mírně klesá, lze předpokládat, že za absolutním zvýšením počtu nemocných s komplikacemi stojí prodloužení života pacientů s diabetem.

V roce 2016 měl Královéhradecký kraj nejnižší úmrtnost mužů na 100 000 obyvatel mezi regiony ČR (22,87 úmrtí na 100 000 obyvatel, ČR 32,76 úmrtí na 100 000 obyvatel) na diabetes mellitus, u žen měl kraj 3. nejnižší úmrtnost na 100 000 obyvatel (32,14 úmrtí na 100 000 obyvatel, ČR 38,44 úmrtí na 100 000 obyvatel).

**Graf 36 Vývoj úmrtnosti na diabetes (E10–E14) v letech 2010–2016 (ASR Evropa 2013)**

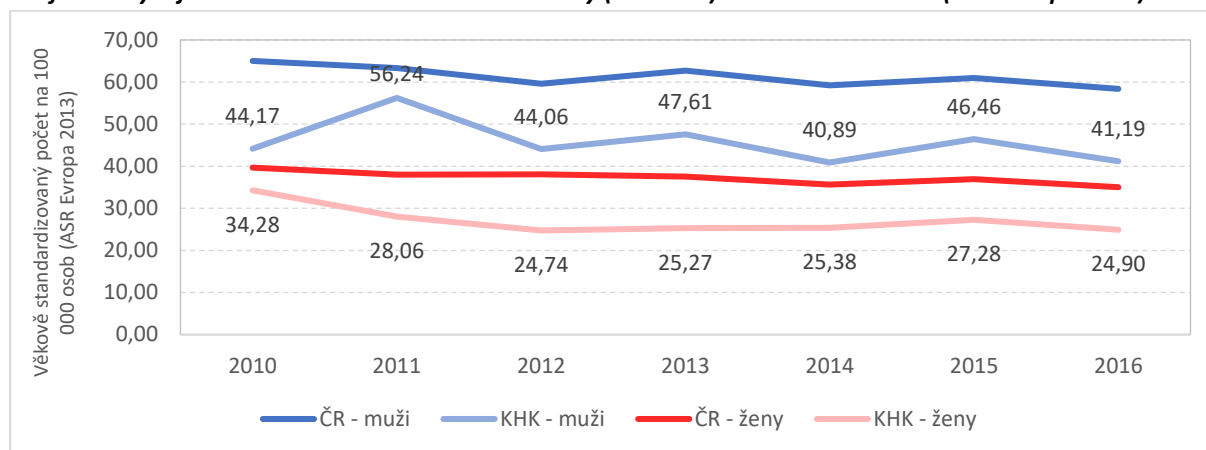


Zdroj: ČSÚ, ÚZIS

### Úmrtnost na nemoci trávicí soustavy (K00–K93)

Královéhradecký kraj se již dlouhodobě v rámci úmrtnosti na nemoci trávicí soustavy pohybuje pod průměrem ČR, a to jak u mužů, tak i u žen. Královéhradecký kraj v roce 2016 dosáhl 2. nejnižší úmrtnosti na nemoci trávicí soustavy na 100 000 obyvatel mezi regiony ČR (za obě pohlaví 31,02 úmrtí na 100 000 obyvatel, ČR 42,71 úmrtí na 100 000 obyvatel).

**Graf 37 Vývoj úmrtnosti na nemoci trávicí soustavy (K00–K93) v letech 2010–2016 (ASR Evropa 2013)**

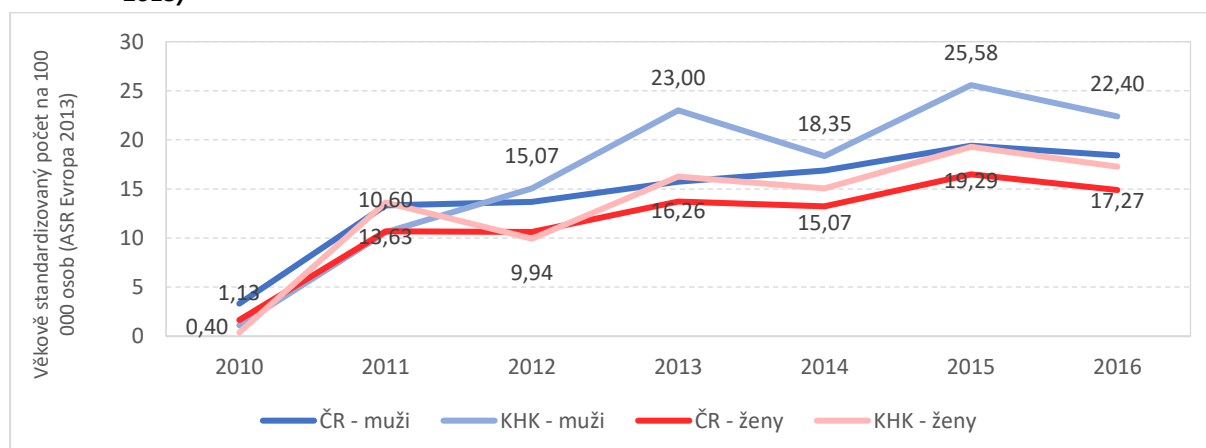


Zdroj: ČSÚ, ÚZIS

### Úmrtnost na poruchy duševní a poruchy chování (F00–F99)

Celková úmrtnost na 100 000 obyvatel, tj. za obě pohlaví, dosáhla v roce 2016 v Královéhradeckém kraji hodnoty 16,51 úmrtí na 100 000 obyvatel, což představuje 2. nejvyšší úmrtnost na 100 000 obyvatel v ČR (13,35 úmrtí na 100 000 obyvatel). U mužů to potom byla 3. nejvyšší a u žen 2. nejvyšší úmrtnost na 100 000 obyvatel.

**Graf 38 Vývoj úmrtnosti na poruchy duševní a poruchy chování (F00–F99) v letech 2010–2016 (ASR Evropa 2013)**



Zdroj: ČSÚ, ÚZIS

## 2.3 Nemocnost (morbidita)

Nemocnost je další důležitý ukazatel zdravotního stavu obyvatelstva. Udává jak často a čím lidé onemocní. Nejčastěji se vyjadřuje jako **incidence**, což je počet nově vzniklých (nebo hlášených, registrovaných apod.) onemocnění za určité období vztahený na daný počet obyvatel. Dalším ukazatelem je **prevalence**, která udává počet všech případů daného onemocnění za určité období, vztahený na daný počet obyvatel. Oba ukazatelé jsou relativní čísla, vhodná pro vzájemná srovnávání nemocnosti. Pro srovnávání je nutné ještě hodnoty standardizovat, což je matematické vyrovnání věkových rozdílů obyvatel ve srovnávaných územích. Ukazatelem, který vyjadřuje závažnost nemocí a nutnost péče v nemocnici, je **počet hospitalizovaných osob** (tzv. hospitalizovanost) na určité onemocnění v přepočtu na 100 000 obyvatel. Tyto počty však ovlivňují i další faktory, zejména samotná úroveň zdravotnických zařízení, jejich kvalita a dostupnost v daných územích. Údaje se vážou na místo bydliště nemocného, nikoliv na místo hospitalizace.

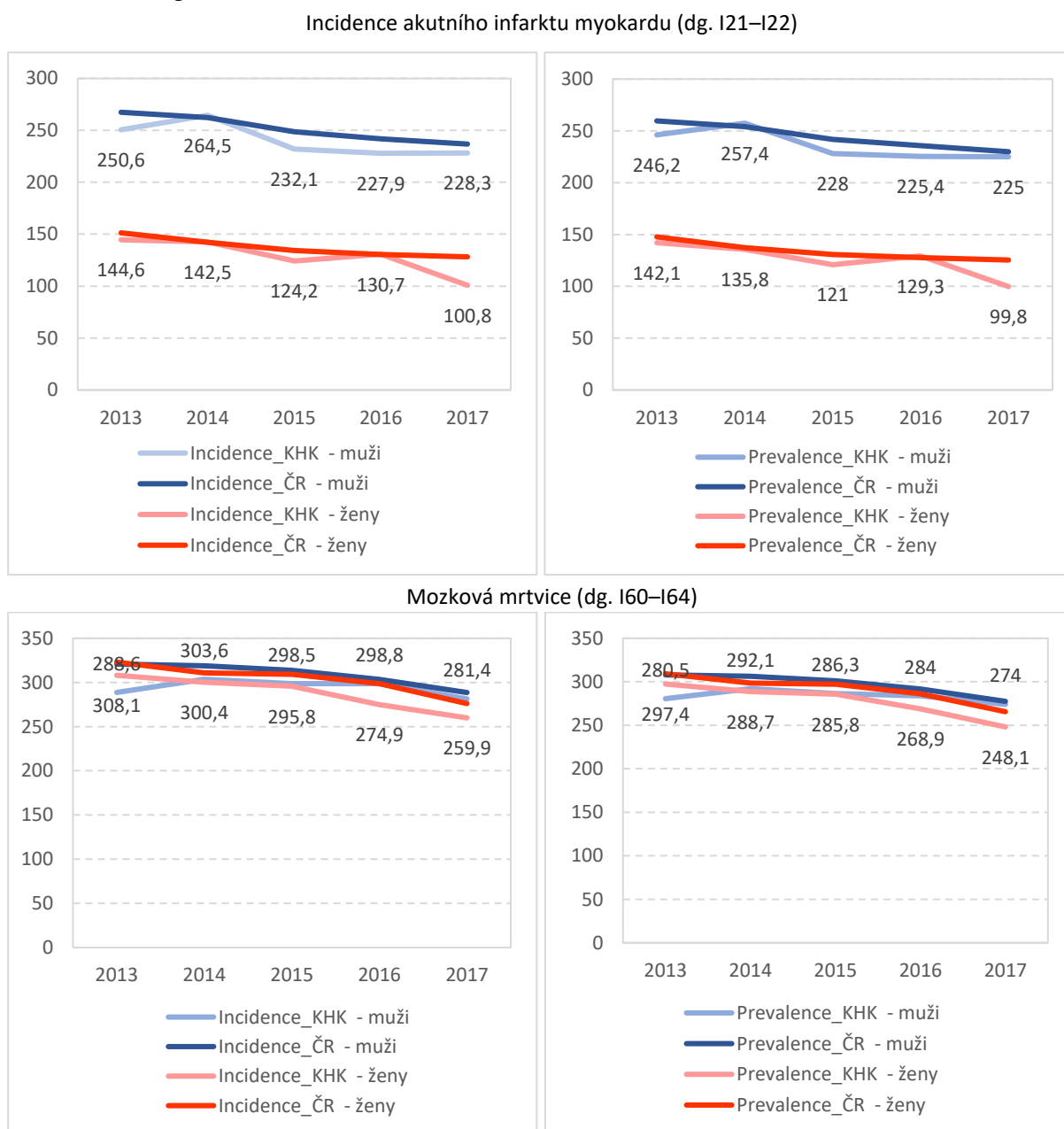
## Incidence, prevalence dle vybraných diagnóz

### Nemoci oběhové soustavy

Nemoci oběhové soustavy (nemoci srdce a cév, srdečně cévní onemocnění) jsou choroby postihující srdce a cévní řečiště (I00–I99). Skupinu nemocí lze dále v nejjednodušším členění rozdělit na nemoci srdce, tzv. kardiovaskulární onemocnění (dg. I00–I52), cévní onemocnění mozku, tzv. cerebrovaskulární onemocnění (dg. I60–I69), nemoci periferních tepen a žil (dg. I70–I87) a ostatní nemoci oběhové soustavy. K nejzávažnějším nemocem srdce a cév z hlediska rozšíření v populaci, míry hospitalizace, invalidity a úrovně úmrtnosti patří ischemické nemoci srdeční (dále ICHS) a cévní mozková příhoda.

V roce 2017 v incidenci (počet nově vzniklých nebo hlášených, registrovaných onemocnění.) nemocí oběhové soustavy (I21–I22, I60–I64) na 100 000 obyvatel Královéhradecký kraj kopíroval trend ČR jak u mužů, tak i u žen. V intervalové prevalenci byla situace stejná.

**Graf 39 Incidence a prevalence nemocí oběhové soustavy v období 2013–2017 na 100 000 obyvatel –dg. I21–I22 a dg. I60–I64**



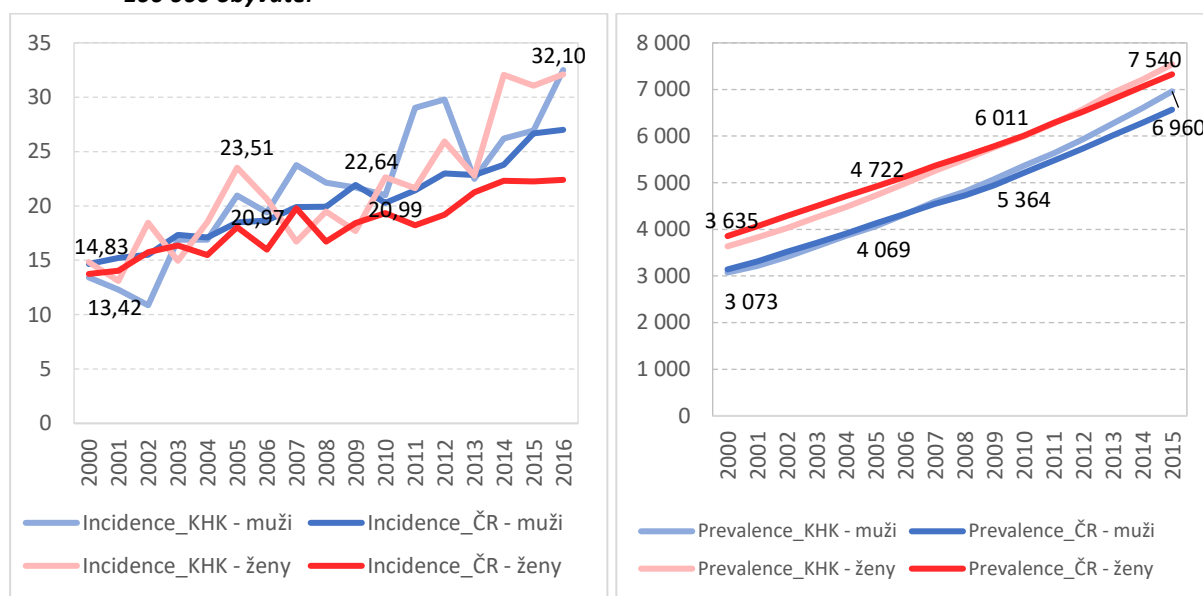
Zdroj: ÚZIS

## Zhoubné novotvary

Rostoucí počet hlášených případů částečně souvisí se stárnutím populace ČR (viz text výše). Věk je jedním z hlavních rizikových faktorů, dalšími možnými vlivy jsou vyšší výskyt fyzikálních a chemických kancerogenů (znečištěné životní prostředí a změny životního stylu), zlepšená diagnostika zhoubných novotvarů a celková kvalita lékařské péče. V rámci zlepšené diagnostiky mohou být příčinou vyššího počtu hlášených zhoubných nádorů i programy celoplošných onkologických screeningů. Mamografický screening (rakovina prsu u žen) byl v ČR oficiálně zahájen v roce 2002, cervikální screening (rakovina děložního hrdla) v roce 2008 a screening kolorektálního karcinomu v roce 2009.

V roce 2015 v incidenci (počet nově vzniklých nebo hlášených, registrovaných onemocnění.) všech zhoubných novotvarů (C00–C97) na 100 000 obyvatel Královéhradecký kraj zaujímal mezi regiony ČR u mužů 1. místo a u žen 2. místo. V intervalové prevalenci zhoubných novotvarů (C00–C97) na 100 000 obyvatel v roce 2015 Královéhradecký kraj u mužů je 10. a u žen na 8. místě mezi regiony ČR.

**Graf 40** Incidence a prevalence zhoubných novotvarů (C00–C97) v období 2000–2016 (prevalence 2015) na 100 000 obyvatel



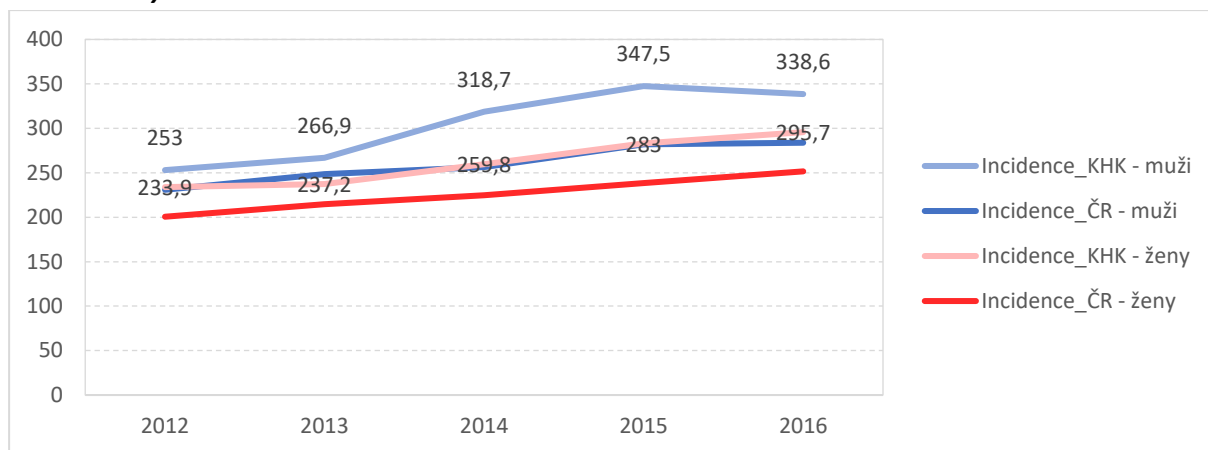
Zdroj: ČSÚ, ÚZIS

## Ne-melanomový kožní zhoubný novotvar (C44)

Nejčastěji diagnostikovaným onkologickým onemocněním je „jiný zhoubný novotvar kůže (C44)“, pod tuto diagnózu spadají histologicky především bazaliomy a spinocelulární karcinomy. V roce 2016 bylo v Královéhradeckém kraji hlášeno celkem 1 746 případů (ČR 28 251 nádorů), což představuje cca třetinu všech hlášených případů ZN v daném roce. Míra incidence je tradičně vyšší u mužů – KHK 338,6 na 100 000 mužů (ČR 283,8 na 100 000 mužů) než u žen – KHK 295,7 na 100 000 žen (ČR 251,6 na 100 000 mužů). Královéhradecký kraj je dlouhodobě nad průměrem ČR.

Rizikovými faktory pro tyto nádory jsou, kromě mužského pohlaví, věk jedince, světlý fototyp a zejména dlouhodobá kumulativní expozice slunečnímu záření (UVB složka). Primární prevencí proti rakovině kůže je především používání vhodné ochrany proti slunci a v rámci screeningu vizuální vyšetřování kůže.

**Graf 41 Incidence zhoubných novotvarů – jiný zhoubný novotvar kůže (C44) v období 2012–2016 na 100 000 obyvatel**

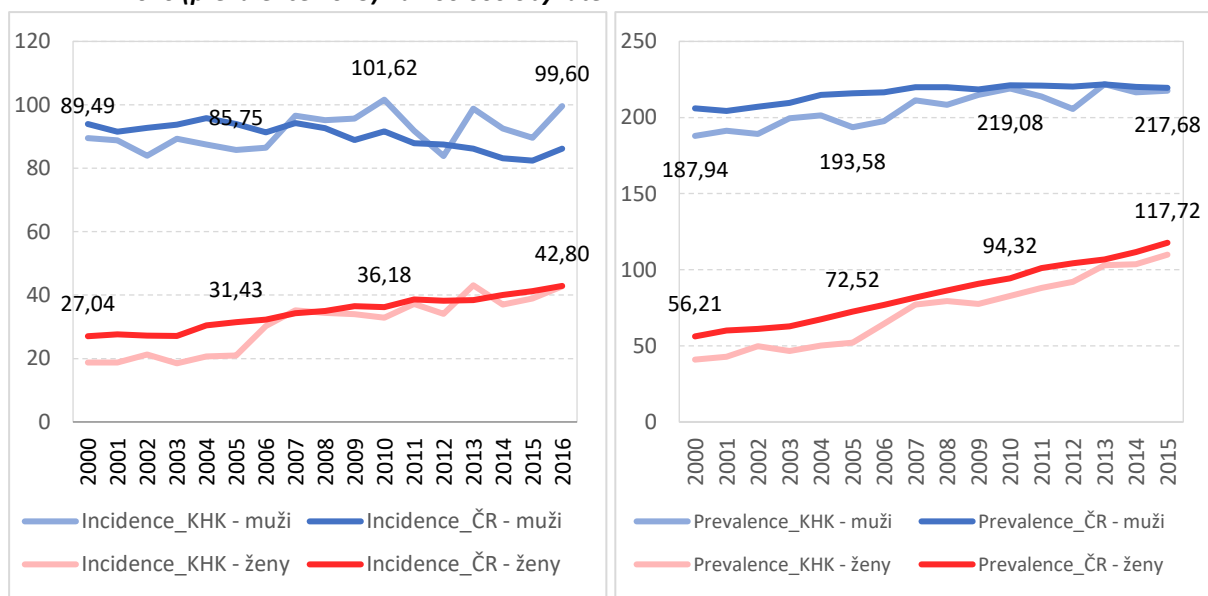


Zdroj: ÚZIS – Novotvary (publikace 2016, 2015, 2014 a 2012-2013)

### Zhoubné novotvary průdušnice, průdušek a plic (C33–C34)

Z hlediska četnosti výskytu patří v České republice zhoubný nádor průdušnice, průdušek a plic (dg. C33–C34) spolu se zhoubným nádorem kolorekta (C18–C20) k nejčastějším onkologickým diagnózám. V roce 2016 bylo v Královéhradeckém kraji hlášeno celkem 390 případů nádorů této lokalizace (pokles oproti roku 2015). I u tohoto typu nádoru v ČR i Královéhradeckém kraji převažuje výskyt u mužů (ČR 86,2 a KHK 99,6 případů na 100 000 mužů) v porovnání s výskytem u žen (ČR 42,9 a KHK 42,8 případů na 100 000 žen). Většina množství případů je zjištěna v pokročilém stadiu. Závažnost onemocnění ukazuje i fakt, že u obou pohlaví byl ZN plic v rámci onkologických diagnóz nejčastější příčinou úmrtí.

**Graf 42 Incidence a prevalence zhoubných novotvarů hrtanu, průdušnice, průdušek a plic v období 2000–2016 (prevalence 2015) na 100 000 obyvatel**

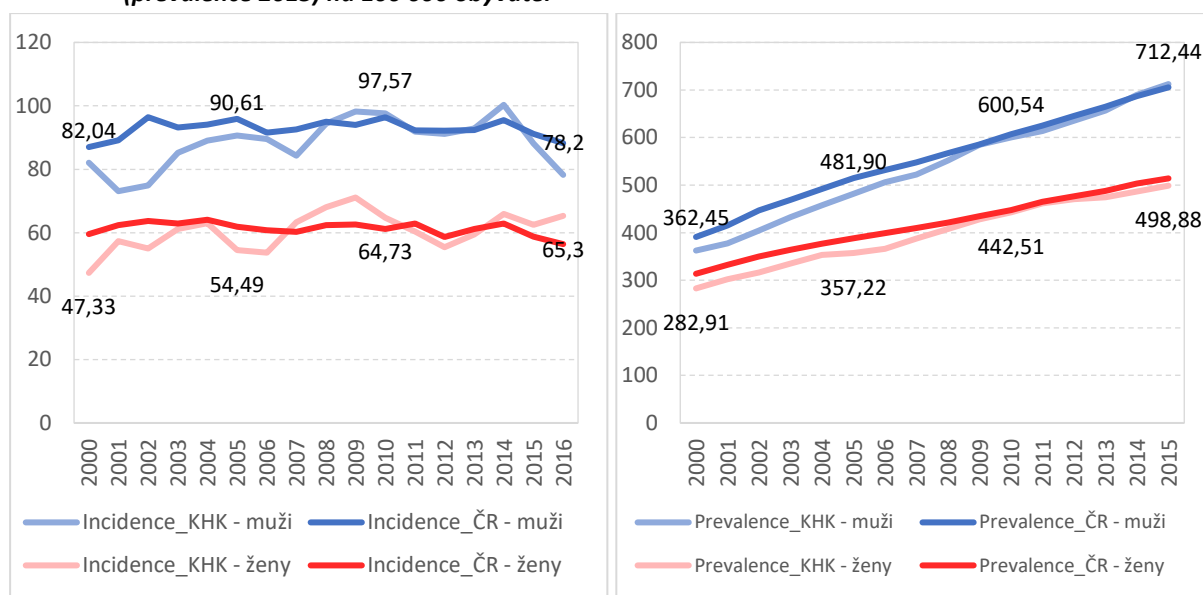


Zdroj: ČSÚ, ÚZIS

### Zhoubné novotvary tlustého střeva a konečníku (kolorekta) (C18–C20)

V roce 2016 bylo Královéhradeckém kraji hlášeno 395 ZN kolorekta (mírný absolutní pokles oproti předchozímu roku). Z toho bylo 212 případů u mužů (tj. 78,2 případů na 100 000 mužů) a 183 případů u žen (tj. 65,3 případů na 100 000 žen). U obou pohlaví je tak ZN kolorekta, po vyloučení „jiného zhoubného novotvaru kůže“ (dg. C44), druhou nejčastější onkologickou diagnózou po karcinomu prostaty u mužů a po karcinomu prsu u žen.

**Graf 43 Incidence a prevalence zhoubných novotvarů tlustého střeva a konečníku v období 2000–2016 (prevalence 2015) na 100 000 obyvatel**



Zdroj: ČSÚ, ÚZIS

### Screeningový program karcinomu tlustého střeva a konečníku (C18–C20)

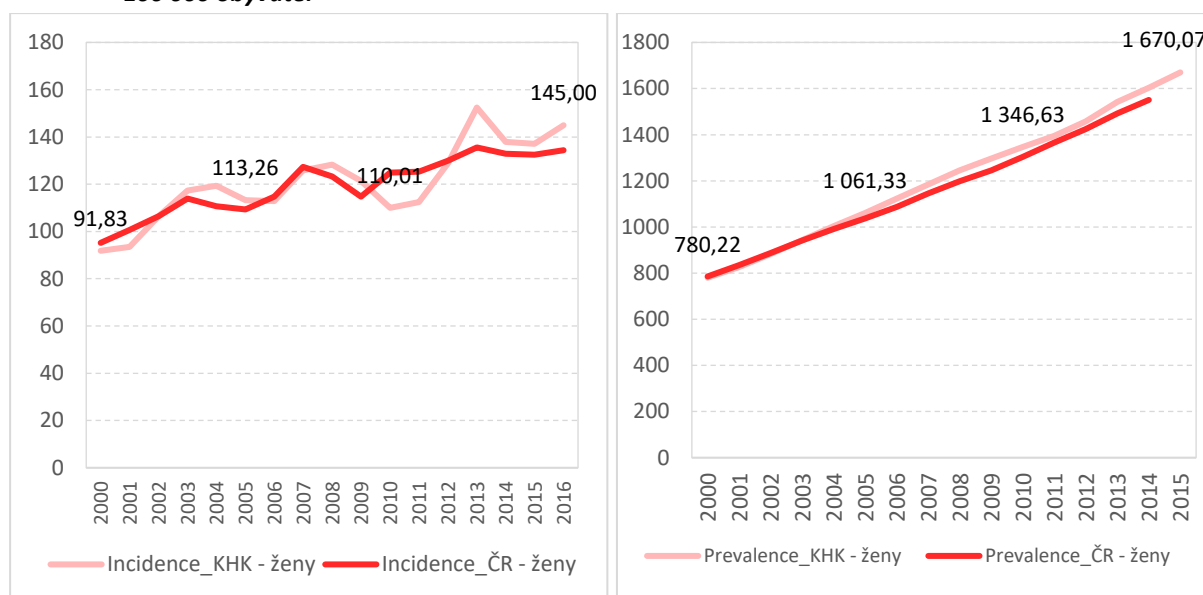
V roce 2016 Královéhradecký kraj patřil mezi regiony s průměrnou zátěží a na jedno screeningové centrum připadalo 19 826 osob z cílové populace (ČR 20 547 obyvatel). Počet screeningových výkonů po zavedení adresného zvaní v roce 2014 vzrostly (nárůst v kraji cca o 20 %). Nejvyšší pokrytí screeningem lze sledovat u věkové skupiny 55–69 let (ČR 34,6 %, KHK 35,9 %) a Královéhradecký kraj dosahuje průměrné hodnoty pokrytí jak na úrovni krajů, tak i v jednotlivých okresech. Ve využití screeningové kolonoskopie je Královéhradecký kraj na prvním místě v ČR (48 vyšetření na 10 000 osob v r. 2016). V roce 2016 bylo nejvyšší pokrytí v okrese Rychnov nad Kněžnou (34,8 %, v ČR 29,9 %), nejnižší v okrese Jičín (24,0 %), ostatní okresy kraje dosahovaly průměrné hodnoty pokrytí. Incidence kolorektálního karcinomu se stabilizovala a současně dochází k setrvalému snižování úmrtnosti (za poslední dekádu ČR snížení o 24 %, KHK o 18 %).

### Zhoubné novotvary prsu u žen (C50)

Nejčtenějším onkologickým onemocněním žen v Královéhradeckém kraji (s výjimkou dg. C44 ne-melanomový kožní ZN) byl i v roce 2016 ZN prsu (dg. C50) při 406 zjištěných nových případech (145,0 případů na 100 000 žen). Přestože je léčba karcinomu prsu zvláště v raných stádiích velmi úspěšná, zůstává ZN prsu i nadále jednou z nejčastějších onkologických příčin úmrtí u žen. U karcinomu prsu je screeningový program (mamografický screening) prokázaným nástrojem vedoucím ke snížení mortality onemocnění v populaci. Královéhradecký kraj zaujímal v incidenci zhoubných novotvarů prsu u žen 10. místo mezi regiony a je mírně nad průměrem ČR.



**Graf 44 Incidence a prevalence – zhoubný novotvar prsu (C50) v období 2000–2016 (prevalence 2015) na 100 000 obyvatel**



Zdroj: ČSÚ, ÚZIS

#### Screeningový program karcinomu prsu (C50)

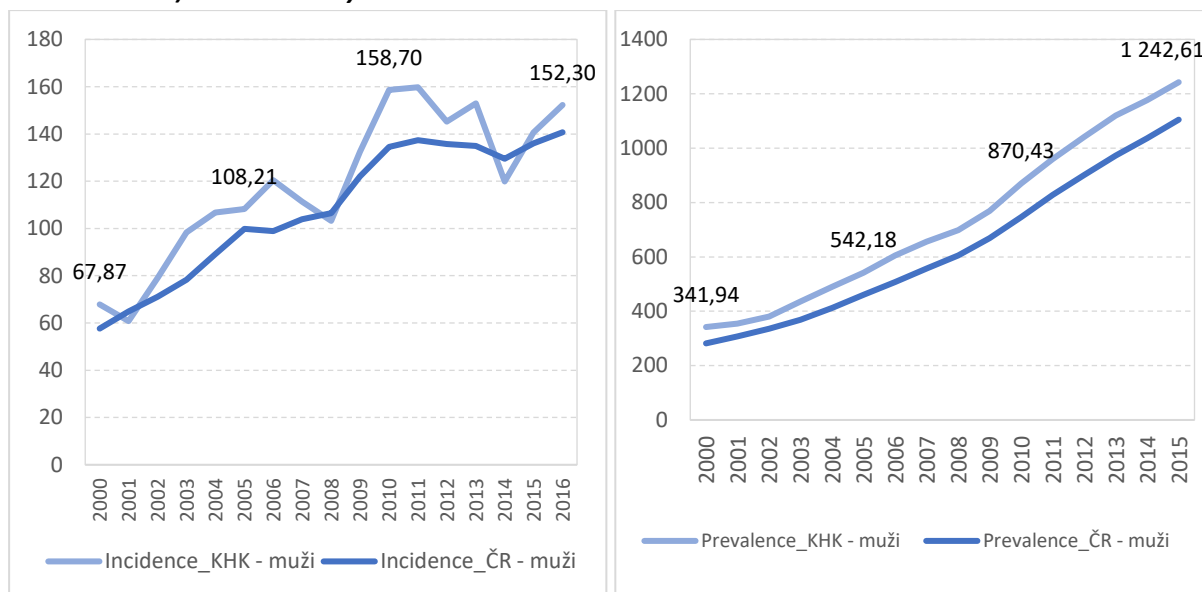
V Královéhradeckém kraji funguje několik screeningových center a patří mezi regiony s nejnižší zátěží a na jedno centrum připadá 22 754 osob z cílové populace (ČR připadá 34 739 obyvatel). Počet screeningových mamografií v čase v ČR roste, avšak v Královéhradeckém kraji za poslední dva roky klesl o 6,4 %. Nejvyšší pokrytí screeningem lze sledovat u věkové skupiny 45–69 let (ČR 61,4 %, KHK 59,1 %) a Královéhradecký kraj dosahuje průměrné hodnoty pokrytí v regionálním srovnání. Nejnižší pokrytí je v okrese Trutnov (44,3 %), ostatní okresy kraje dosahují průměrné hodnoty pokrytí. Incidence karcinomu prsu v čase roste, avšak dochází k setrvalému snižování úmrtnosti (za poslední dekádu ČR snížení o 18 %, KHK o 6 %).

#### Zhoubný novotvar prostaty (C61)

Nejčastějším zhoubným nádorem mužů (s výjimkou dg. C44) je od roku 2005 ZN prostaty (dg. C61). V roce 2016 bylo hlášeno v Královéhradeckém kraji 413 případů ZN prostaty (ČR 7 305 případů, nárůst oproti předešlému roku), v přepočtu na obyvatele se jednalo o 152,3 případů na 100 000 mužů (ČR 140,7 případů na 100 000 mužů).

Vyšší výskyt nádorů prostaty je vysvětlován jak stárnutím populace, tak i nárůstem rutinního preventivního vyšetřování u starších mužů. Screening na časně fáze nádoru prostaty je vhodné provádět od 50 let věku.

**Graf 45 Incidence a prevalence – zhoubný nádor prostaty u mužů (C61) v období 2000–2016 (prevalence 2015) na 100 000 obyvatel**

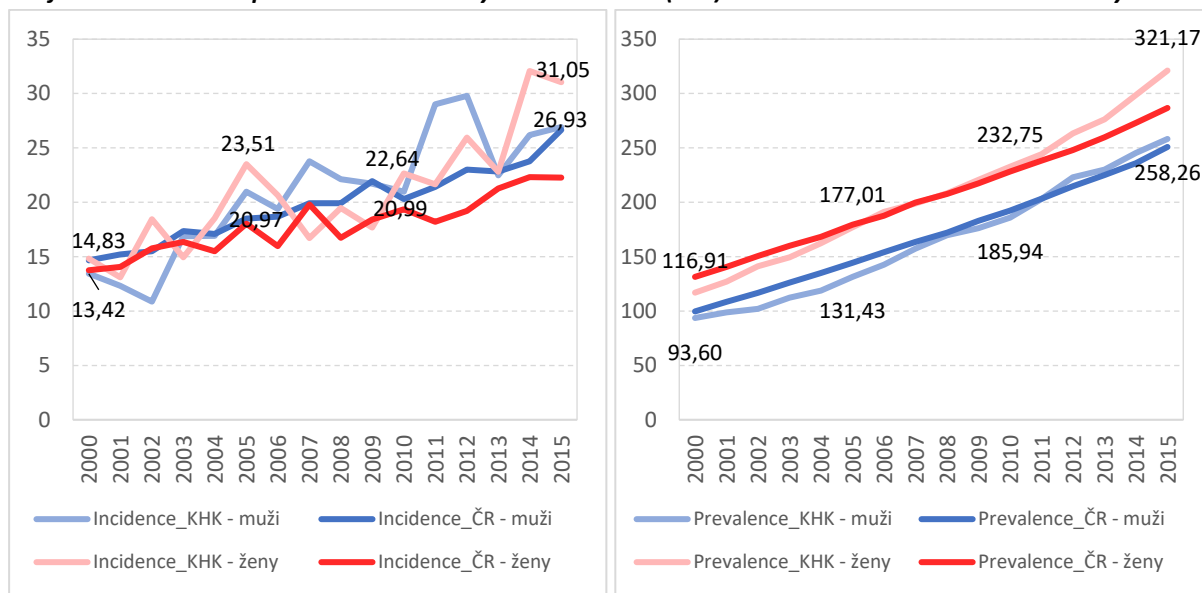


Zdroj: ČSÚ, ÚZIS

### Zhoubný melanom kůže (C43)

V roce 2015 Královéhradecký kraj zaujímal incidenci zhoubných melanomů kůže celkově 10. místo mezi regiony (29,02 případů na 100 000 obyvatel, ČR 24,42 případů na 100 000 obyvatel), avšak velký rozdíl je u jednotlivých pohlaví. U mužů to bylo 26,93 případů na 100 000 obyvatel (7. místo mezi kraji) a u žen 31,05 případů na 100 000 obyvatel, což je 1. místo mezi regiony.

**Graf 46 Incidence a prevalence – zhoubný melanom kůže (C43) v období 2000–2015 na 100 000 obyvatel**



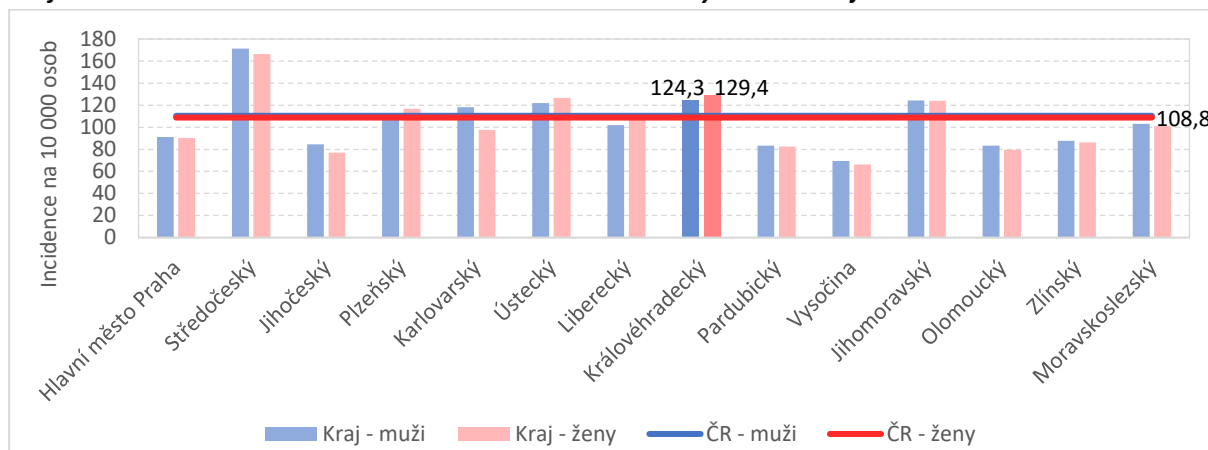
Zdroj: ČSÚ, ÚZIS

## Ostatní diagnózy – výběr

### Diabetes mellitus (E10 – E14)

V ČR i Královéhradeckém kraji vykazuje incidence nových případů diabetes mellitus (DM) v čase stoupající tendenci. Standardizovaná incidence byla v roce 2016 na průměrem ČR a dosahovala hodnot u mužů 124,3 a u žen 129,4 případů na 10 000 osob v populaci.

**Graf 47** Incidence diabetes mellitus v roce 2016 na 10 000 obyvatel dle krajů

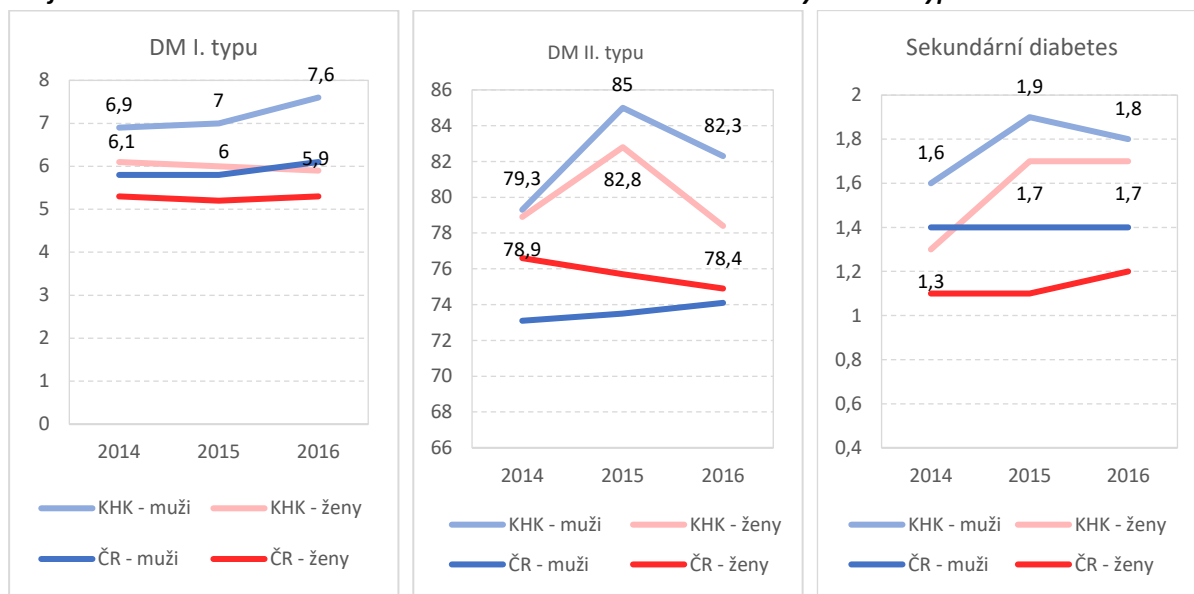


Pozn.: Počty pacientů s DM v roce 2014 a 2015 byly aproximovány s pomocí dlouhodobé časové řady z důvodu výskytu chybějících a odlehých hodnot.

Zdroj: ČSÚ, ÚZIS

Prevalence pacientů s DM opět vykazuje stoupající tendenci a mezi pacienty převládá DM II. typu a DM I. typu.

**Graf 48** Prevalence diabetes mellitus v období 2014–2016 na 1 000 obyvatel dle typu



Pozn.: Počty pacientů s DM v roce 2014 a 2015 byly aproximovány s pomocí dlouhodobé časové řady z důvodu výskytu chybějících a odlehých hodnot.

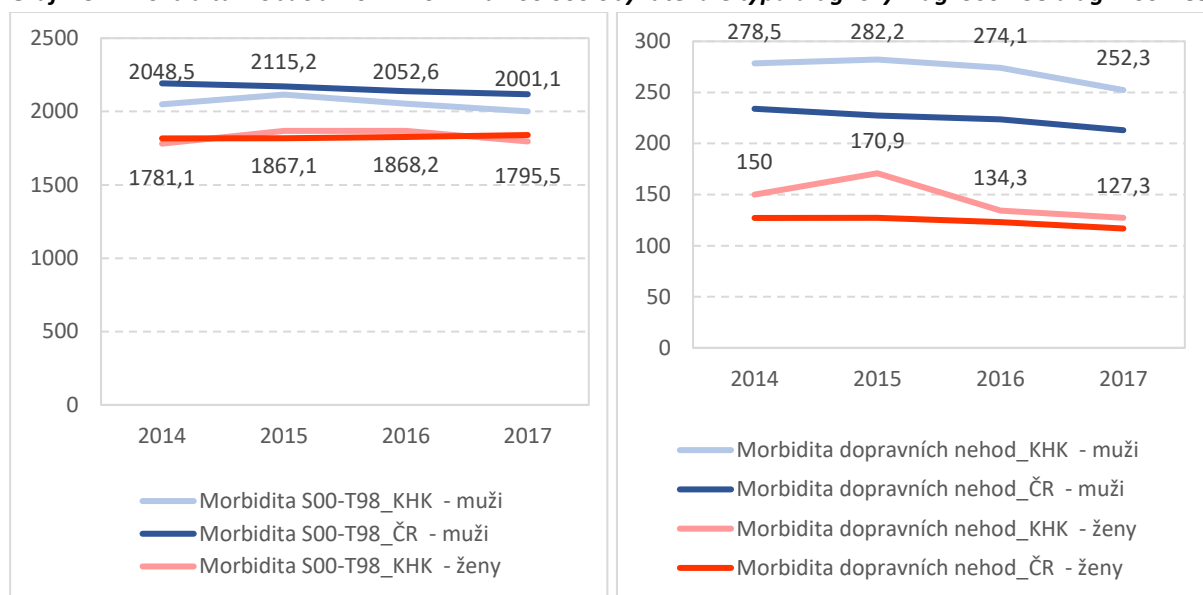
Zdroj: ČSÚ, ÚZIS

### Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin (S00-T98)

Královéhradecký kraj od roku 2014 u žen kopíruje trend ČR v počtu ukončených případů hospitalizace na odděleních zdravotnických zařízení, dg S00-T98 a u mužského pohlaví je pod průměrem ČR. Nicméně, pokud sledujeme obě pohlaví dohromady, tak je Královéhradecký kraj dlouhodobě mírně nad průměrem ČR. Nejhůře je na tom Kraj Vysočina, nejlépe pak Hlavní město Praha či Moravskoslezský kraj.

Z pohledu jednotlivých typů poranění je situace u obou pohlaví souhrnně následující: Královéhradecký kraj je nad průměrem ČR u počtu zlomenin stehenní kosti (dg. S72) a u (pozemních) dopravních nehod (dg. V01-V89), naopak je tomu u počtu otrav (dg. T36-T65) či intrakraniálních poranění (dg. S06).

**Graf 49 Morbidita v období 2014–2017 na 100 000 obyvatel dle typu diagnózy – dg. S00-T98 a dg. V00-V89**



Zdroj: ČSÚ, ÚZIS

## Nemoci z povolání

Jedním z významných ukazatelů zdravotního stavu populace ve vztahu k pracovním podmínkám jsou nemoci z povolání (dále jen „NzP“). Lidé jsou při výkonu práce vystaveni působení různých podmínek, které za určitých okolností mohou mít negativní vliv na jejich zdraví. Nemoci z povolání představují zdravotně, sociálně i ekonomicky nejzávažnější důsledky působení rizikových faktorů při výkonu práce. Nemoc z povolání je nemoc, kdy chorobné změny na zdraví, které plynou z této nemoci, jsou v přímé souvislosti s výkonem povolání, tedy kdy se dá výkon povolání označit za jednoznačnou příčinu této nemoci.

Informace o vzniku NzP případně o ohrožení nemocí z povolání jsou soustřeďovány za celou republiku prostřednictvím Národního registru nemocí z povolání (dále jen „Registr“). Aktualizace vždy za uplynulý kalendářní rok je zveřejňována na odkazu [http://www.szu.cz/uploads/NZP/Hlaseni\\_NzP\\_2017.pdf](http://www.szu.cz/uploads/NZP/Hlaseni_NzP_2017.pdf). V roce 2017 bylo v České republice hlášeno celkem 1 370 případů nemocí z povolání a ohrožení nemocí z povolání. Nejčastěji onemocněli pracovníci v odvětví ekonomické činnosti „výroba motorových vozidel, přívěsů a návěsů“, dále v sestupném pořadí následovala odvětví „zdravotní a sociální péče“ a „těžba a dobývání“.

U pracovníků při výrobě motorových vozidel, která je v Královéhradeckém kraji široce zastoupena, ať již přímou výrobou automobilů nebo výrobou jednotlivých komponentů, převažovala onemocnění z přetěžování končetin, dále profesionální dermatózy, alergická onemocnění dýchacích cest a plic a poškození periferních nervů z vibrací. V odvětví ekonomické činnosti „zdravotní a sociální péče“ převažovala zejména přenosná a parazitární onemocnění. Především se jednalo o onemocnění svrabem.

**Tabulka 3 Počet hlášených onemocnění v období 2007 až 2017 v ČR**

Rok	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
NzP	1 228	1 327	1 245	1 236	1 210	1 042	983	1 214	1 035	1 242	1 278
Ohrožení NzP	63	76	68	56	56	57	59	36	57	55	92

Zdroj: Zpráva

**Tabulka 4** Přehled o počtu profesionálních onemocnění (NzP) a ohrožení NzP v Královéhradeckém kraji ve srovnání s ČR v letech 2015–2017

rok	ČR		Královéhradecký kraj	
	NzP	Ohrožení NzP	NzP	Ohrožení NzP
2015	1035	57	47	3
2016	1242	55	96	2
2017	1278	92	65	4

Zdroj: Národní registr nemocí z povolání

Ve srovnání s rokem 2015 byl v roce 2017 nárůst počtu NzP v ČR nejvyšší. Nárůstu počtu NzP v Královéhradeckém kraji za pětileté období je srovnatelný s vývojem celostátním. V rámci Královéhradeckého kraje se v letech 2016 a 2017 na zvýšeném počtu NzP podílelo onemocnění svrabem v zařízeních pro seniory. Je nutno připomenout, že v některých případech může dojít ke vzniku více nemocí (dg.) u jednoho zaměstnance.

**Tabulka 5** Porovnání počtu NzP a ohrožení NzP v ČR a v Královéhradeckém kraji v roce 2017 na počet ekonomicky aktivních osob

	Ekonomicky aktivní osoby	NzP	Ohrožení NzP
ČR	5 377 000	1 278	92
Královéhradecký kraj	278 000	65	4

Zdroj: ČSÚ

**Tabulka 6** Počet NzP v ČR a Královéhradeckém kraji dle jednotlivých kapitol seznamu NzP v roce 2017

Kapitola	Název kapitoly	ČR	Královéhradecký kraj
kap. I.	NzP způsobené chemickými látkami	7	0
kap. II.	NzP způsobené fyzikálními faktory	767	21
kap. III.	NzP týkající se dýchacích cest, plic, pohrudnice a pobřišnice	155	5
kap. IV.	NzP kožní	177	8
kap. V.	NzP přenosné a parazitární:	171	31
kap. VI.	NzP způsobené ostatními faktory a činiteli	1	0
<b>CELKEM</b>		<b>1 278</b>	<b>65</b>

Zdroj: Zpráva

Z tabulky je patrné, že celorepublikově vzniká nejvíce NzP vlivem faktorů fyzikálních soustředěných pod kap. II. Jedná se především o onemocnění muskuloskeletální z přetěžování a z práce s vibrujícím nářadím. V rámci Královéhradeckého kraje tuto skupinu v roce 2017 převýšil počet onemocnění svrabem uvedené pod kapitolou V.

**Tabulka 7** Nemoci z povolání v Královéhradeckém kraji

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ČR	1 236	1 210	1 042	983	1 214	1 035	1 242
Královéhradecký kraj	61	61	30	44	50	47	96
Hradec Králové (okres)	28	29	15	0	23	13	27
Jičín (okres)	11	8	1	5	6	3	7
Náchod (okres)	4	6	3	3	8	11	18
Rychnov nad Kněžnou (okres)	17	14	7	10	7	16	6
Trutnov (okres)	1	4	4	3	6	4	38

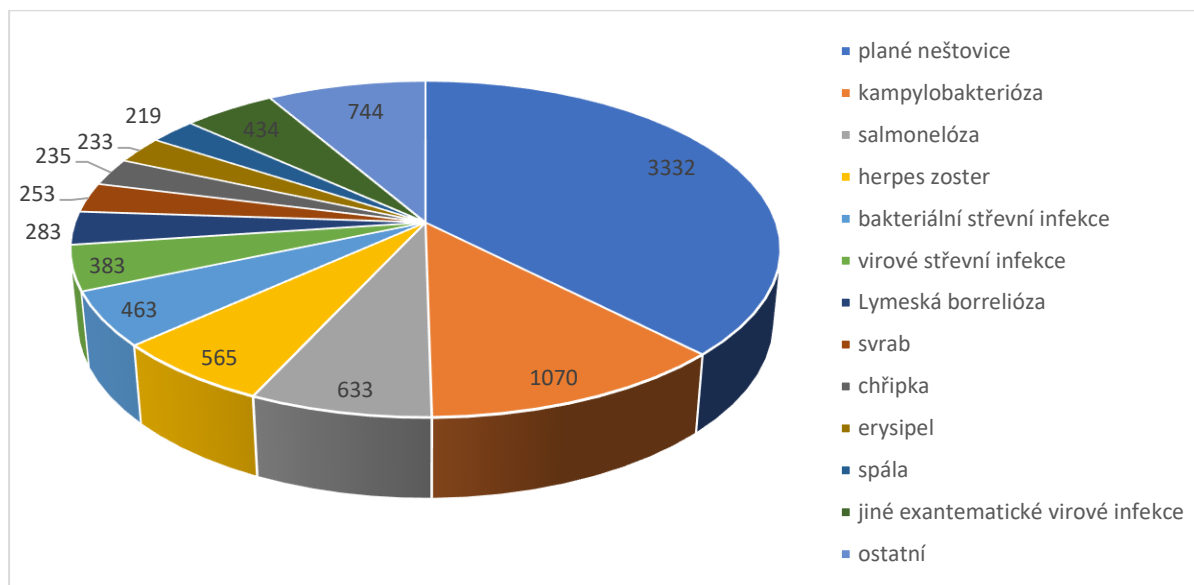
Zdroj: ÚZIS

V tabulce je uveden počet nově hlášených nemocí z povolání celkem podle místa vzniku NzP.

## Infekční onemocnění – výběr

Výskyt infekčních onemocnění podléhá celosvětově specifickému vývoji. Objevují se nejen nové infekce (např. Ebola, MERS-CoV atd.), ale i ty, které se již nevyskytovaly, se znovu objevují a ohrožují lidské zdraví nejen v ČR, ale i v **Královéhradeckém kraji** (např. spalničky, dávný kašel, příušnice). Na tom se podílejí i antivakcinační aktivity, které ve svém důsledku představují ohrožení veřejného zdraví, což se projevuje i v našem kraji sníženou proočkovaností vůči preventabilním infekcím. V Královéhradeckém kraji bylo v roce 2017 evidováno v registru EpiDat 8 847 povinně hlášených infekčních onemocnění (1 605,4 na 100 000 obyvatel kraje). Podle pohlaví: 4461 mužů a 4386 žen.

**Graf 50 Spektrum hlášených diagnóz v Královéhradeckém kraji v roce 2017**

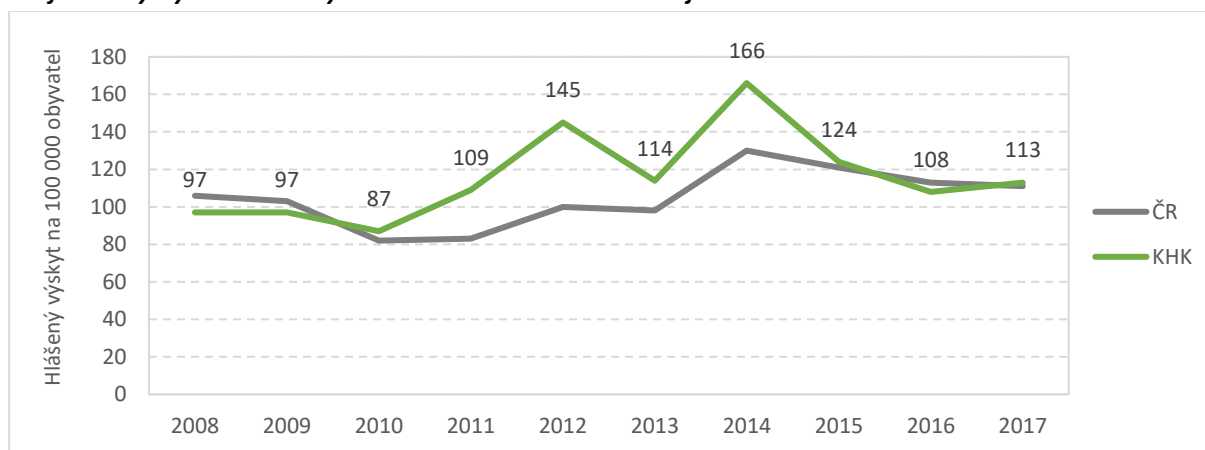


Zdroj: registr EpiDat, KHS KHK

## Salmonelóza – dg. A02

V roce 2017 bylo hlášeno 633 případů onemocnění (z toho 84 nemocných bylo evidováno v rámci 2 epidemických výskytů), tj. 114,9 na 100 000 obyvatel, v roce 2016 bylo hlášeno 616 případů. Nejvyšší nemocnost měl okres Rychnov nad Kněžnou (232,9 na 100 000 obyvatel). Onemocnělo 289 mužů a 344 žen. Do 1 roku věku onemocnělo 17 dětí, nejstaršímu bylo 91 let. Nejpočetněji zastoupenou věkovou skupinou byly děti ve věku 1 – 4 roky – celkem 115 onemocnění (18,2 % všech salmonelóz). Nejčastěji zastoupeným agens byla *Salmonella* Enteritidis (v 578 případech, tj. 91,3 %). Z konzumovaných potravin nemocní nejvíce udávali vejce a drůbeží maso. V ČR bylo hlášeno celkem 11 779 případů, tj. 111,3 na 100 000 obyvatel.

**Graf 51 Výskyt salmonelózy v ČR a v Královéhradeckém kraji v letech 2008–2017**

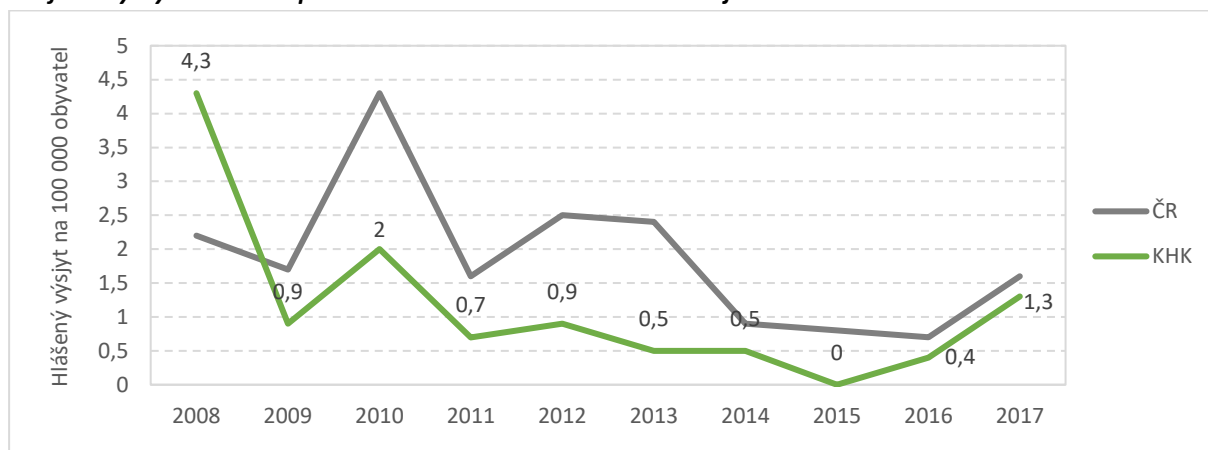


Zdroj: registr EpiDat, KHS KHK, SZÚ Praha

### Bacilární úplavice – dg. A03

Příznivá zůstává situace u „tzv. nemoci špinavých rukou“ – bacilární úplavice. V roce 2017 bylo hlášeno 7 onemocnění, v roce 2016 pouze 2 onemocnění. V celé ČR bylo v roce 2017 hlášeno 168 případů, tj. nemocnost 1,6 na 100 000 obyvatel.

**Graf 52 Výskyt bacilární úplavice v ČR a v Královéhradeckém kraji v letech 2008–2017**

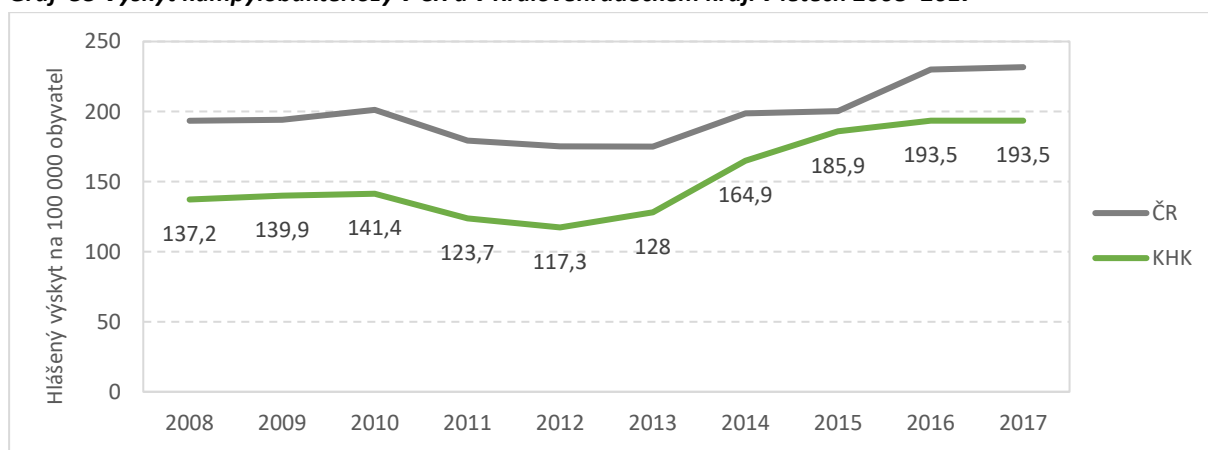


Zdroj: registr EpiDat, KHS KHK, SZÚ Praha

### Kampylobakterióza – dg. A04.5

V roce 2017 bylo hlášeno 1070 onemocnění, tj. nemocnost 193,5 na 100 000 obyvatel, v roce 2016 bylo hlášeno rovněž 1 070 případů onemocnění. Dle pohlaví v roce 2017 onemocnělo 531 mužů a 539 žen. Do 1 roku věku onemocnělo 30 dětí, nejstaršímu bylo 92 let. Nejvíce postižených bylo registrováno ve věkové skupině 1-4 letých – 179 případů (16,7 %), nejvyšší nemocnost byla v okrese Rychnov nad Kněžnou a to 210,2 na 100 000 obyvatel. V anamnéze byla uváděna nejčastěji konzumace drůbežího masa (36,3 %), v letních měsících především tepelná úprava grilováním. V ČR bylo v roce 2017 hlášeno celkem 24 508 onemocnění, tj. nemocnost 231,7 na 100 000 obyvatel.

**Graf 53 Výskyt kampylobakteriózy v ČR a v Královéhradeckém kraji v letech 2008–2017**



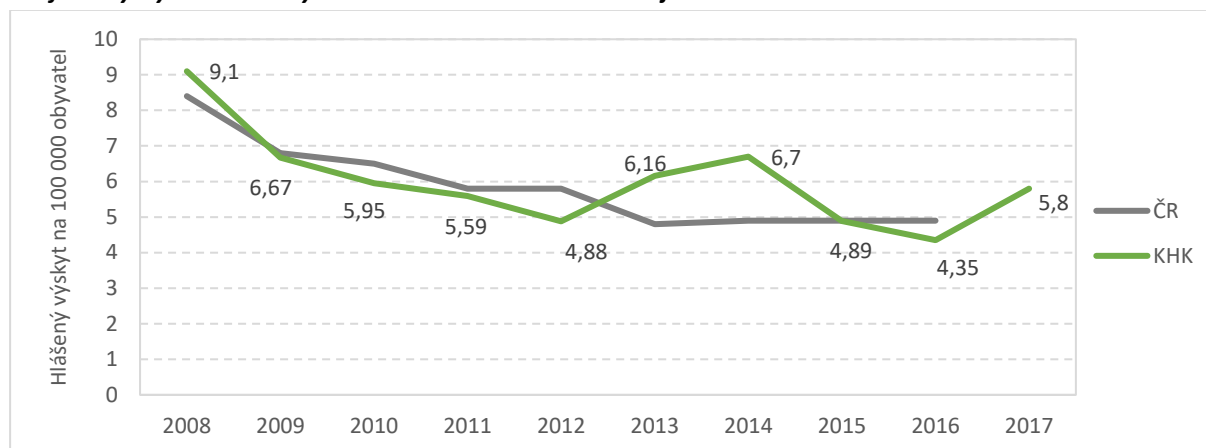
Zdroj: registr EpiDat, KHS KHK, SZÚ Praha

### Tuberkulóza

V roce 2017 bylo onemocnění tuberkulózou prokázáno u 32 osob, tj. nemocnost 5,8 na 100 000 obyvatel, 24 onemocnění bylo hlášeno v roce 2016. Nejvyšší nemocnost v roce 2017 byla v okrese Trutnov (6,74 na 100 000 obyvatel). Převažovali muži (20 případů), maximum nemocných bylo ve věkové kategorii 65+. Ve

3 případech se jednalo o cizí státní příslušníky (Vietnam, Polsko, Ukrajina). Nejčastěji se vyskytovala diagnóza TBC plic – celkem 24 případů (tj. 84,4 %), jako etiologické agens bylo u 14 osob potvrzeno *Mycobacterium tuberculosis* (43,7 %). U 20 osob bylo vyšetření provedeno v souvislosti s obtížemi. Očkování proti TBC bylo zjištěno u 4 osob, u zbylých nezjištěno. Byla hlášena 4 úmrtí osob s tuberkulózou (2 muži nar. 1953, 2 ženy nar. 1932 a 1943).

**Graf 54 Výskyt tuberkulózy v ČR a v Královéhradeckém kraji v letech 2008–2017**

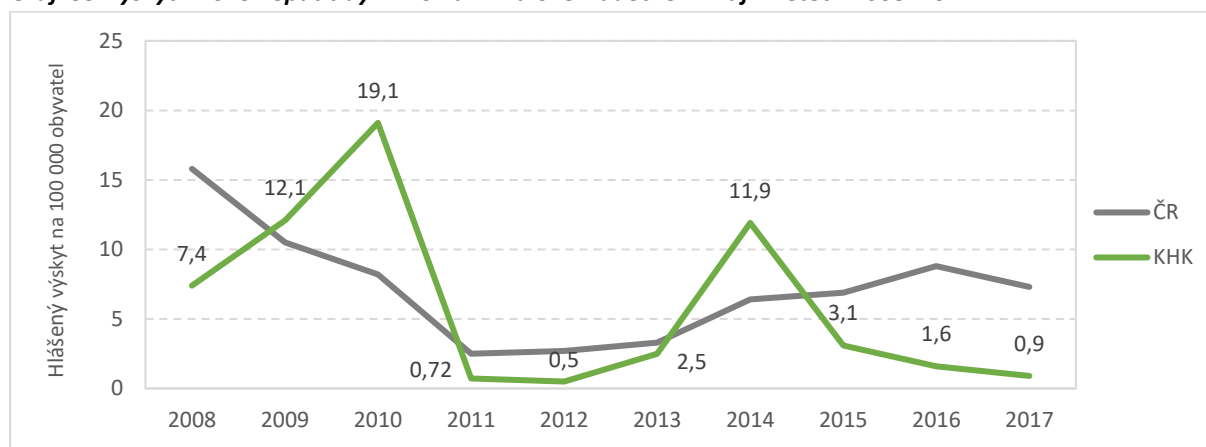


Zdroj: registr TBC, KHS KHK, ÚZIS ČR

#### Virový zánět jater typu A – dg. B15

V roce 2017 bylo hlášeno 5 případů onemocnění VHA, což představuje nemocnost 0,9 na 100 000 obyvatel. V roce 2016 onemocnělo 9 osob. Dle okresů: Hradec Králové 4x, Jičín 1x. Onemocněli 3 muži a 2 ženy, nejvíce nemocných bylo ve věkové skupině 55–64 let (3 případy). Všichni nemocní byli izolováni na infekčním oddělení. U všech osob byla odebrána stolice na vyšetření přítomnosti viru a zpracována byla ve Výzkumném ústavu veterinárního lékařství Brno. Ve 3 vzorcích byl shodně prokázán genotyp IA a ve 2 genotyp IB. V ČR bylo v roce 2017 hlášeno celkem 772 případů, tj. nemocnost 7,3 na 100 000 obyvatel.

**Graf 55 Výskyt virové hepatitidy A v ČR a v Královéhradeckém kraji v letech 2008–2017**



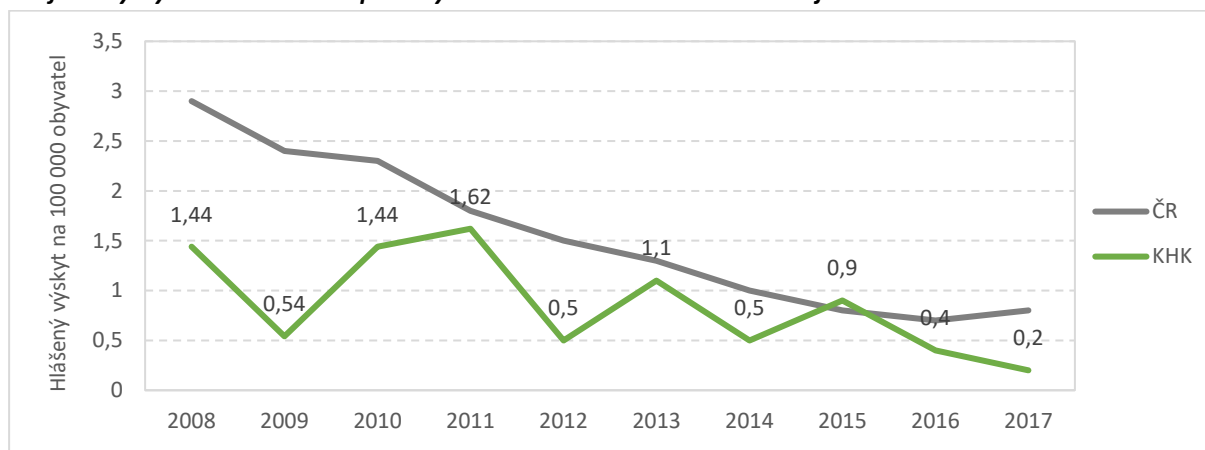
Zdroj: registr EpiDat, KHS KHK, SZÚ Praha

#### Virový zánět jater typu B akutní – dg. B16

V roce 2017 bylo hlášeno 1 onemocnění, tj. 0,18 na 100 000 obyvatel, v roce 2016 to byly 2 případy onemocnění. Onemocněl neočkovaný muž nar. 1978. V ČR bylo v roce 2017 hlášeno celkem 85 případů, tj. nemocnost 0,8 na 100 000 obyvatel.



**Graf 56 Výskyt akutní virové hepatitidy B v ČR a v Královéhradeckém kraji v letech 2008–2017**



Zdroj: registr EpiDat, KHS KHK, SZÚ Praha

#### Virový zánět jater typu B chronický – dg. B18.1

V roce 2017 bylo hlášeno 7 případů, tj. 1,2 na 100 000 obyvatel, v roce 2016 celkem 8 případů. Dle okresů: Hradec Králové 4x, Rychnov nad Kněžnou 2x, Náchod 1x. Onemocnělo 6 mužů a 1 žena, nejvíce nemocných bylo ve věkové skupině 45–54 let (3 osoby). Ve 2 případech se jednalo o cizí státní příslušníky (Vietnam).

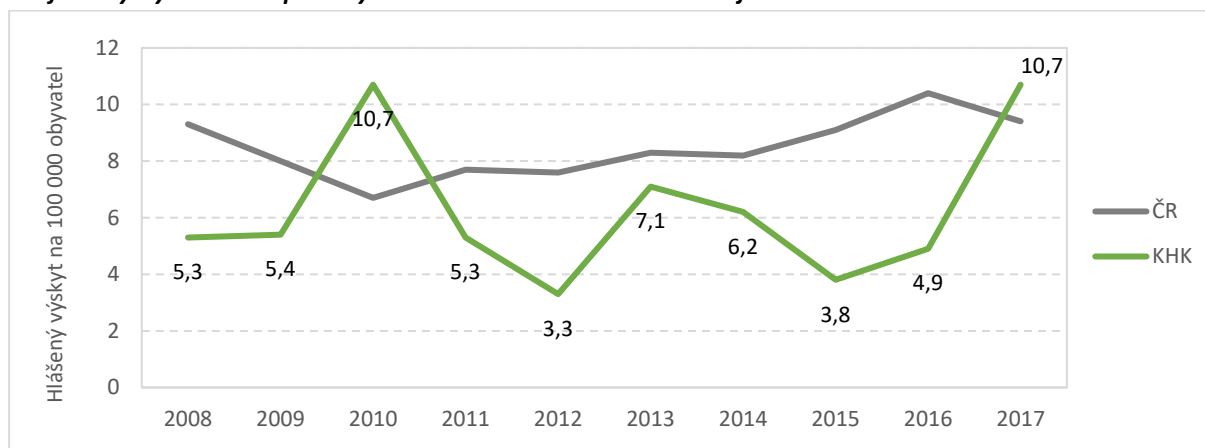
V roce 2017 se narodilo HBsAg pozitivním matkám 7 dětí, ve 4 případech se jednalo o cizí státní příslušníky (2x Vietnam, 1x Ukrajina, 1x Slovensko), v roce 2016 se narodilo 5 takových dětí.

#### Virový zánět jater typu C akutní – dg. B17.1 a chronický – dg. B18.2

V roce 2017 byly hlášeny 4 případy onemocnění typu dg. B17.1, tj. nemocnost 0,72 na 100 000 obyvatel, v roce 2016 jsme evidovali 1 případ onemocnění. Dle okresů: Jičín 1x, Náchod 1x, Rychnov nad Kněžnou 1x, Trutnov 1x. Onemocněli 3 muži a 1 žena, anamnesticky: IDU, tetováž, abúzus alkoholu.

V roce 2017 jsme zaznamenali 55 onemocnění dg. B18.2, tj. nemocnost 9,9 na 100 000 obyvatel, v roce 2016 bylo hlášeno 26 případů onemocnění. Dle okresů: Jičín 24x, Hradec Králové 13x, Rychnov nad Kněžnou 11x, Náchod 5x a Trutnov 2x. Dle pohlaví onemocnělo 41 mužů a 14 žen ve věkových skupinách: 25–34 let 17x, 35–44 let 16x, 45–54 let 11x, 20–24 let 6x, 55–64 let 2x, 65–74 let 1x, 75+ let 2x. V 7 případech se jednalo o cizí státní příslušníky (Gruzie, Polsko, Ukrajina). Anamnesticky: IDU, rizikové sexuální chování, opakovaný pobyt ve výkonu trestu odnětí svobody, tetováž a piercing v domácím prostředí. V některých případech se jednalo o kombinaci více rizikových faktorů.

**Graf 57 Výskyt virové hepatitidy C v ČR a v Královéhradeckém kraji v letech 2008–2017**

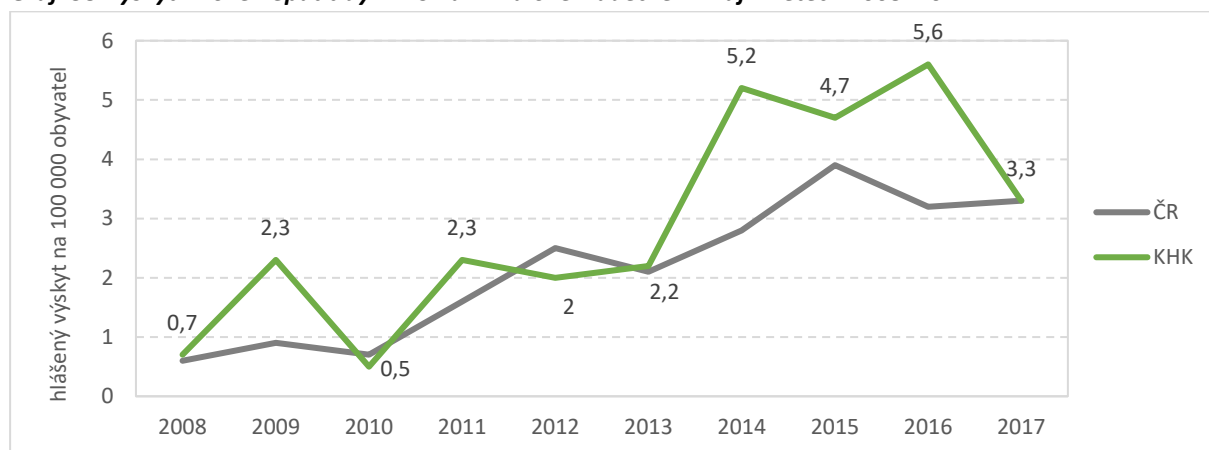


Zdroj: registr EpiDat, KHS KHK, SZÚ Praha

### Virový zánět jater typu E akutní – dg. B17.2

V roce 2017 bylo hlášeno 18 onemocnění, tj. nemocnost 3,3 na 100 000 obyvatel, v roce 2016 bylo hlášeno 31 případů onemocnění. Výskyt dle okresů: Hradec Králové 6x, Trutnov 6x, Jičín 3x, Náchod 2x, Rychnov nad Kněžnou 1x. Onemocnělo 11 mužů a 7 žen. Z rizikových potravin byla nejvíce uváděna konzumace vepřového masa a zabijačkových produktů z distribuční sítě. V ČR bylo v roce 2017 hlášeno celkem 344 případů, tj. nemocnost 3,3 na 100 000 obyvatel.

**Graf 58 Výskyt virové hepatitidy E v ČR a v Královéhradeckém kraji v letech 2008–2017**

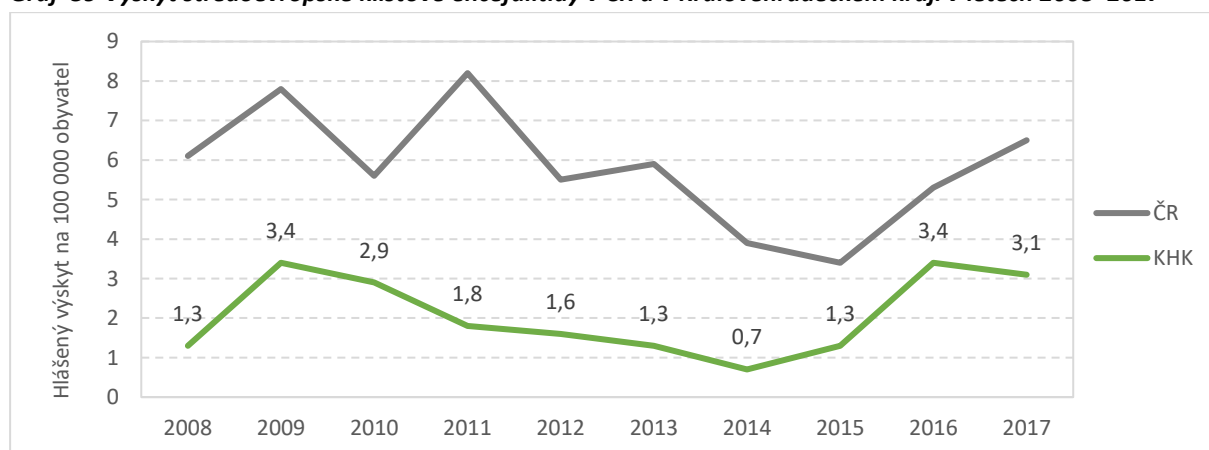


Zdroj: registr EpiDat, KHS KHK, SZÚ Praha

### Středoevropská encefalitida přenášená klíšťaty – dg. A84.1

V roce 2017 bylo hlášeno 17 onemocnění, tj. nemocnost 3,1 na 100 000 obyvatel, v roce 2016 bylo evidováno 19 případů onemocnění. Onemocnělo 12 mužů a 5 žen, nejvíce nemocných bylo ve věkové skupině 35-44 let (6 osob). V anamnéze uvedlo 14 osob přísátí klíštěte. Ve zdravotnickém zařízení bylo hospitalizováno 14 nemocných, nikdo nebyl proti klíšťové encefalitidě očkovan. V ČR bylo v roce 2017 hlášeno celkem 687 případů, tj. nemocnost 6,5 na 100 000 obyvatel.

**Graf 59 Výskyt středoevropské klíšťové encefalitidy v ČR a v Královéhradeckém kraji v letech 2008–2017**

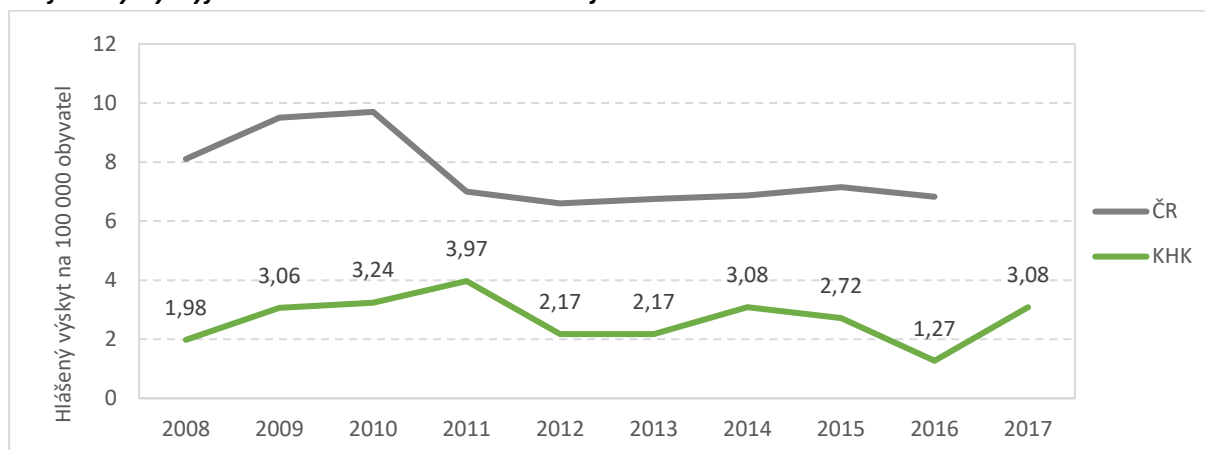


Zdroj: registr EpiDat, KHS KHK, SZÚ Praha

### Syfilis

V roce 2017 bylo onemocnění hlášeno u 17 osob, tj. nemocnost 3,08 na 100 000 obyvatel, v roce 2016 onemocnělo 7 osob. Nejvíce nemocných bylo ve věkové skupině 35-44 let (9 případů).

**Graf 60 Výskyt syfilis v ČR a v Královéhradeckém kraji v letech 2008–2017**

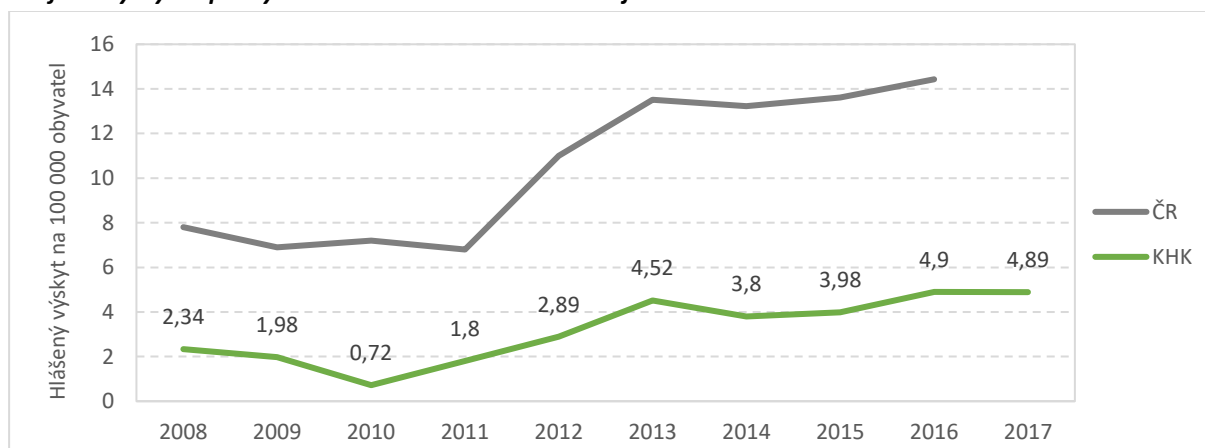


Zdroj: registr PN, KHS KHK, ÚZIS ČR

### Kapavka – Gonokoková infekce

V roce 2017 bylo hlášeno 27 onemocnění, tj. nemocnost 4,89 na 100 000 obyvatel, v roce 2016 to bylo 29 případů onemocnění. Nejvíce nemocných bylo ve věkové skupině 35-44 let (11 případů).

**Graf 61 Výskyt kapavky v ČR a v Královéhradeckém kraji v letech 2008–2017**



Zdroj: registr PN, KHS KHK, ÚZIS ČR

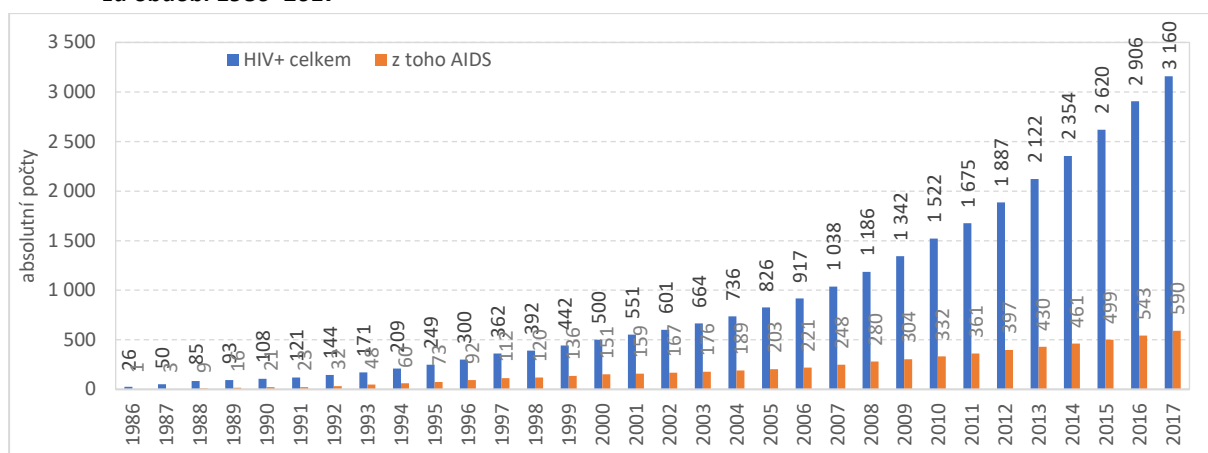
### HIV/AIDS

**Tabulka 8 Hlášení HIV+ osob z NRL a z HIV centra FN Hradec Králové v letech 2015–2017**

Hlášení HIV+ osob z NRL a z HIV centra FN HK				
Rok	Celkový počet HIV + osob	Počet HIV+ osob z KHK žijících i v ostatních krajích	Počet HIV+ cizinců v KHK	Počet uskutečněných epidemiologických šetření
2015	12	8	7	2
2016	28	21	9	12
2017	<b>21</b> (19 mužů, 2 ženy)	<b>16</b> (11 Čechů, 5 cizinců)	<b>5</b> (z toho 2 vězni)	<b>11</b>

Zdroj: HIV centrum KIN FN HK, NRL SZÚ Praha, epidemiologické šetření

**Graf 62 Počet HIV+ osob/AIDS v České republice (občané ČR a cizinci s trvalým pobytem) – kumulativní údaje za období 1986–2017**

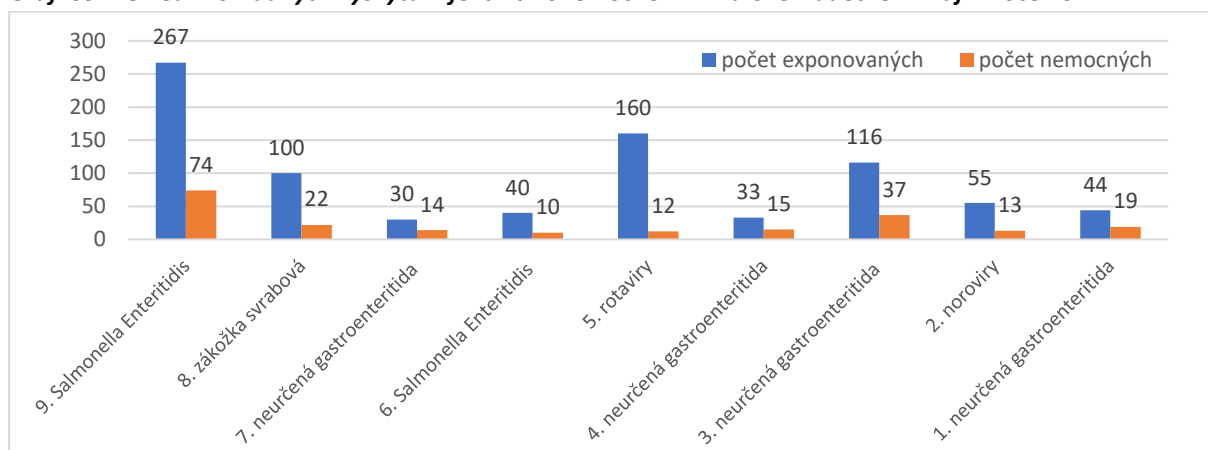


Zdroj: NRL SZÚ Praha

### Riziková expozice biologickému materiálu – poranění ostrým předmětem

V roce 2017 bylo na KHS Královéhradeckého kraje hlášeno celkem 272 poranění osob ostrým předmětem. Z toho bylo 250 osob, které pracují ve zdravotnickém zařízení nebo v zařízení sociálních služeb a 22 civilních osob, které se poranily v terénu. Všem poraněným osobám byl vystaven lékařský dohled.

**Graf 63 Přehled hromadných výskytů infekčních onemocnění v Královéhradeckém kraji v roce 2017**



Zdroj: KHS KHK

## 2.4 Počet živě narozených dětí, porodnost a počet potratů

Celkový počet narozených v uplynulých letech je relativně stabilní. V období 2008–2017 se v České republice narodilo celkem 1 126 763 narozených dětí v ČR, z toho v 114 405 živě a 384 mrtvě v roce 2017. V Královéhradeckém kraji se za stejné období narodilo 57 309 dětí (5 %), v roce 2017 pak 5 702 živě a 20 mrtvě.

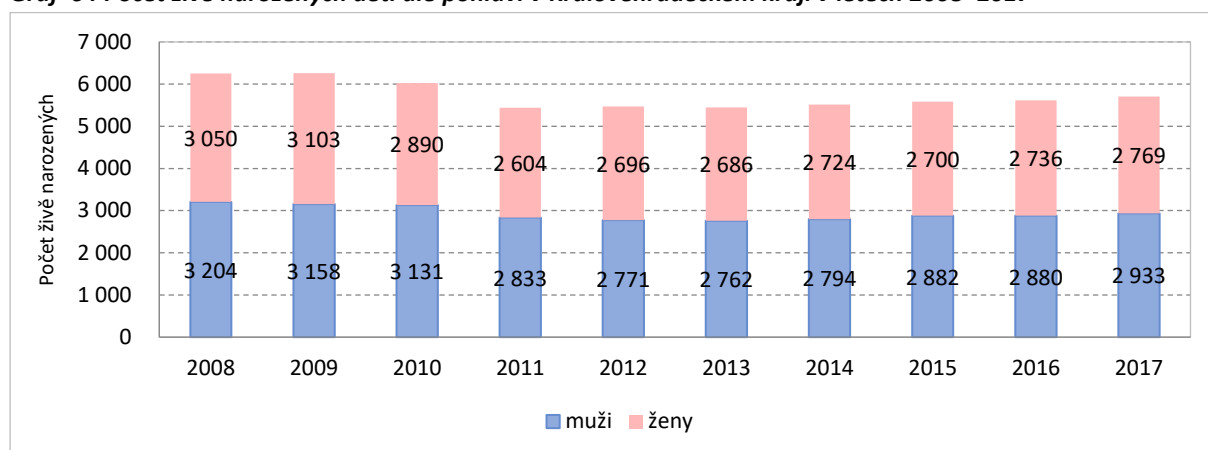
**Tabulka 9 Počet živě narozených dětí v letech 2008–2017**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
absolutně										
KHK	6 254	6 261	6 021	5 437	5 467	5 451	5 518	5 582	5 616	5 702
ČR	119 570	118 348	117 153	108 673	108 576	106 751	109 860	110 764	112 663	114 405
na 1 000 obyvatel										
KHK	11,3	11,3	10,9	9,8	9,9	9,9	10,0	10,1	10,2	10,4
ČR	11,5	11,3	11,1	10,4	10,3	10,2	10,4	10,5	10,7	10,8

Zdroj: ČSÚ, Vývoj demografie

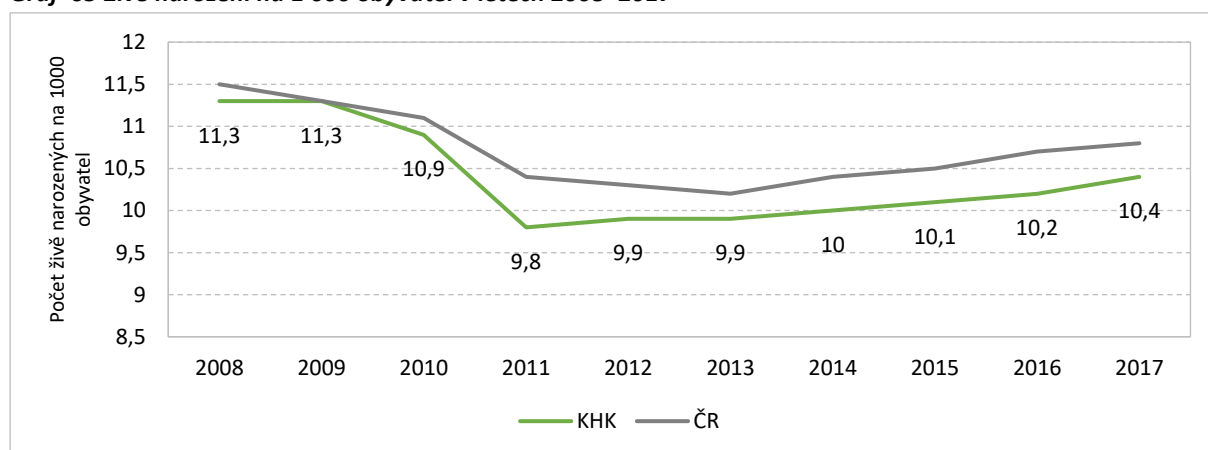
V Královéhradeckém kraji je v období 2008–2017 zastoupení pohlaví živě narozených dětí srovnatelné s celkovým podílem v ČR, přičemž mírně převažují chlapci (51,43 %).

**Graf 64 Počet živě narozených dětí dle pohlaví v Královéhradeckém kraji v letech 2008–2017**



Zdroj: ČSÚ, Vývoj demografie

**Graf 65 Živě narození na 1 000 obyvatel v letech 2008–2017**



Zdroj: ČSÚ, Vývoj demografie

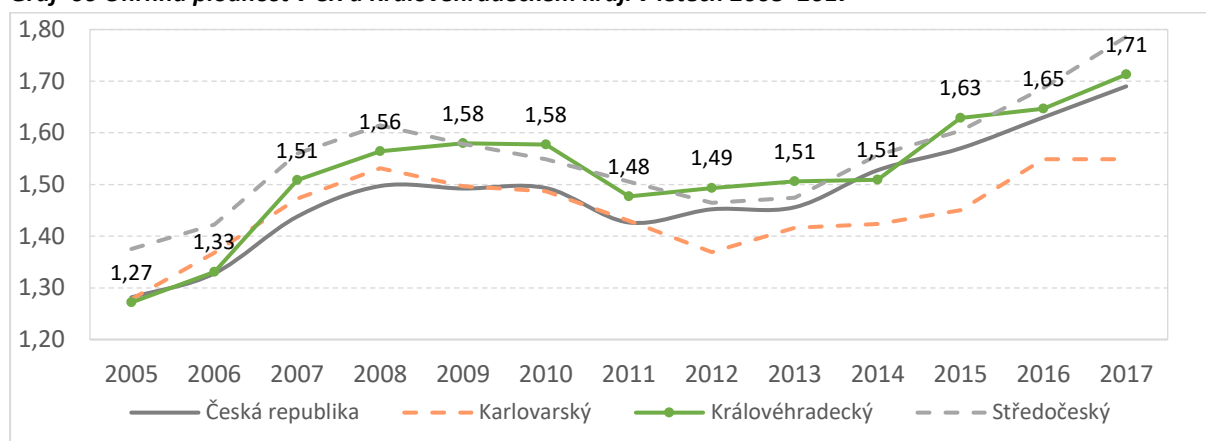
V **živorodnosti** neboli hrubé míře plodnosti, obsazuje Královéhradecký kraj s hodnotou 10,4 živě narozených na 1 000 obyvatel až 10. pozici mezi kraji ČR (data 2008–2017). Mezi okresy Královéhradeckého kraje nejsou výraznější rozdíly v živorodnosti. V **mrtvorozenosti** naopak dosahuje Královéhradecký kraj s průměrnou roční hodnotou 3,49 mrtvě narozených na 1 000 narozených dětí 4. nejvyšší příčku mezi kraji ČR (data 2008–2017). Nejvyšších hodnot mrtvorozenosti dosahují tradičně oblasti severozápadního pohraničí, v Královéhradeckém kraji potom okresy Jičín a Náchod.

Úroveň **porodnosti** v Královéhradeckém kraji v období 2008–2010 kopírovala trend celorepublikového průměru. Od roku 2009 se úroveň živorodnosti snížila pod průměr ČR.

**Úhrnná plodnost** (počet živě narozených dětí jedné ženě během jejího reprodukčního období) na republikové úrovni dosáhla v roce 2017 nadprůměrné hodnoty celkové míry plodnosti ve státech EU-28, stále je však pod úrovní, která by zajistila progresivní vývoj populace. V Královéhradeckém kraji je úhrnná plodnost relativně průměrná v porovnání s ostatními kraji ČR. S hodnotou 1,71 živě narozených dětí jedné ženě obsazuje Královéhradecký kraj 7. nejvyšší pozici v ČR (data 2008–2017). Za hranici prosté reprodukce, tedy stav, při kterém nedochází k přirozeným populačním ztrátám, je považována hodnota 2,1 dětí na jednu ženu. Pod touto hranicí se úhrnná plodnost v celé ČR trvale pohybuje od 80. let minulého století. Nejvyšší úhrnnou plodností vykazují Středočeský, Jihočeský a Liberecký kraj a Kraj Vysočina. Mezi okresy Královéhradeckého kraje nebyly zaznamenány výraznější rozdíly v hodnotách úhrnné plodnosti.

Vývoj úhrnné plodnosti v Královéhradeckém kraji reflektuje vývoj v České republice, vykazuje však vyšší hodnoty a v porovnání s ostatními kraji ČR roste rychleji.

**Graf 66 Úhrnná plodnost v ČR a Královéhradeckém kraji v letech 2008–2017**



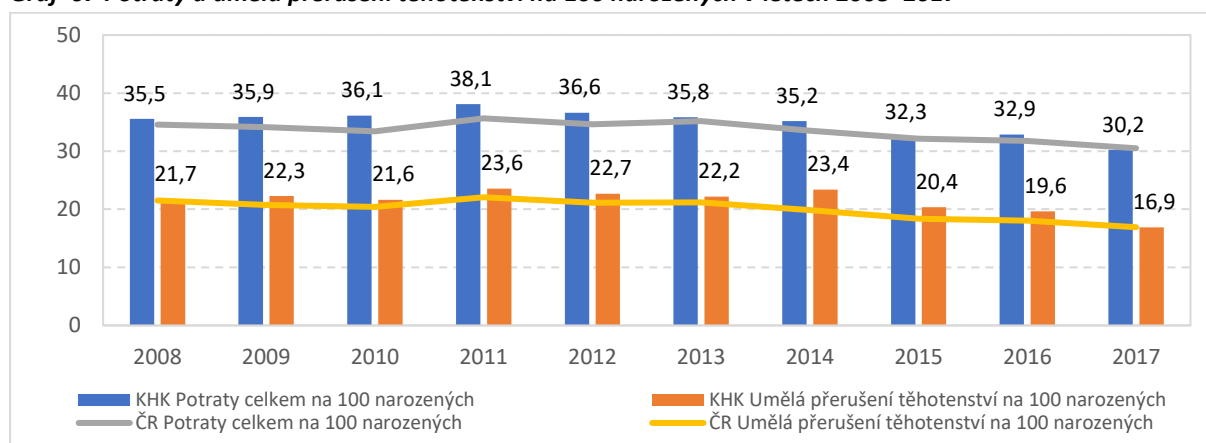
Zdroj: ČSÚ, Vývoj demografie

**Potratovost** je demografickým procesem, který v několika uplynulých dekadách zaznamenal obrovské změny. Index potratovosti (poměr počtu potratů a živě narozených) v České republice dlouhodobě klesá (v roce 2008 34,6 potratů na 100 živě narozených dětí, v roce 2017 30,5), v Královéhradeckém kraji byly jeho hodnoty 35,5 potratů v roce 2008, v roce 2017 30,2 potratů. V Královéhradeckém kraji nejčastěji dochází k umělému přerušení těhotenství.

Pozitivně se v dlouhodobém horizontu snižuje míra kojenecké a novorozenecké úmrtnosti, a především intenzita potratovosti. **Index potratovosti** (poměr potratů na 100 narozených dětí v daném roce) během sledovaného období setrvale klesal. V mezikrajském srovnání byla v Královéhradeckém kraji míra potratovosti na vyšší úrovni (celkově 5. nejvyšší). Kraj zaznamenal 4. nejvýraznější změnu a z hlediska budoucího vývoje je pravděpodobný stabilní pokles tohoto ukazatele.

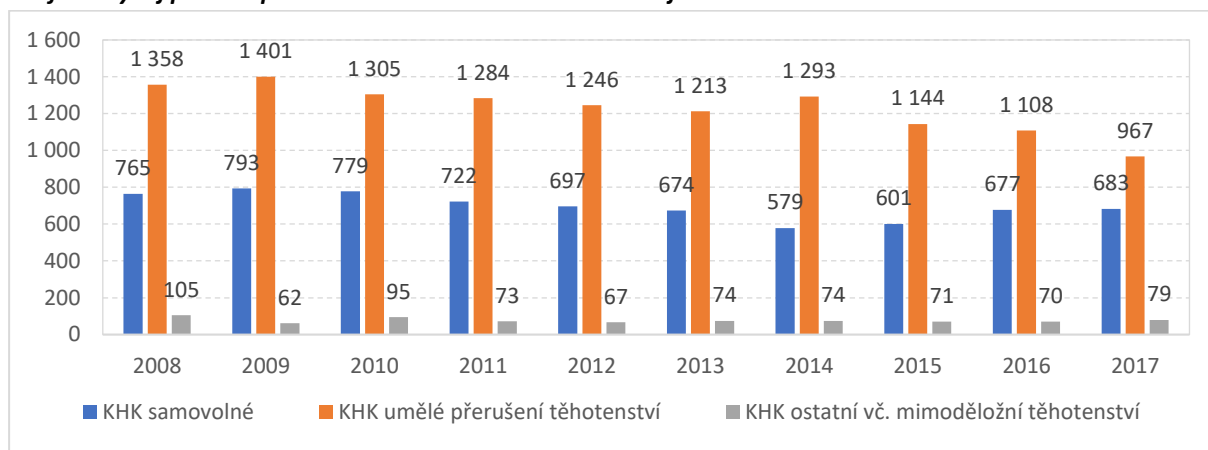
S průměrnou hodnotou 30,3 potratů na 100 živě narozených dětí obsazuje Královéhradecký kraj 5. pozici v ČR (data 2008–2017). V průměrném počtu uměle přerušených těhotenství na 100 živě narozených dětí ročně obsazuje s hodnotou 26,3 Královéhradecký kraj také 5. pozici mezi kraji v ČR (data 2008–2017).

**Graf 67 Potraty a umělá přerušení těhotenství na 100 narozených v letech 2008–2017**



Zdroj: ČSÚ, Vývoj demografie

**Graf 68 Vývoj potratů podle druhu v Královéhradeckém kraji v letech 2008–2017**



Zdroj: ČSÚ, Vývoj demografie

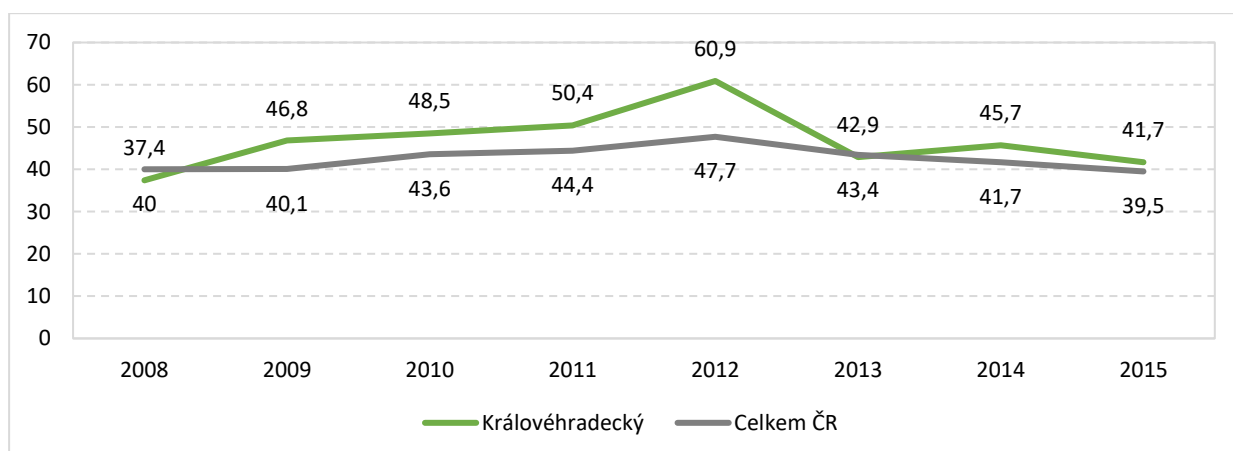
### Živě narození s vrozenou vadou

Ukazatel **živě narozené děti vrozenou vadou** se vztahuje k dětem narozeným v daném kalendářním roce, u nichž byla zjištěna a diagnostikována vrozená vada do 1 roku jejich věku. Vrozené vady jsou statisticky sledovány v Národním registru reprodukčního zdraví (NRRZ) – Národní registr vrozených vad (NRVV).

V roce 2015 se v ČR narodilo 4 380 dětí s vrozenou vadou a z toho v Královéhradeckém kraji se jich narodilo 233. Podíl živě narozených s vrozenou vadou v ČR je v posledních letech téměř konstantní, pohybuje se okolo 41 živě narozených dětí s vrozenou vývojovou vadou na 1 000 živě narozených (39,5 v roce 2015). Královéhradecký kraj patří mezi kraje s nejvyšším výskytem vrozených vad u narozených. V pořadí krajů se umístil na 1. místě s nejvyšší hodnotou **incidence vrozených vývojových vad**, 81,7 %. Celková incidence vrozených vad se v posledních letech výrazně nemění.

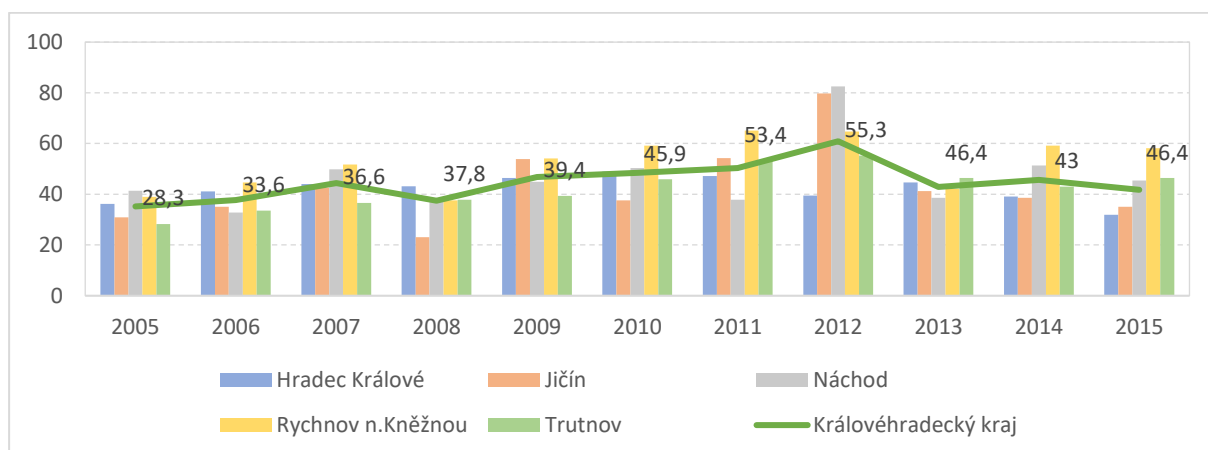
Výskyt vrozených vad v populaci velmi významně ovlivňuje stále se rozvíjející a úspěšnější prenatální diagnostika vrozených vad. Velké množství vážných vrozených vad je odhaleno ještě v prenatálním období vývoje plodu a značná část těchto dětí se tak ani nenarodí. K tomu dochází díky vyššímu využívání prvotrimestrálního screeningu těhotných, který má vyšší záchytnost vrozených vad (např.: vrozené vady oběhové soustavy, rozštěpovými vadami centrální nervové soustavy – anencefalií, spinou bifidou a encefalokélou, či vrozené vady s chromozomovými aberacemi – Downový, Edwardsový a Patauový syndrom).

**Graf 69 Vývoj živě narozených s vrozenou vadou na 1 000 živě narozených v ČR a Královéhradeckém kraji v letech 2008–2015**



Zdroj: ČSÚ, Vývoj demografie

**Graf 70 Vývoj živě narozených s vrozenou vadou na 1 000 živě narozených v okresech Královéhradeckého kraje v letech 2008–2015**



Zdroj: ČSÚ, Vývoj demografie



### 3 Životní podmínky a jejich vliv na zdraví obyvatel

Evropské výběrové šetření o zdraví (EHIS) je důležitou součástí zdravotnické statistiky v mezinárodním měřítku. První vlna šetření EHIS byla realizována dle jednotné metodiky na dobrovolné bázi v letech 2006–2009 a druhá vlna šetření EHIS v rozmezí let 2013–2015 ve všech zemích EU28. V roce 2019 se připravuje třetí vlna šetření.

Poslední výběrové šetření EHIS ČR bylo provedeno na vzorku 6737 respondentů a sběr dat v terénu probíhal v období od 15. června 2014 do 30. ledna 2015. Pro šetření byl použit především elektronický dotazník, složený ze 3 základních částí: Ukazatelé zdravotní péče (Využití lůžkové péče; Využití ambulantní zdravotní péče; Využití preventivních onkologických vyšetření; Využití vybraných preventivních; Očkování proti chřipce a užívání; Neuspokojená potřeba zdravotní péče; Zdravotní stav (Celkové zdraví – subjektivní zdraví, dlouhodobá nemoc; Chronická onemocnění; Úrazy; Smyslové a pohybové omezení; Zvládání běžných aktivit – potíže s péčí o vlastní osobu, potíže s péčí o domácnost; Bolesti, duševní problémy a sociální podpora); Využívání zdravotní péče; Determinanty zdraví (Index tělesné hmotnosti (BMI) - nadváha a obezita; Kuřáctví; Fyzická aktivita; Stravovací návyky; Konzumace alkoholu)

Krajská hygienická stanice Královéhradeckého kraje provádí, s cílem zajištění ochrany veřejného zdraví, pravidelný monitoring vybraných výše uvedených ukazatelů – např. monitoring způsobu stravování, kvality poskytované stravy, stravovacích návyků, bezpečnosti potravin v potravinovém řetězci, monitoring infekčních nemocí, úrazů, ukazatelů kvality životního prostředí (hluk, vody, ovzduší, ...). Aktuální výsledky jednotlivých monitoringů jsou uvedeny v aktuálním dokumentu „Zdravotní stav obyvatel Královéhradeckého kraje 2018“.

#### 3.1 Výživa a stravování

Základním smyslem zdravé a vyvážené výživy je zajistit optimální přísun energie a živin přiměřeně k věku, zdravotnímu stavu a životnímu stylu. Energetický příjem má být v rovnováze s výdejem, který je dán zejména potřebou energie pro bazální metabolismus a pohybovou aktivitou. Stravovací zvyklosti jsou podmíněny znalostmi lidí o správné výživě, vlivy ekonomickými, etnickými, módními trendy a dalšími.

Z kvantitativního hlediska má výživa zajišťovat příjem energie odpovídající jejímu výdeji, z kvalitativního hlediska má být strava vyvážená a rozmanitá, aby byl zajištěn dostatečný a vyvážený přísun živin, vitamínů a minerálů. Reálná výživa představuje soubor znalostí a návyků týkajících se přijímané potravy, vedoucích k podpoře zdraví a prevenci nemocí. Příjem energie nemá převyšovat její výdej.

Mezi základní složky výživy patří:

- Bílkoviny (proteiny)
  - důležitá stavební látka organismu – hlavní stavební součást buněk, krve, hormonu, enzymu a protilátek (15–20 % energie)
  - nezbytná složkou přijímané potravy a jsou obsaženy v mase, vejcích, mléce, mléčných výrobcích, luštěninách, v mouce, chlebu a bramborách
  - dle původu rozlišujeme živočišné a rostlinné bílkoviny – jejich vyvážený příjem je nezbytnou podmínkou zdravého vývoje organismu
- Tuky (lipidy)
  - součást buněk jako jejich stavební materiál nebo jsou ve formě kapének uloženy jako zásobní látka v buňkách podkožního tukového vaziva a tukové tkáně kolem některého orgánu (25–30 %)
  - nezbytnou komponentou našeho těla a mají zásadní význam pro termoregulaci a mechanickou ochranu
  - dle původu rozlišujeme živočišné a rostlinné tuky
- Cukry (sacharidy)
  - pohotový zdroj energie, ve smíšené stravě by měly představovat 50–55 % energie
  - důležitý vyšší podíl škrobu (cereální potraviny, brambory, rýže) než podíl řepního cukru. Škroboviny obsahují i další tělu prospěšné komponenty, jako je vláknina, vitamíny, nebo minerální látky.

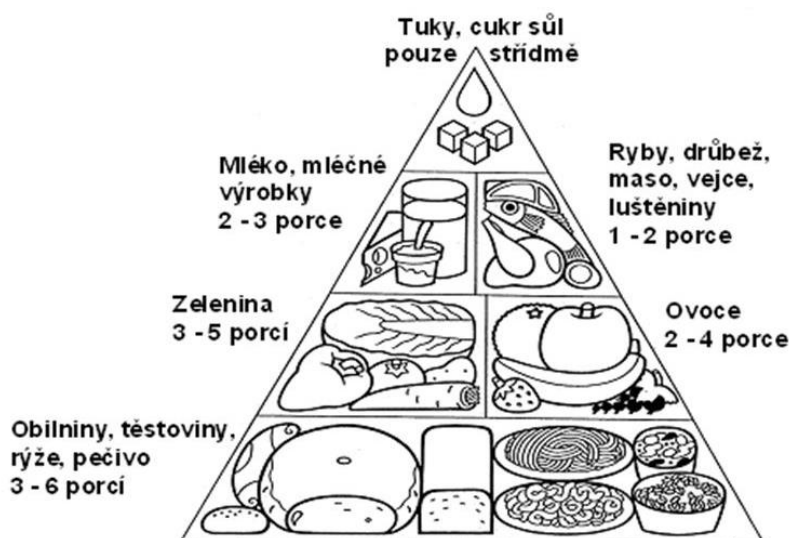
- Minerální látky a stopové prvky
  - nejsou zdrojem energie, ale přesto jsou nezbytnou součástí naší výživy
  - hlavní minerály: Sodík, Draslík, Vápník, Hořčík, Fosfor, Stopové prvky (železo, zinek, fluór, jód)
  - tvoří cca 0,7 % naší tělesné hmotnosti
- Vitamíny
  - nejsou zdrojem energie
  - jsou nezbytnou složkou stravy. Jsou součástí skladby různých enzymů, a tedy podmínkou metabolických pochodů
  - udržují přeměnu látek a energií
  - Hypovitaminóza – nedostatek vitamínu ve stravě
  - Avitaminóza – úplné chybění vitamínu.
  - Hypervitaminóza – nadbytek některých vitamínů ve stravě
  - Nadměrný příjem vitamínů rozpustných ve vodě (C, B1, B2, B5, B6, B12, Bc, Biotin, Niacin) se organismus dokáže zbavit vyloučením z těla, ale vitamíny rozpustné v tucích (D, E, K, A) neumí vyloučit a může dojít k poruše vstřebávání.
- Voda
  - má v organismu mnoho funkcí a je pro jeho činnost nezbytná
  - nedostatek – za 2 až 3 dny – těžké poruchy a během týdne smrt
  - asi 1/3 celkového množství vody v těle je obsažena v buňkách. Mimo buňky je součástí tkáňového moku, krve a mízy
  - u dospělých – asi 60 % celkové hmotnosti a postupujícím věkem její podíl v zastoupeném objemu v organismu klesá (při narození – 75 %)

### Potravinová/výživová pyramida

Potravinovou pyramidu sestavili odborníci jako názornou pomůcku výživových doporučení, která napomáhá k nastavení správných stravovacích návyků a využívá se při vzniku výše uvedených onemocnění spojených se špatnou stravou. Potravinová pyramida se skládá z 6 potravinových skupin, rozdělených do 4 pater. Ke každé potravinové skupině je napsán doporučený počet porcí, které by člověk měl za den sníst. Velikost porce je zde jasně definována. Pyramida názorně vysvětluje jak skladbu, tak doporučené množství a poměr druhů potravin ve správně složeném jídelníčku.

Každodenní strava má obsahovat všechny hlavní potravinové skupiny v určitém poměru (dle grafické podoby pyramidy a numerického doporučení počtu porcí).

**Obrázek 3** Potravinová pyramida zdravé výživy



Strava a stravovací návyky mají velký vliv na zdraví člověka, z nadbytku a nevyváženosti stravy vznikají špatné stravovací návyky, které se 50 % podílejí na 10 hlavních příčinách smrti obyvatel (5 z 10).

Nejběžnější chyby ve výživě:

- Nadměrný příjem masa a masných výrobků.
- Malé zastoupení ryb a drůbeže.
- Nízká spotřeba nízkotučných mléčných výrobků.
- Nízká spotřeba zeleniny a ovoce.
- Vysoká spotřeba pochutin a sladkých nápojů.
- Vysoká spotřeba soli.

Zdravotní rizika nevhodné výživy:

- Saturevané tuky (nasycené mastné kyseliny) a cholesterol → zvýšení hladiny cholesterolu v krevním séru, urychlení rozvoje aterosklerózy
- Vysoký příjem saturevaných tuků (nasycené mastné kyseliny) a vysoký energetický příjem → roste riziko nádorů prsu, kolorekta, endometria, ovarií
- Vysoký příjem soli → vysoké riziko hypertenze, karcinom žaludku
- Dlouhodobý vysoký příjem jednoduchých sacharidů → obezita, ovlivňuje vznik inzulinové rezistence vedoucí k diabetu II. typu
- Nízký příjem vlákniny → rozvoj aterosklerózy, diabetes II. typu, kolorektální karcinom (karcinom tlustého střeva).
- Nízký příjem vápníku, vitamínu D → ovlivňuje vznik osteoporózy.
- Nízký příjem jódu → ovlivňuje poruchy funkce štítné žlázy.
- Nízký příjem látek s antioxidačním účinkem (vitamin C, E, beta karoten, selen) → rozvoj aterosklerózy, nádorových onemocnění.

Odpovědnost za vlastní zdraví závisí na osobním přesvědčení a postoji člověka, ale současně je podmíněna také faktory sociálního prostředí, faktory ekonomickými, praktickými možnostmi a vlastními zkušenostmi.

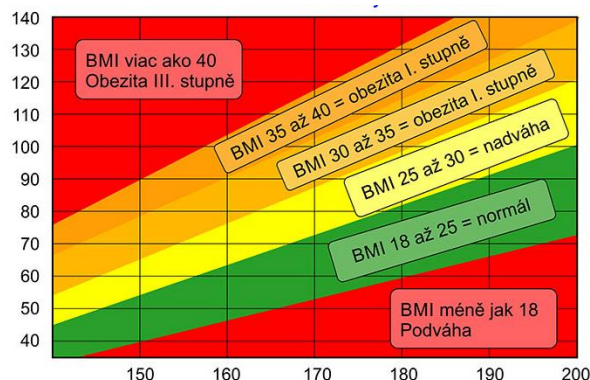
### Index tělesné hmotnosti

Charakteristiku tělesné výšky a hmotnosti v sobě slučuje Index tělesné hmotnosti (Body Mass Index). Nadváhu, tedy index vyšší než 25 kg/m<sup>2</sup> mělo v roce 2014 celkem 63,2 % mužů a 48 % žen (r. 2008 celkem 63 % mužů a 54 % žen), přitom zhruba 18,7 % všech respondentů spadá do kategorie obezity.

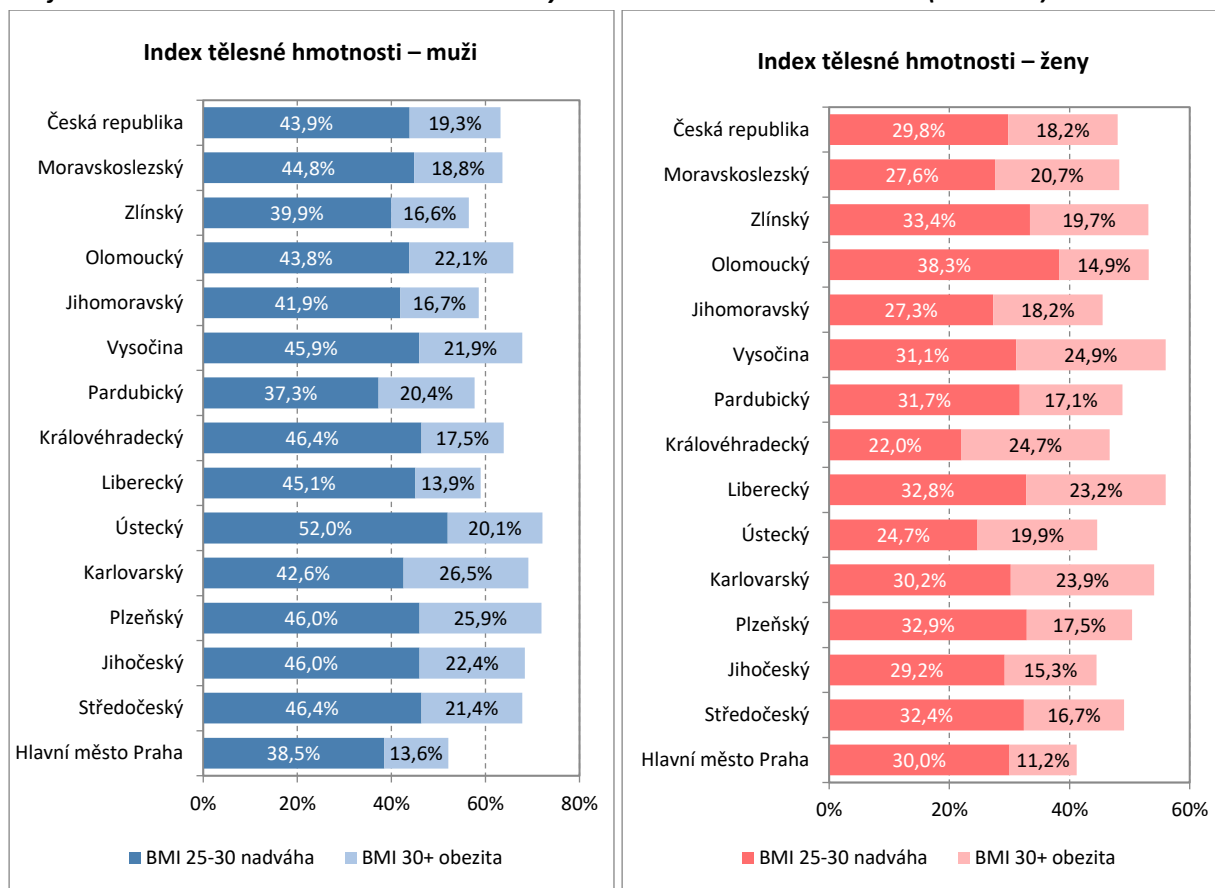
Jedním z faktorů, které mohou zejména tělesnou hmotnost ovlivňovat, je fyzická aktivita. Nějakou aerobní mírně náročnou fyzickou aktivitu (sport, včetně rekreačního, jízda na kole, fitness aktivity) alespoň 150 min. týdně provádělo 39 % mužů a 28 % žen, 20 % mužů a 13 % žen provádělo aktivity na posilování svalů (např. silový trénink, odporový trénink, kliky, dřepy či posilovací cvičení) alespoň dva dny v týdnu, chůzi se věnovali téměř všichni respondenti.

Obrázek 4 BMI – graf a vzorec

$$\text{BMI} = \frac{\text{hmotnost}}{\text{výška}^2}$$



**Graf 71 Index tělesné hmotnosti muži a ženy v roce 2014 – obezita + nadváha (BMI >=25)**



Pozn.: Jedná se o údaje z výběrového šetření, získané na vzorku cca 6,5 tis. respondentů, je nutné brát na vědomí omezenou velikost souboru, zejména při krajském třídění.

Zdroj: [www.reportinguzis.cz](http://www.reportinguzis.cz), Výběrové šetření o zdravotním stavu EHIS 2014

### Konzumace ovoce a zeleniny

Druhým z faktorů ovlivňujícím tělesnou stavbu jedince je strava. Mezi zásady správné výživy patří častá konzumace ovoce a zeleniny. Denně konzumovalo v roce 2014 ovoce 36,9 % mužů a 56 % žen (r. 2008 – ovoce 57 % mužů a 75 % žen), zeleninu pak konzumuje denně o něco méně osob, tj. 34,2 % mužů a 48,1 % žen (r. 2008 53 % mužů a 66 % žen). Respondenti z Královéhradeckého kraje byli v denní konzumaci ovoce a zeleniny výrazně v roce 2014 nad průměrem ČR.

**Tabulka 10 Podíl osob konzumující ovoce alespoň jednou denně v roce 2014 (v %)**

Kraj	Muži	Ženy	Celkem – obě pohlaví
Hlavní město Praha	30,4 % (N = 225)	56,9 % (N = 343)	45,3 % (N = 568)
Středočeský	37,8 % (N = 344)	60,0 % (N = 493)	49,3 % (N = 837)
Jihočeský	42,7 % (N = 204)	55,2 % (N = 276)	49,2 % (N = 480)
Plzeňský	38,9 % (N = 214)	59,8 % (N = 247)	48,8 % (N = 461)
Karlovarský	35,8 % (N = 130)	53,3 % (N = 162)	44,6 % (N = 292)
Ústecký	27,7 % (N = 137)	39,9 % (N = 236)	34,6 % (N = 373)
Liberecký	26,7 % (N = 133)	51,0 % (N = 229)	40,1 % (N = 362)
<b>Královéhradecký</b>	<b>38,4 % (N = 136)</b>	<b>59,8 % (N = 214)</b>	<b>50,1 % (N = 350)</b>
Pardubický	32,5 % (N = 182)	53,8 % (N = 251)	43,3 % (N = 433)
Vysočina	38,9 % (N = 205)	60,5 % (N = 235)	49,8 % (N = 440)

Kraj	Muži	Ženy	Celkem – obě pohlaví
Jihomoravský	43,6 % (N = 224)	59,3 % (N = 287)	51,5 % (N = 511)
Olomoucký	27,0 % (N = 140)	49,1 % (N = 231)	38,6 % (N = 371)
Zlínský	45,2 % (N = 188)	72,7 % (N = 213)	57,3 % (N = 401)
Moravskoslezský	41,2 % (N = 314)	55,3 % (N = 419)	48,2 % (N = 733)
Česká republika	36,9 % (N = 2776)	56,0 % (N = 3836)	46,8 % (N = 6612)

Pozn.: Jedná se o údaje z výběrového šetření, získané na vzorku cca 6,5 tis. respondentů, je nutné brát na vědomí omezenou velikost souboru, zejména při krajském třídění.

Zdroj: [www.reportinguzis.cz](http://www.reportinguzis.cz), Výběrové šetření o zdravotním stavu EHIS 2014

**Tabulka 11 Podíl osob konzumující zeleniny alespoň jednou denně v roce 2014 (v %)**

Kraj	Muži	Ženy	Celkem – obě pohlaví
Hlavní město Praha	29,1 % (N = 225)	51,0 % (N = 343)	41,4 % (N = 568)
Středočeský	38,9 % (N = 344)	53,6 % (N = 493)	46,5 % (N = 837)
Jihočeský	30,7 % (N = 204)	49,7 % (N = 276)	40,6 % (N = 480)
Plzeňský	37,2 % (N = 214)	55,4 % (N = 247)	45,8 % (N = 461)
Karlovarský	33,5 % (N = 130)	43,9 % (N = 162)	38,7 % (N = 292)
Ústecký	16,2 % (N = 137)	27,7 % (N = 236)	22,7 % (N = 373)
Liberecký	24,8 % (N = 133)	41,3 % (N = 229)	33,9 % (N = 362)
<b>Královéhradecký</b>	<b>39,7 % (N = 136)</b>	<b>55,9 % (N = 214)</b>	<b>48,6 % (N = 350)</b>
Pardubický	33,2 % (N = 182)	47,8 % (N = 251)	40,6 % (N = 433)
Vysočina	34,5 % (N = 205)	43,2 % (N = 235)	38,9 % (N = 440)
Jihomoravský	43,3 % (N = 224)	53,4 % (N = 287)	48,4 % (N = 511)
Olomoucký	31,8 % (N = 140)	43,9 % (N = 231)	38,2 % (N = 371)
Zlínský	41,2 % (N = 188)	60,9 % (N = 213)	49,9 % (N = 401)
Moravskoslezský	34,5 % (N = 314)	44,1 % (N = 419)	39,3 % (N = 733)
Česká republika	34,2 % (N = 2776)	48,1 % (N = 3836)	41,4 % (N = 6612)

Pozn.: Jedná se o údaje z výběrového šetření, získané na vzorku cca 6,5 tis. respondentů, je nutné brát na vědomí omezenou velikost souboru, zejména při krajském třídění.

Zdroj: [www.reportinguzis.cz](http://www.reportinguzis.cz), Výběrové šetření o zdravotním stavu EHIS 2014

## 3.2 Životní styl

### Kouření

Všechny formy spotřeby tabáku významně přispívají ke vzniku více než 20 různých nemocí a k předčasnému úmrtí. Nejzávažnějšími z těchto nemocí jsou nemoci srdce a cév a nádory. V posledních letech je celoevropským trendem nárůst prevalence nikotinismu u dětí a žen.

Věk 11–15 let je nejkritičtější období pro vznik závislosti kouření, kdy hlavní motivací je snaha vypadat dospěle, vyrovnat se dospělým, získat obdiv vrstevníků. V tomto věku ještě nekouří pro „potěšení“, ale kouření je považováno za chování pomáhající řešit v kolektivu vrstevníků vytvoření úspěšného postavení. Kolem 17. roku se „skupina“ kuřáků rozpadá a kouří nadále jen ti, kteří kouřit chtějí.

**Tabulka 12 Kuřáctví dle věkových kategorií a pohlaví v roce 2014 (v %)**

Věk	Současní kuřáci		Současní denní kuřáci		Bývalí kuřáci		Pasivní kuřáci	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy
15-24	37,4 %	19,7 %	23,8 %	6,1 %	2,4 %	6,7 %	13,9 %	7,3 %
25-34	42,7 %	27,8 %	36,0 %	16,8 %	14,4 %	13,7 %	19,7 %	9,7 %
35-44	36,7 %	27,2 %	29,3 %	21,4 %	19,9 %	17,4 %	16,6 %	9,2 %

Věk	Současní kuřáci		Současní denní kuřáci		Bývalí kuřáci		Pasivní kuřáci	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy
45-54	39,0 %	30,1 %	32,3 %	21,0 %	22,3 %	13,0 %	18,8 %	10,5 %
55-64	32,6 %	26,5 %	27,7 %	21,9 %	31,1 %	18,1 %	12,1 %	8,8 %
65-74	27,3 %	12,8 %	20,4 %	9,9 %	40,9 %	24,9 %	7,4 %	4,9 %
75+	17,1 %	5,1 %	11,3 %	3,5 %	41,9 %	15,0 %	4,5 %	2,0 %
Celkem	35,0 %	22,6 %	27,6 %	15,7 %	22,8 %	16,0 %	14,4 %	7,9 %

Pozn.: Jedná se o údaje z výběrového šetření, získané na vzorku cca 6,5 tis. respondentů, je nutné brát na vědomí omezenou velikost souboru, zejména při krajském třídění. Současní kuřáci 0 Podíl osob, které kouří denně nebo příležitostně.

Bývalí kuřáci – Podíl osob, které v současné době nekouří, ale kouřily v minulosti (denně nebo příležitostně).

Pasivní kuřáci – Podíl osob, které jsou vystavené tabákovému kouři uvnitř místnosti nejméně hodinu denně.

Zdroj: [www.reportinqzis.cz](http://www.reportinqzis.cz), Výběrové šetření o zdravotním stavu EHIS 2014

**Tabulka 13 Kuřáctví dle krajů a pohlaví v roce 2014 (v %)**

Kraj	Muži			Ženy			Celkem		
	současný kuřák	bývalý kuřák	celkový počet responden tů	současný kuřák	bývalý kuřák	celkový počet responden tů	současný kuřák	bývalý kuřák	celkový počet responden tů
Hlavní město Praha	22,50 %	15,10 %	N = 227	17,60 %	4,50 %	N = 345	19,80 %	9,20 %	N = 572
Středočeský	28,70 %	12,50 %	N = 368	17,10 %	7,70 %	N = 503	22,90 %	10,10 %	N = 871
Jihočeský	26,00 %	20,70 %	N = 206	13,10 %	11,70 %	N = 286	19,20 %	15,90 %	N = 492
Plzeňský	15,90 %	15,70 %	N = 221	15,70 %	6,60 %	N = 251	15,80 %	11,40 %	N = 472
Karlovarský	30,40 %	16,40 %	N = 132	23,30 %	13,90 %	N = 164	26,80 %	15,20 %	N = 296
Ústecký	28,80 %	11,90 %	N = 140	20,90 %	7,20 %	N = 238	24,30 %	9,30 %	N = 378
Liberecký	20,50 %	16,80 %	N = 141	16,70 %	9,50 %	N = 229	18,50 %	12,90 %	N = 370
<b>Královéhradecký</b>	<b>34,90 %</b>	<b>18,10 %</b>	<b>N = 136</b>	<b>15,60 %</b>	<b>10,00 %</b>	<b>N = 214</b>	<b>24,30 %</b>	<b>13,70 %</b>	<b>N = 350</b>
Pardubický	27,30 %	17,50 %	N = 182	10,70 %	8,20 %	N = 251	18,90 %	12,80 %	N = 433
Vysočina	24,00 %	24,50 %	N = 214	14,00 %	10,10 %	N = 235	19,10 %	17,40 %	N = 449
Jihomoravský	27,10 %	17,40 %	N = 230	11,00 %	7,90 %	N = 288	19,10 %	12,70 %	N = 518
Olomoucký	36,90 %	18,40 %	N = 144	14,50 %	7,70 %	N = 235	25,20 %	12,80 %	N = 379
Zlínský	23,30 %	14,10 %	N = 201	8,60 %	4,30 %	N = 219	17,00 %	9,90 %	N = 420
Moravskoslezský	35,70 %	9,30 %	N = 314	18,20 %	9,40 %	N = 421	27,00 %	9,40 %	N = 735
Česká republika	27,60 %	15,50 %	N = 2856	15,70 %	8,00 %	N = 3879	21,50 %	11,60 %	N = 6735

Pozn.: Jedná se o údaje z výběrového šetření, získané na vzorku cca 6,5 tis. respondentů, je nutné brát na vědomí omezenou velikost souboru, zejména při krajském třídění.

Zdroj: [www.reportinqzis.cz](http://www.reportinqzis.cz), Výběrové šetření o zdravotním stavu EHIS 2014

#### Zdravotní rizika kouření:

- Rozvoj kardiovaskulárních onemocnění, 50% úmrtí na kardiovaskulární onemocnění, zejména koronární příhody.
- Kouření je příčinou 30 % úmrtí na nádorová onemocnění.
- Kouření je příčinou 90 % karcinomů plic.
- Na převážné většině úmrtí na chronické obstrukční nemoci plic se podílí kouření.
- Kouření v těhotenství přináší riziko potratu, nižší porodní váhy novorozence, poškození či úmrtí plodu.
- Zvýšení nebezpečí dalších rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění – hypertenze, obezita, nízká pohybová aktivita.
- Riziko pasivního kouření → děti.

Prevenčí kouření je

- důsledná informovanost dětí a veřejnosti o následcích kouření – informační kampaně;
- vzory nekuřáckého chování (učitel, lékař a sestra, rodiče);
- zamezení přístupu dětí a mládeže k cigaretám;
- celospolečenská prevence legislativními opatřeními a důsledná kontrola legislativních opatření (tvrdé postihy);
- ochrana nekuřáků před pasivním kouřením;
- individuální postup při odvykání kouření (léčba u praktických lékařů, specializovaná léčba v poradnách pro odvykání kouření).

### Nadměrná konzumace alkoholu

Hazardní, rizikové pití je konzumace s velmi pravděpodobnými zdravotními důsledky. Je definováno jako týdenní příjem u mužů vyšší než 350 g čistého alkoholu (35 jednotek) a u žen 210 g (21 jednotek), kdy 1 jednotka = 10 g alkoholu (1 dcl vína, 1 malá sklenka destilátu a 0,3 l piva). Jako pití s relativně nízkým rizikem je tolerováno množství méně než 28 jednotek týdně pro muže a 14 jednotek pro ženy.

Konzumace alkoholu je v České republice hojně rozšířená, z výsledku evropského šetření o zdraví 2014 vyplývá, že zde více než 16 % mužů konzumuje alkohol denně, u žen je takto častá konzumace méně rozšířená, přes 3 % žen. Šetření sleduje i rozložení rizikových konzumentů alkoholu z hlediska věku a pohlaví (viz tabulka níže).

**Tabulka 14 Konzumace alkoholu v ČR dle věku a pohlaví v roce 2014 (v % osob)**

Věk	Celoživotní abstinenti			Denní konzumenti alkoholu			Nárazové pití alkoholu		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
15-24	13,3 %	16,9 %	14,9 %	3,0 %	0,0 %	1,6 %	31,5 %	13,9 %	23,4 %
25-34	2,3 %	2,3 %	2,3 %	6,2 %	1,4 %	3,9 %	31,2 %	14,0 %	22,9 %
35-44	0,8 %	4,0 %	2,5 %	14,0 %	1,6 %	7,5 %	26,0 %	8,4 %	16,8 %
45-54	1,7 %	5,5 %	3,7 %	19,5 %	4,9 %	11,9 %	22,2 %	7,0 %	14,3 %
55-64	0,9 %	2,0 %	1,4 %	25,8 %	5,3 %	15,5 %	17,6 %	5,2 %	11,4 %
65-74	0,7 %	5,5 %	3,4 %	28,7 %	5,9 %	15,8 %	14,4 %	2,7 %	7,8 %
75+	1,7 %	7,3 %	5,0 %	22,5 %	2,8 %	10,6 %	5,1 %	0,8 %	2,5 %
Celkem	2,9 %	5,5 %	4,3 %	16,4 %	3,2 %	9,5 %	22,8 %	7,5 %	14,9 %

Pozn.: Jedná se o údaje z výběrového šetření, získané na vzorku cca 6,5 tis. respondentů, je nutné brát na vědomí omezenou velikost souboru, zejména při krajském třídění.

Denní konzumace alkoholu – Podíl osob, které v posledních 12 měsících konzumovaly nápoj obsahující alkohol (pivo, víno, destiláty, likéry, míchané nápoje) každý den nebo téměř každý den.

Nárazové pití alkoholu prezentuje – Podíl osob, které uvedly nárazové pití alkoholu (požití alespoň 60 g čistého alkoholu při jedné příležitosti) alespoň jednou měsíčně v posledních 12 měsících.

Zdroj: [www.reportinguzis.cz](http://www.reportinguzis.cz), Výběrové šetření o zdravotním stavu EHIS 2014

Zdravotní rizika spojená s nadměrnou konzumací alkoholu:

- Cirhóza jaterní.
- Nádory dutiny ústní, hltanu, hrtanu, jícnu, žaludku, tlustého střeva, prsu.
- Hypertenze → iktus.
- Gastritis, pankreatitis
- Poruchy nervového systému.
- Poruchy reprodukčního systému.
- Psychické poruchy (deprese).
- Každé 3. úmrtí mužů 15-29 let na úrazy, dopravní nehody, otravy alkoholem.
- Zkušenost s alkoholem znamená zvýšené riziko experimentů s ostatními drogami.
- Sociální důsledky (rodina, zaměstnání, agresivní chování, kriminální činnost).

Strategické přístupy boje proti alkoholismu ověřené v praxi:

- národní politika boje proti alkoholismu;
- zdravotní výchova;
- obecné uznání – zvyšování podvědomí o škodlivosti nadměrné konzumace alkoholu, znalosti příčin a důsledků nadměrné konzumace alkoholu;
- individuální prevence (léčba u praktických lékařů, specializovaná léčba v poradnách a léčebnách).

### Pohybová aktivita

Pro zachování a upevnování zdraví je nezbytným a nejpřirozenějším předpokladem aktivní pohyb/tělesná aktivita, tzn. jakýkoliv tělesný pohyb, který vykonává kostrové svalstvo, a který vede k výdeji energie. Statistické podchycení fyzické aktivity je komplikované a neustále se zdokonaluje. Ve výběrovém šetření EHIS 2014 je fyzická aktivita sledována v zaměstnání a ve volném čase.

**Tabulka 15 Fyzická aktivita (% osob vykonávajících příslušnou aktivitu)**

Věk	Převážně sedavá aktivita nebo stání (u zaměstnaných osob)			Aerobní fyzická aktivita alespoň mírné intenzity alespoň 150 minut týdně			Posilování svalů alespoň dvakrát týdně		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
15-24	26,8 %	49,3 %	34,3 %	64,7 %	48,8 %	57,3 %	44,0 %	19,6 %	32,7 %
25-34	37,6 %	63,6 %	47,2 %	47,8 %	34,1 %	41,2 %	27,4 %	16,3 %	22,0 %
35-44	35,5 %	51,2 %	43,1 %	40,5 %	27,8 %	33,8 %	18,2 %	10,8 %	14,3 %
45-54	35,6 %	51,8 %	43,9 %	28,4 %	22,2 %	25,2 %	8,5 %	11,8 %	10,2 %
55-64	38,7 %	57,5 %	45,8 %	18,8 %	16,6 %	17,7 %	7,1 %	9,3 %	8,2 %
Celkem	36,1 %	54,4 %	44,2 %	39,2 %	28,4 %	33,8 %	20,1 %	13,0 %	16,5 %

Pozn.: Jedná se o údaje z výběrového šetření, získané na vzorku cca 6,5 tis. respondentů, je nutné brát na vědomí omezenou velikost souboru, zejména při krajském třídění.

*Převážně sedavá aktivita nebo stání (u zaměstnaných osob) - Podíl osob, které uvedly, že jejich pracovní aktivita je převážně sedavá nebo stání. Zahrnuty jsou pouze osoby zaměstnané.*

*Aerobní fyzická aktivita alespoň mírné intenzity alespoň 150 minut týdně – Podíl osob, které vykonávají aerobní mírně náročnou fyzickou aktivitu (sport, včetně rekreačního, jízda na kole, fitness aktivity) alespoň 150 min. týdně.*

*Posilování svalů alespoň dvakrát týdně – Podíl osob, které uvedly, že vykonávají aktivity na posilování svalů (např. silový trénink, odporový trénink, kliky, dřepy či posilovací cvičení) alespoň dva dny v týdnu.*

Zdroj: [www.reportinquizis.cz](http://www.reportinquizis.cz), Výběrové šetření o zdravotním stavu EHIS 2014

Protektivní vlastnosti pohybu/pohybové aktivity:

- Snižování rizika onemocnění srdce a cév.
- Snižování krevního tlaku.
- Zlepšování lipoproteinového profilu.
- Redukce hmotnosti, prevence obezity.
- Prevence diabetu II. typu
  - zvýšení glukózové tolerance,
  - snížení inzulínorezistence.
- Prevence vzniku osteoporózy.
- Snížení rizika nádorů – karcinom prsu, kolorektální karcinom.
- Zlepšení psychického stavu a zvládnání stresu.

Intervence:

- Celospolečenská edukace
- Podpora sportovních aktivit – školy, zájmové organizace
- Zdravotní výchova
- Pohyb jako součást obecných režimových doporučení
- Pohyb jako doplněk léčebných doporučení



- Zvyšování zdravotně orientované zdatnosti – kardiorespirační zdatnost, svalová síla, kloubní pohyblivost
- Účast na projektech podpory zdraví
- Specializované činnosti tělovýchovného lékařství

## Drogové závislosti

Drogová závislost je sociální, psychologický a somatický syndrom, ke kterému dochází následkem opakovaného užívání jedné nebo více psychoaktivních látek. Psychická závislost je stav, při kterém droga vyvolává příjemné pocity a uspokojení. Fyzická závislost je adaptační stav, který se projevuje intenzivními tělesnými potížemi, pokud je podávání drogy omezeno nebo je mu zabráněno (abstinenční syndrom). Problémové užívání drog je tělesný, psychologický, sociální nebo právní problém související s pravidelným nadměrným příjmem drog, léků nebo jiných látek.

Nejčastěji zneužívané skupiny drog: těkavé látky (lepidla, aerosoly, rozpouštědla, výfukové plyny), upravené konopí (hašiš, marihuana), opiáty (heroin, kodein), barbituráty, amfetaminy a jejich deriváty, kokain, halucinogenní drogy (LSD), „domácí drogy“ vyráběné amatérsky doma nebo v tajných laboratořích (extáze).

Obecné rozdělení drog:

- Přírodní (od vzniku světa, rostliny) X Chemické (od 20. století, napodobují přírodní drogy)
- Legální (tabák, alkohol, léky, inhalační látky) X Nelegální (halucinogeny, opiáty, simulanty, konopí)

Postupnost užívání návykových látek – alkohol + tabák → marihuana → další ilegální drogy, a proto tabák, alkohol, konopné drogy jsou tzv. „průchozí drogy“.

**Tabulka 16 Odhadovaný počet uživatelů drog v ČR (r. 2016)**

	Počet	z toho uživatelé				Počet na 1 000 osob 15–64 let
		heroin	buprenorfin	jiné opioidy	pervitin	
Královéhradecký kraj	1 000	0	100	0	900	2,9
Česká republika	46 800	3 400	7 300	1 700	34 300	6,7

Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2013, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti

**Tabulka 17 Celoživotní prevalence užití nelegálních drog v populaci ČR podle pohlaví a věkových skupin (v %)**

Droga	Muži (n=1385)	Ženy (n=1490)	Celkem (n=2875)	15-34 let (n=1017)
Konopné látky	34,6	19,1	26,6	43,8
Extáze	10,0	4,4	7,1	14,3
Pervitin	4,5	1,5	3,0	5,9
Kokain	2,2	0,6	1,4	2,4
Heroin	1,2	0,3	0,7	1,3
LSD	3,3	1,1	2,1	3,6
Halucinogenní houby	8,0	3,0	5,4	10,3
Těkavé látky	6,1	1,8	3,9	4,7
Nové psychoaktivní látky	0,9	0,4	0,7	1,2

Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v r. 2016, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti

Zdravotní důsledky:

- Předávkování s možným letálním koncem.
- Hypotermie nebo horečka.
- Respirační komplikace – hypoventilace, akutní pulmonální edém, snížený kašlací reflex, bronchitidy, pneumonie.
- Kardiovaskulární komplikace – tachykardie nebo bradykardie, vazokonstrikce, hypertenze.

- Účinek na centrální nervový systém – křeče způsobené mozkovou excitací, známky poškození mozečku (nystagmus, ataxie, periferní a optická neuropatie), poruchy vnímání, poškození poznávacích funkcí, poruch paměti.
- Účinek na reprodukční orgány a sexuální funkce – nepravidelnost menstruačního cyklu, ztráta libida,
- Psychiatrické poruchy – symptomy paranoidní schizofrenie, deprese, anxieta, hypomanie, delirium.
- Vyšší riziko sebevraždy.
- Intravenózní aplikace drog v sobě zahrnuje i další rizika, jako je hepatitis B a AIDS.

Účinky psychosociální. Okamžité psychotropní efekty (excitace, zvýšené sebevědomí, zrakové a sluchové halucinace nebo pseudohalucinace, změněné vnímání). Pozdějšími efekty jsou úzkost, deprese, agresivita, útlum mozkové činnosti, ztráta paměti a poškozený stav vědomí. Nefarmakologické účinky („drogové chování“) zahrnuje zanedbávání povinností, nutkání získat drogu i za cenu násilí, ztráta sebevědomí, chování vedoucí k úrazům a nehodám.

Intervence:

- Legislativní zákaz nebo omezování zneužívání drog.
- Vzdělávání o drogách a jejich účincích na školách a ve sdělovacích prostředcích.
- Propagování životního stylu podporujícího duševní a tělesné zdraví.
- Omezení škodlivých následků zaměřené na uživatele drog, kteří se nechtějí z jakéhokoliv důvodu vzdát svého zvyku, včetně substituce.

## Stres

Dalším faktorem s negativním dopadem na zdraví je stres, který představuje nesoulad mezi zevními požadavky a individuálními možnostmi a neschopnost aktivně se vyrovnávat se zátěží.

Nejznámější zdroje stresu:

- Rodina
- Zdravotní stav
- Práce a seberealizace
- Ekonomická situace
- Životní plány a perspektivy

Lidský organizmus nerozlišuje pozitivní stres od negativního stresu, stresory jsou různé a reakce organismu na ně je také různá, např.:

- zrychlený, vyplavují víc adrenalinu, noradrenalinu, kortizolu a jiných hormonů
- příprava organismu na útěk a boj
- tep, tělo přijímá víc kyslíku, snižuje se překrvení kůže a vnitřních orgánů, prudké bušení srdce, nadměrné pocení, sucho v ústech, chvění a třes celého těla, hněv a výbuchy agresivity, pocit bezmoci a beznaděje, úzkosti, ...

Zdravotní rizika způsobená stresem:

- Poruchy psychického stavu a duševního zdraví.
- Podíl na rozvoji psychosomatických poruch.
- Podíl na rozvoji somatických onemocnění (kardiovaskulárních onemocnění aj.).
- Negativní ovlivnění imunitních funkcí.

Intervence:

- Sociální politika
- Edukace veřejnosti
- Omezování situací vyvolávajících stresovou reakci
- Účast na projektech podpory zdraví
- Zdravotní výchova

- Uvažování o stresu jako možné příčině somatických obtíží a poruch
- Specializovaná péče

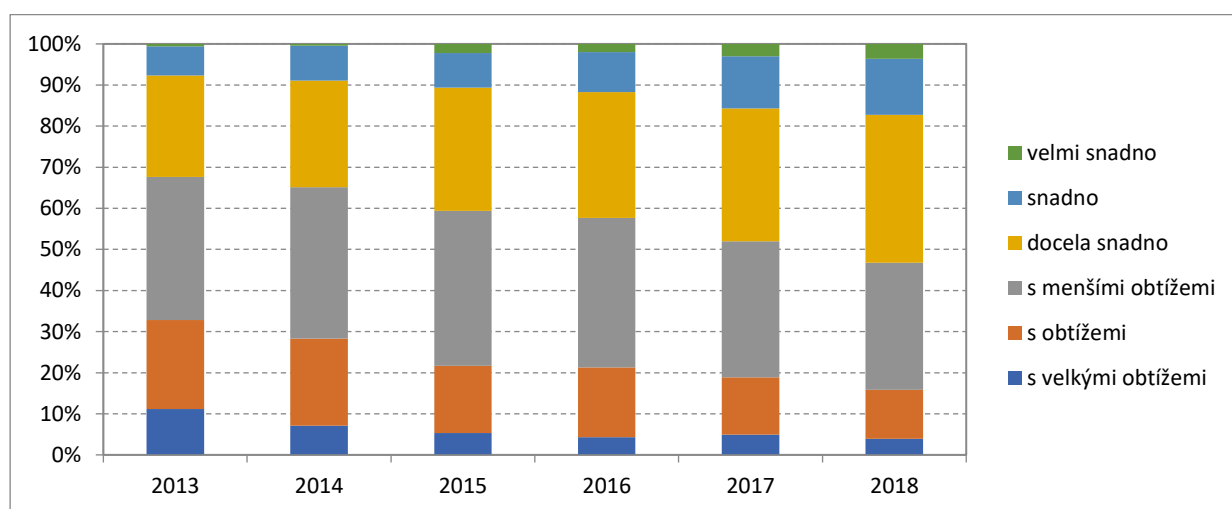
### 3.3 Sociálně ekonomické faktory zdraví

Sociálně ekonomické faktory – sociální status, sociální opora a kontakty, vzdělání, HDP, příjem a jeho diference ve společnosti, zaměstnanost, sociální vyloučení, to vše jsou faktory, které rozhodují o zdravotním stavu obyvatelstva ve stejné ne-li větší míře než všechny ostatní faktory dohromady.

Podchycení některých z nich lze nalézt ve výběrovém šetření o zdravotním stavu obyvatel EHIS, které zajišťuje ÚZIS ČR (sociální kontakty, vzdělání, příjem, rodinný stav), nebo v šetření EU-SILC prováděným ČSÚ pod názvem „Životní podmínky“ (pracovní aktivita, životní podmínky a příjmy obyvatelstva, ...).

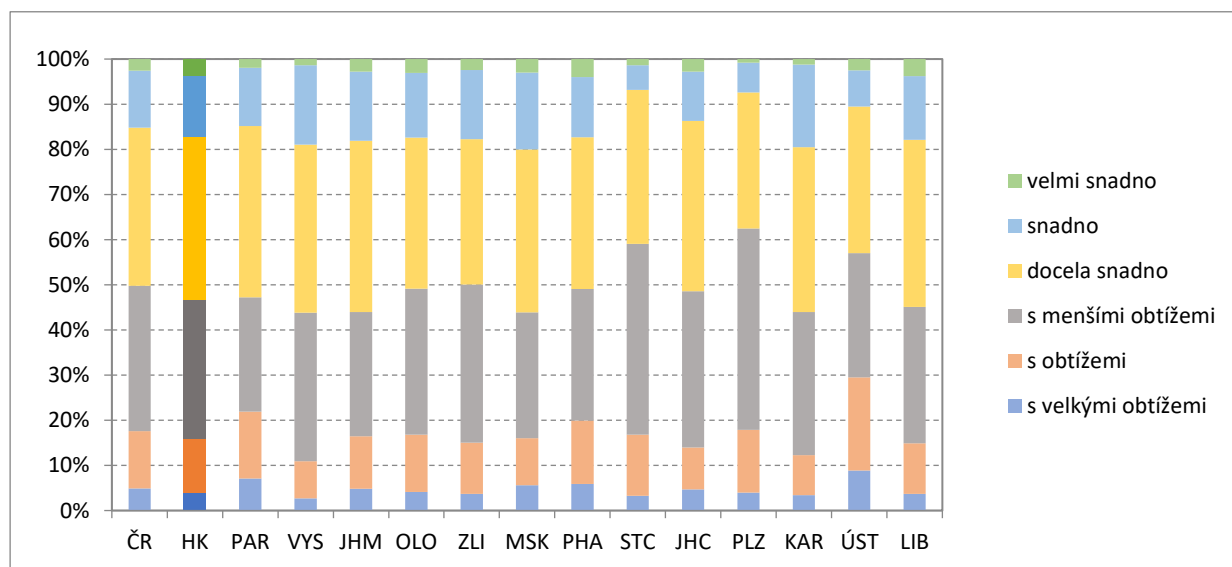
V roce 2018 v Královéhradeckém kraji vycházelo s obtížemi s příjmy téměř 47 % domácností, s většími či velkými skoro 16 %. V celé České republice jsou však tyto podíly ještě vyšší – nějaké obtíže mělo cca 50 % domácností a větší či velké obtíže mělo cca 18 % domácností.

**Graf 72 Jak snadno vycházely domácnosti s příjmem (podíl domácností v %) – Královéhradecký kraj**



Zdroj: ČSÚ, EU-SILC

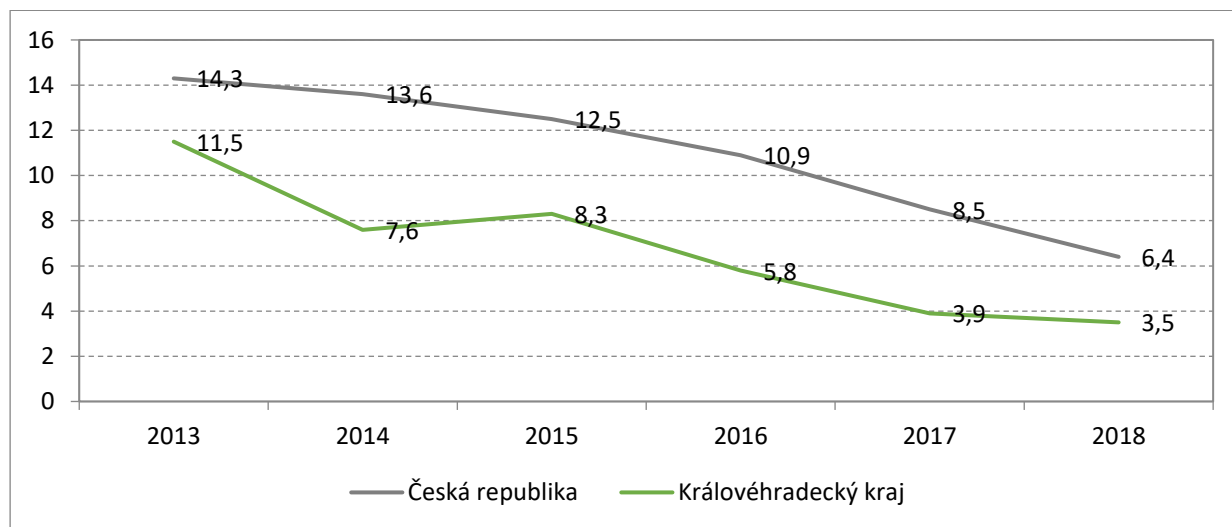
**Graf 73 Jak snadno vycházely domácnosti s příjmem – srovnání mezi kraji 2018**



Zdroj: ČSÚ, EU-SILC

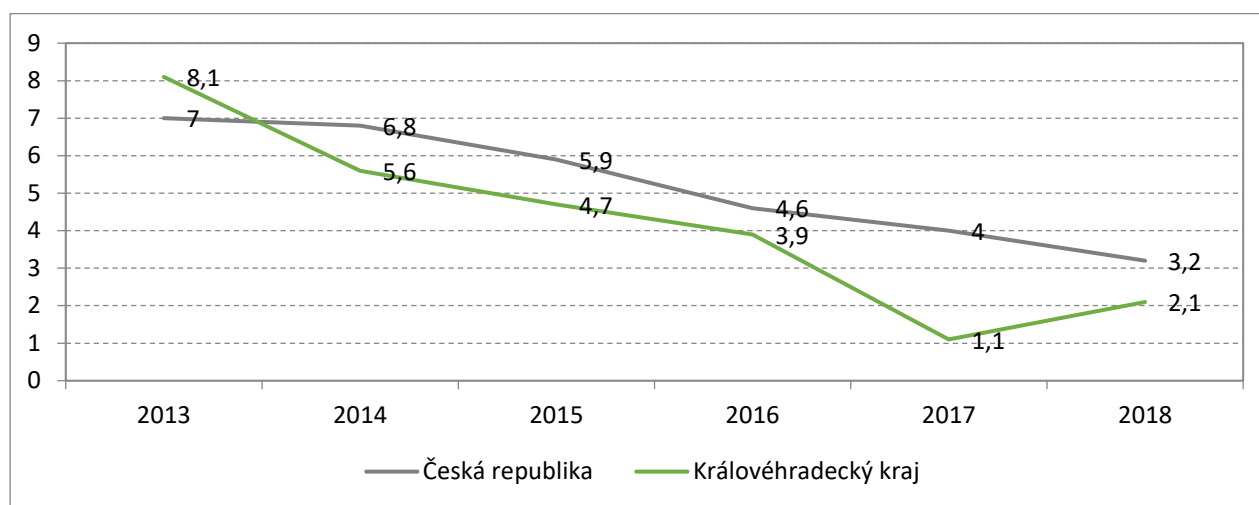
V roce 2018 bylo v Královéhradeckém kraji 3,5 % domácností, které si nemohou dovolit z finančních důvodů jíst obden maso, což je dost pod celorepublikovým průměrem (v celé ČR je to 6,4 %). Dále je 2,1 % domácností, které nemohou z finančních důvodů dostatečně vytápět byt. V celé ČR je to pak o něco více (3,2 %).

**Graf 74 Podíl domácností, které si nemohly dovolit jíst obden maso (v%)**



Zdroj: ČSÚ, EU-SILC

**Graf 75 Podíl domácností, které si nemohly dovolit dostatečně vytápět byt (v%)**

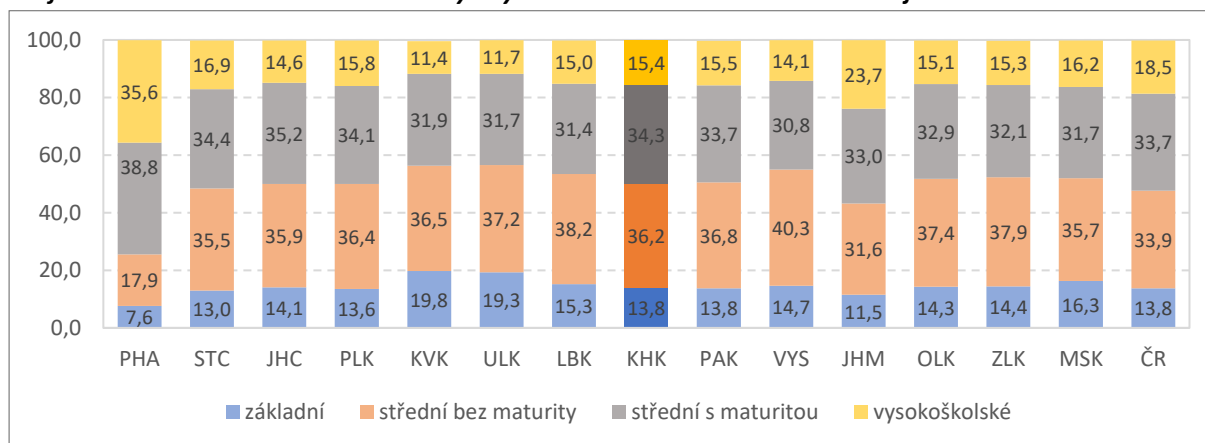


Zdroj: ČSÚ, EU-SILC

### Vzdělanostní struktura obyvatel

Jeden z klíčových faktorů ovlivňující životní styl a tím i zdravotní stav obyvatelstva je úroveň vzdělání. Královéhradecký kraj patří v porovnání s ostatními kraji Česka k regionům s průměrnou úrovní vzdělanosti obyvatel. Polovinu populace starší 15 let tvoří lidé s maximálním dosaženým vzděláním základním nebo středním bez maturity – průměr ČR je 47,7 %. Podíl vysokoškolsky vzdělaných se dle údajů z výběrového šetření pracovní síly pohyboval v roce 2016 kolem 15,4 % ze všech obyvatel nad 15 let (7. místo v Česku). Tento podíl je však stále pod průměrem ČR (18,5 %). Nad průměrem ČR se kraj pohybuje u podílu osob se středním vzděláním s maturitou. Vzdělanostní struktura obyvatel se trvale zlepšuje, ale stále ještě nedosahuje průměru Česka. Růst vzdělanosti je velmi intenzivní proces a má dopad na životní styl, který ovlivňuje zdravotní stav obyvatelstva, a tím i na prodlužování střední délky života, která v Královéhradeckém kraji patří k nejvyšším v České republice.

**Graf 76 Porovnání vzdělanostní struktury obyvatelstva ve věku 15 a více let v krajích ČR**



Zdroj: Zaměstnanost a nezaměstnanost podle výsledků VŠPS – roční průměry – rok 2016, vlastní zpracování

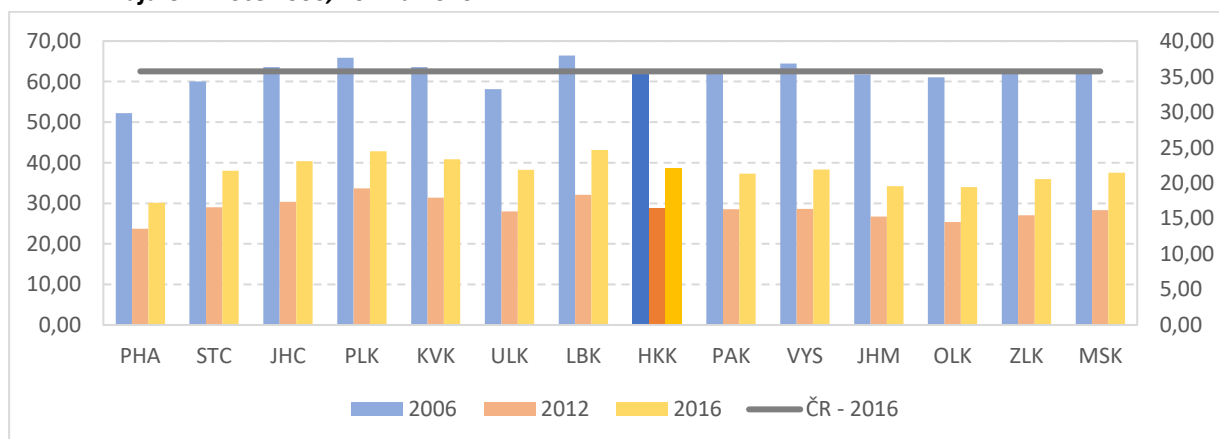
Poměry a trendy ve vzdělanostní struktuře obyvatelstva v Královéhradeckém kraji nijak výrazně nevybočují ze situace v České republice, v rámci kraje existují rozdíly mezi krajským centrem a periferními oblastmi.

### Úrazy a pracovní neschopnost

Statistika pracovní neschopnosti se od ostatních zdrojů dat o nemocnosti odlišuje těsným vztahem k ekonomickému vývoji. Průměrné procento pracovní neschopnosti vyjadřuje podíl celkové délky pracovní neschopnosti na kalendářním fondu času pojištěných osob v daném období v procentech. Tento ukazatel také vyjadřuje procento pojištěnců, kteří v průměru denně chybí na pracovištích z důvodu pracovní neschopnosti pro nemoc či úraz.

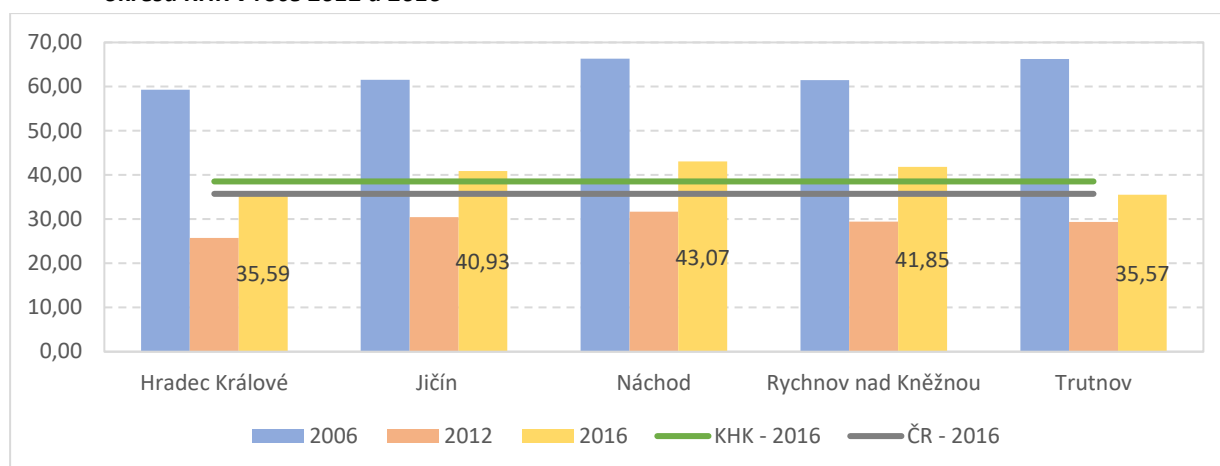
Nově hlášených případů pracovní neschopnosti přepočtených na 100 nemocensky pojištěných v roce 2016 bylo 38,54, což je nadprůměrná hodnota v ČR (35,73). V meziokresním srovnání bylo nejméně těchto případů v okrese Hradec Králové (35,59), nejvíce naopak v okrese Náchod (43,07). Průměrná doba trvání 1 případu pracovní neschopnosti byla v roce 2016 v Královéhradeckém kraji také jedna z nejnižších (40,59) a pod průměrem ČR (43,01). Nejkratší dobu trvání vykazoval opět okres Hradec Králové (39,63), nejdelší pak okres Trutnov (44,85). Průměrné procento pracovní neschopnosti, které měří vliv zdraví na práce schopnost obyvatelstva, je v Královéhradeckém kraji 4,27 a je jedno z nejnižších v celé ČR (průměr ČR 4,20). V roce 2016 tato hodnota byla mezi kraji čtvrtá nejnižší za Hlavním městem Praha, Jihomoravským a Středočeským krajem. Nejnižší procento pracovní neschopnosti mezi okresy Královéhradeckého kraje má okres Hradec Králové (3,85), nejvyšší naopak okres Náchod (4,85).

**Graf 77 Nově hlášené případy pracovní neschopnosti přepočtených na 100 nemocensky pojištěných podle krajů ČR v roce 2006, 2012 a 2016**



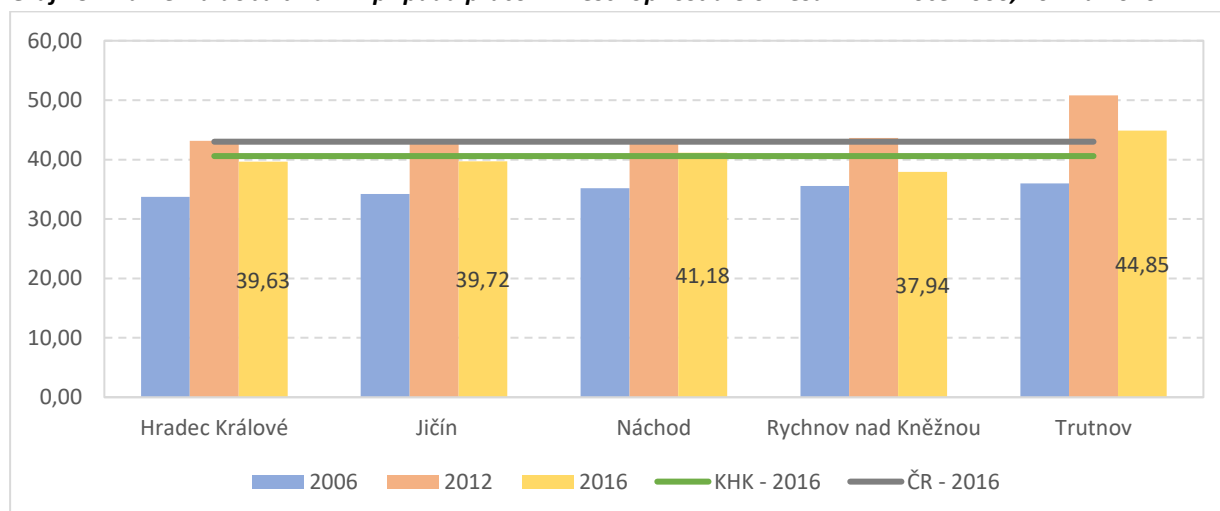
Zdroj: ČSÚ

**Graf 78 Nově hlášené případy pracovní neschopnosti přepočtených na 100 nemocensky pojištěných podle okresů KHK v roce 2012 a 2016**



Zdroj: ČSÚ

**Graf 79 Průměrná doba trvání 1 případu pracovní neschopnost dle okresů KHK v roce 2006, 2012 a 2016**



Zdroj: ČSÚ.

**Tabulka 18 Výskyt úrazů v posledních 12 měsících v ČR (% osob) – 2014**

Věk	Úrazy doma			Úrazy ve volném čase			Podíl osob s úrazem, který si vyžádal lékařské ošetření (ze všech osob v populaci)		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
15-24	4,4 %	8,4 %	6,2 %	20,8 %	12,9 %	17,2 %	18,9 %	13,3 %	16,3 %
25-34	6,4 %	8,2 %	7,3 %	9,5 %	4,2 %	6,9 %	9,6 %	5,3 %	7,6 %
35-44	8,1 %	8,1 %	8,1 %	11,5 %	5,5 %	8,4 %	12,0 %	7,1 %	9,5 %
45-54	8,4 %	7,9 %	8,2 %	2,9 %	4,1 %	3,5 %	5,9 %	6,9 %	6,4 %
55-64	8,5 %	9,8 %	9,1 %	4,4 %	4,5 %	4,5 %	6,8 %	6,0 %	6,4 %
65-74	12,9 %	14,4 %	13,7 %	5,1 %	4,0 %	4,5 %	7,9 %	9,8 %	9,0 %
75+	14,4 %	18,7 %	17,0 %	3,4 %	3,7 %	3,5 %	10,4 %	12,8 %	11,8 %
Celkem	8,4 %	10,3 %	9,4 %	8,6 %	5,3 %	6,9 %	10,1 %	8,2 %	9,2 %

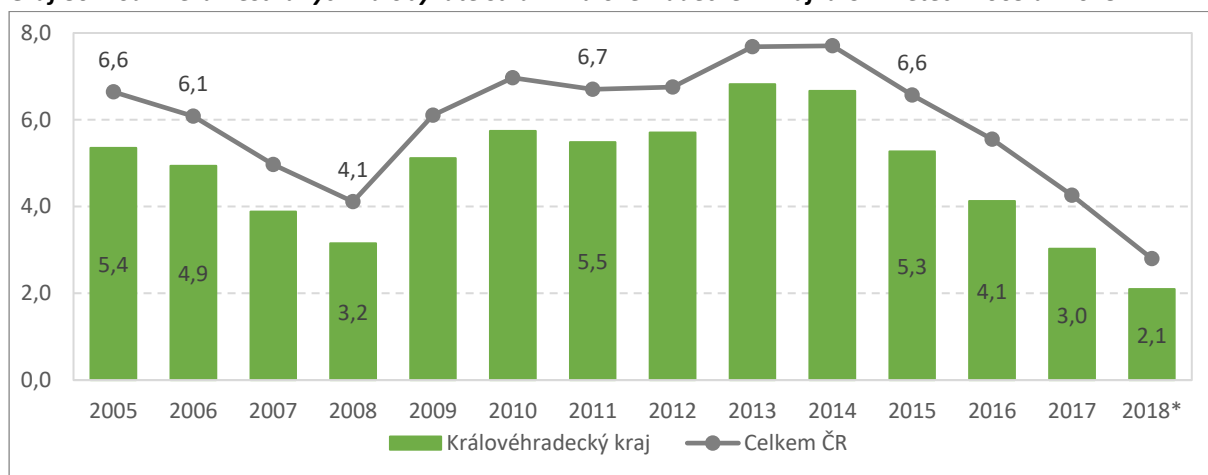
Zdroj: [www.reportinqzizis.cz](http://www.reportinqzizis.cz), Výběrové šetření o zdravotním stavu EHS 2014

## Nezaměstnané osoby

Jedním z klíčových ukazatelů sociální situace v regionu je **podíl nezaměstnaných osob**, tj. podíl dosažitelných uchazečů o zaměstnání v produktivním věku k celkovému počtu obyvatel v produktivním věku.

Královéhradecký kraj patří mezi kraje s trvale podprůměrnou mírou nezaměstnanosti s výraznějšími rozdíly uvnitř kraje. Porovnáme-li jednotlivé kraje na základě obecné míry nezaměstnanosti v roce 2017, tak Královéhradecký kraj zaujímal s hodnotou 3,0 % třetí nejlepší pozici, nejvyšší míra nezaměstnanosti byla v kraji Ústeckém (6,6 %) a Moravskoslezském (6,4 %). V Královéhradeckém kraji se míra nezaměstnanosti snižovala od roku 2005 a svého minima dosáhla v roce 2008 (3,2 %), relativní pokles byl obdobný jako na národní úrovni. Vliv celosvětové ekonomické krize se v kraji projevil opětovným nárůstem počtu nezaměstnaných. Růst zaměstnanosti v sekundárním sektoru v letech 2004–2008 byl přerušen negativním ekonomickým vývojem v roce 2009, který pokračoval i v následujících letech a vyvrcholil v roce 2013. Dopady ekonomické krize se naplno projevil především ve zpracovatelském průmyslu. V roce 2009 počet nezaměstnaných osob vzrostl až na 21,3 tis. osob (nárůst o více jak 95 % v porovnání s koncem roku 2008) a v roce 2013 byl tento počet ještě vyšší (nárůst o téměř 107 % v porovnání s koncem roku 2008). V tomto období se nárůst počtu nezaměstnaných projevil jak v mužské, tak i v ženské složce nezaměstnaných. Od roku 2014 je vývoj na trhu práce v kraji opět příznivý, ekonomika roste, což se pozitivně projevuje na počtu nově vznikajících pracovních pozic. Mezi rokem 2014 a rokem 2017 se podíl nezaměstnaných osob v kraji snížil z 6,7 % na 3,0 % a tento trend stále pokračuje (duben 2018 = míra nezaměstnanosti KHK 2,24 %).

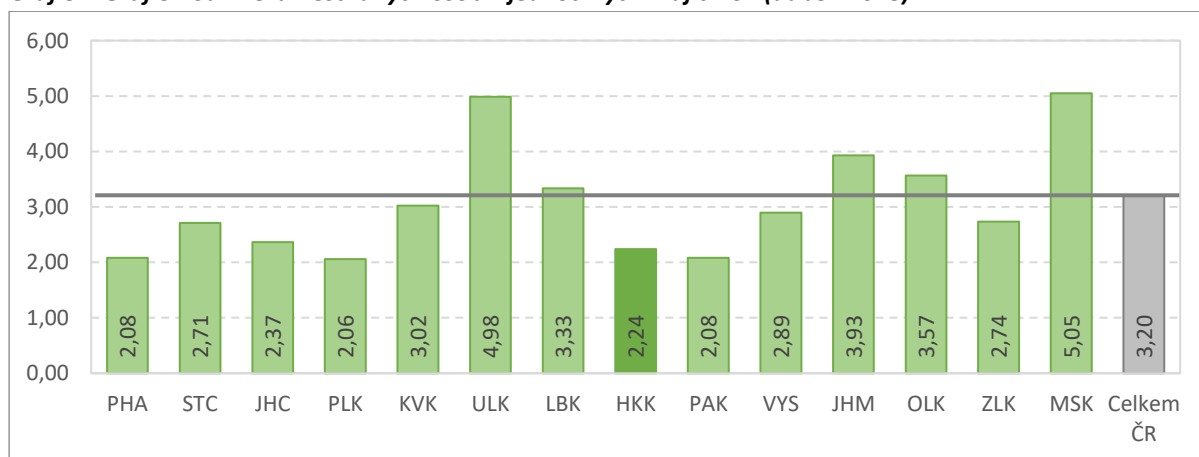
**Graf 80 Podíl nezaměstnaných na obyvatelstvu v Královéhradeckém kraji a ČR v letech 2005 až 2018**



Poznámka: Data jsou k 31.12., \*rok 2018 je k 31.10.

Zdroj: Integrovaný portál MPSV

**Graf 81 Graf 8 Podíl nezaměstnaných osob v jednotlivých krajích ČR (duben 2018)**



Poznámka: Podíl nezaměstnaných osob = počet dosažitelných uchazečů o zaměstnání ve věku 15-64 let / počet obyvatel ve věku 15-64 let v %

Zdroj: Integrovaný portál MPSV

V roce 2008 připadalo na 1 volné pracovní místo v průměru 3,5 uchazeče. V následujících letech se převis poptávky nad nabídkou na trhu práce výrazně zvýšil a nejhorší situace byla v roce 2012, kdy na 1 volné pracovní místo v kraji připadalo v průměru téměř 22 uchazečů. Od roku 2013 se počet nabízených pracovních pozic začal opět zvyšovat a v prosinci roku 2017 připadalo na 1 volné pracovní místo v kraji v průměru 1,09 uchazeče a celkový počet volných pracovních míst byl výrazně vyšší než v roce 2008 (počet volných pracovních míst v roce 2017 se zvýšil o téměř 118 % v porovnání s rokem 2008). V současnosti převyšuje nabídka pracovních míst již poptávku ze strany zájemců o zaměstnání. V dubnu 2018 připadalo na 1 volné pracovní místo 0,76 uchazeče. Důsledkem tohoto vývoje je, že na trhu práce je již nedostatek dosažitelných uchazečů na volné pracovní pozice.

Podíl nezaměstnaných v Královéhradeckém kraji se liší v rámci jednotlivých okresů. Nejnižší míra nezaměstnanosti byla v okrese Rychnov nad Kněžnou (1,4 %), a naopak nejvyšší v okrese Náchod (3,4 %). I tak je ale míra nezaměstnanosti v kraji dlouhodobě pod celorepublikovým průměrem a v některých regionech dosahuje úrovně plné zaměstnanosti.

### 3.4 Vliv prostředí, ochrana a podpora veřejného zdraví

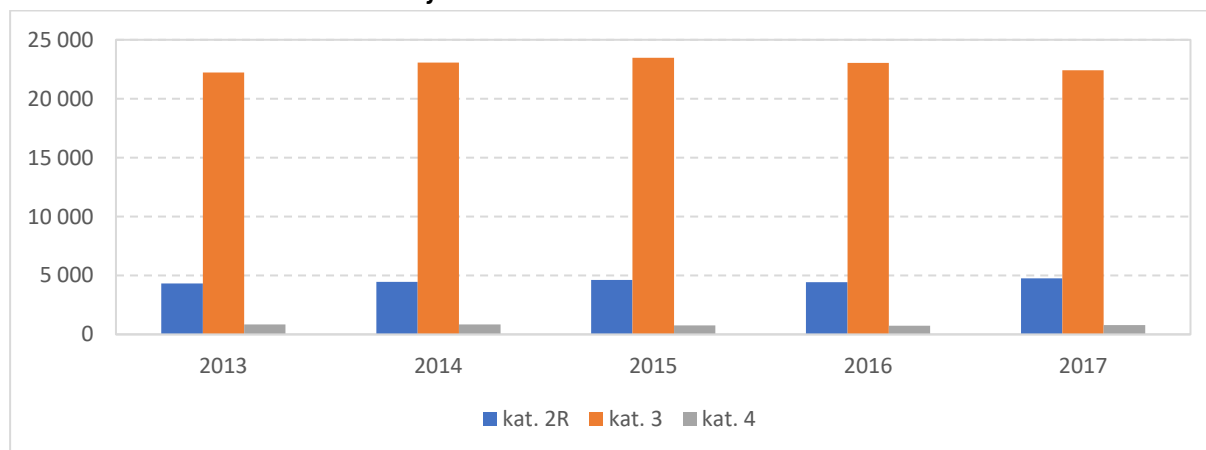
Udržitelný vztah lidí a ekosystémů je v zájmu nejen přírody a ekosystémů, ale má nezanedbatelný vliv i na kvalitu lidského života. V posledních desetiletích se přibývá důkazů o stále rostoucích negativních dopadech lidské činnosti na ekologické systémy v celém světě. Vznikají obavy z územních i časových důsledků ekosystémových změn, které jsou pro člověka nežádoucí.

Podrobnější informace lze čerpat v aktuální verzi krajského dokumentu „Zdravotní stav obyvatel Královéhradeckého kraje“ a ve „Zprávě o životním prostředí v Královéhradeckém kraji“ za rok 2017, kterou vydalo Ministerstvo životního prostředí ČR.

#### Pracovní prostředí

V oblasti ochrany zdraví při práci je předcházení poškození zdraví a vzniku profesionálních onemocnění zaměstnanců hlavním cílem činnosti KHS HK. Za tímto účelem hygienické stanice monitorují expozice rizikovým faktorům práce a pracovních podmínek pomocí tzv. kategorizace prací (kat. 2, kat. 3, kat. 4). Zaměstnavatelům je stanovena zákonná povinnost vyhodnotit rizika poškození zdraví při práci. K tomu slouží jednotná metodika – kategorizace prací. Jejím smyslem je zjištění zátěže (expozice) zaměstnanců faktory pracovních podmínek a přijímání potřebných opatření pro zajištění ochrany zdraví zaměstnanců. Faktory pracovního prostředí se třídí do 13 skupin – prach, chemické látky, hluk, vibrace, neionizující záření elektromagnetické pole, fyzická zátěž, pracovní poloha, zátěž teplem, zátěž chladem, psychická zátěž, zraková zátěž, práce s biologickými činiteli a práce ve zvýšeném tlaku vzduchu.

**Graf 82** Počet osob vykonávajících rizikové práce v jednotlivých kategoriích v letech 2013 až 2017 v Královéhradeckém kraji



Zdroj: IS KaPr



Z grafu je patrné, že v Královéhradeckém kraji ve všech sledovaných letech je rozložení počtu osob vykonávající rizikové práce s ohledem na výslednou kategorii práce srovnatelné, počty exponovaných osob se významně nemění. Nejčastěji se jedná o práce kategorie 3.

**Tabulka 19 Počet osob exponovaných jednotlivým faktorům pracovních podmínek v rizikové kategorii v Královéhradeckém kraji v letech 2013–2017**

KHK	2013	2014	2015	2016	2017
Prach	2256	2210	2156	2398	2323
Chemické látky	<b>2886</b>	2171	2211	2232	<b>2022</b>
Hluk	15684	15811	15942	15287	15035
Vibrace	3101	3111	3143	3016	2994
Neionizující záření a elektromagnetické pole	<b>1020</b>	1079	1084	1103	<b>602</b>
Fyzická zátěž	<b>4156</b>	4916	5130	5181	<b>5374</b>
Pracovní poloha	<b>3487</b>	3506	3354	3327	<b>2121</b>
Zátěž teplem	419	384	366	398	388
Zátěž chladem	25	64	62	62	62
Psychická zátěž	1779	1858	1907	1738	1654
Zraková zátěž	335	372	468	473	481
Biologické činitele	1336	1287	1315	1371	1395
Práce ve zvýšeném tlaku vzduchu	3	3	3	3	3

Zdroj: IS KaPr

Z tabulky výše uvedené je zřejmé, že v posledních pěti letech nedošlo k výrazným výkyvům v počtu osob exponovaných jednotlivým sledovaným rizikovým faktorům v celkovém součtu v kategoriích 2R až 4. Za povšimnutí stojí nárůst počtu exponovaných rizikového faktoru fyzická zátěž, a to především s ohledem na lokální svalovou zátěž. Vysvětlení je možné hledat v narůstajícím počtu prací montážního charakteru ve spojení s rozvojem automobilového a elektrotechnického průmyslu. Pokles počtu osob exponovaných faktoru neionizujícího záření a elektromagnetické pole a faktoru pracovní poloha je výsledkem změny kritérií hodnocení. Mírný pokles expozice u faktoru chemické látky je možné přisoudit realizaci technických opatření k úpravě pracovních podmínek či změnám technologie výroby. Vzhledem k výše uvedenému jsou jako dostatečně vypovídající podrobněji uváděny údaje pouze za rok 2017.

V rámci České republiky je nejčastějším faktorem na rizikové úrovni hluk, dále fyzická zátěž, vibrace a prach, nejméně často se vyskytuje zraková zátěž, zátěž teplem a zátěž chladem, práce ve zvýšeném tlaku vzduchu se prakticky nevyskytuje. Podíl jednotlivých faktorů se během posledních roků prakticky nemění. Nejčastěji jsou zaměstnanci vystaveni působení nadměrného hluku (zpravidla ustáleného nebo proměnného). Jedná se celkem o více než 286 tisíc zaměstnanců, z toho u téměř 2 tisíc zaměstnanců se vyskytuje expozice hluku, jehož ekvivalentní hladina akustického tlaku je vyšší než 105 dB (kategorie čtvrtá). U nadměrné fyzické zátěže pak převažují práce vykonávané malými svalovými skupinami, u faktoru prach se v rizikové kategorii nejčastěji vyskytuje prach s převážně fibrogenním účinkem, zejména prach černouhelných dolů a slévárenský prach. Pokud jsou překročeny přípustné expoziční limity u vibrací, jedná se zpravidla o vibrace přenášené na ruce při práci s nejrůznějšími nástroji (motorové pily, ruční brusky, pneumatické nářadí apod.). Pořadí dalších faktorů z hlediska počtu exponovaných zaměstnanců v jednotlivých rizikových kategoriích, je uvedeno v následující tabulce.

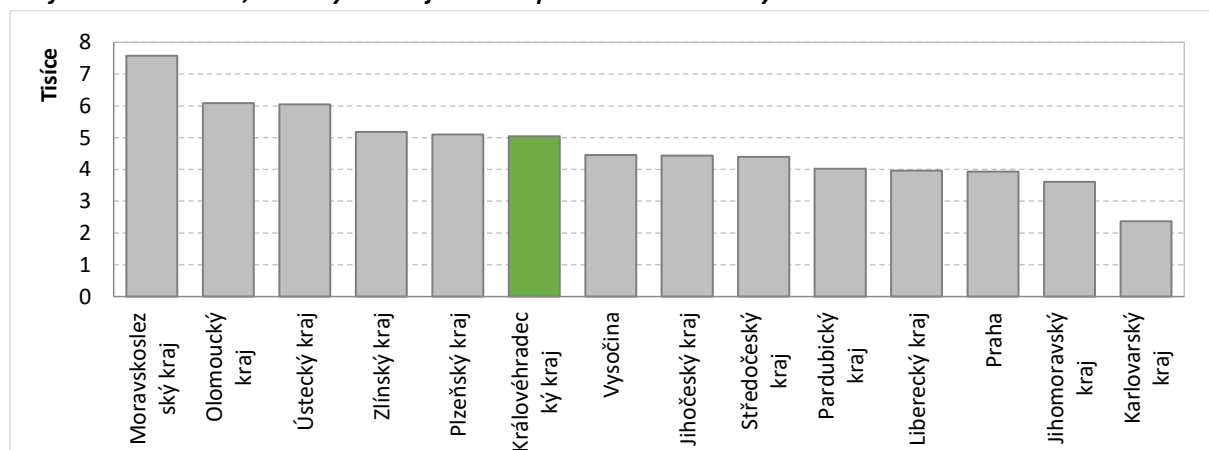
**Tabulka 20 Počet osob exponovaných jednotlivým faktorům pracovních podmínek v rizikové kategorii 2R až 4 v Královéhradeckém kraji a ČR k 31. 12. 2017**

	Kat. 2R		Kat. 3		Kat. 4		CELKEM	
	KHK	ČR	KHK	ČR	KHK	ČR	KHK	ČR
Hluk	3 161	27 471	11 832	256 248	42	1 855	15 035	285 574
Fyzická zátěž	128	9 306	5 246	106 121	0	11	5 374	115 438
Vibrace	596	6 386	1 969	54 895	429	6 515	2 994	67 796
Prach	309	6 084	1 827	55 512	187	5 381	2 323	66 977
Chemické látky	748	1 950	1 051	39 408	223	0	2 022	41 358
Pracovní poloha	73	1 589	2 048	36 042	0	0	2 121	37 631
Psychická zátěž	0	9 967	1 654	21 580	0	64	1 654	31 611
Biologické činitele	961	9 574	434	15 112	0	1 511	1 395	26 197
Neionizující záření a elektromagnetické pole	32	0	570	23 346	0	0	602	23 346
Zátěž teplem	0	173	388	15 400	0	0	388	15 573
Zraková zátěž	0	733	481	14 737	0	0	481	15 470
Zátěž chladem	2	29	60	5 764	0	0	62	5 793
Práce ve zvýšením tlaku vzduchu	3	3	0	117	0	1	3	121

Zdroj: IS KaPr

V kategorii 2R (převažuje rizikový faktor hluk, následuje faktor biologické činitele a faktor chemické látky). Do kategorie 3 je zařazena většina prací vyhodnocených jako práce rizikové. Ve srovnání s předchozí kategorií nabývá významu především expozice osob faktoru fyzická zátěž (hlavně lokální svalová zátěž). Expozice osob hluku stále přetrvává na vysoké úrovni. Prací zařazených v kategorii 4 je obecně nejméně. Převažuje u nich obtížně ovlivnitelný faktor vibrace (především s přenosem na ruce) a dále faktory chemické látky a prach, jejichž intenzita bývá proměnlivá.

**Graf 83 Počet osob, které vykonávají rizikové práce na 100 000 obyvatel k 31. 12. 2017**



Zdroj: IS KaPr

**Tabulka 21 Počet provozoven a zaměstnavatelů s rizikovými pracemi v jednotlivých okresech Královéhradeckého kraje k 31. 12. 2017**

Okres/kraj	zaměstnavatelé	provozovny	práce
Hradec Králové	808	968	2 410
Jičín	516	590	1 404
Náchod	532	584	1 448
Rychnov nad Kněžnou	310	332	1 304
Trutnov	718	770	1 798
Královéhradecký kraj	2 884	3 244	8 364

Zdroj: IS KaPr

Z uvedené tabulky plyne, že v Královéhradeckém kraji se nejvíce rizikových prací vykonává v okrese Hradec Králové. Celkově se 8 364 rizikových prací vykonává u 2 884 zaměstnavatelů v 3 244 provozovnách.

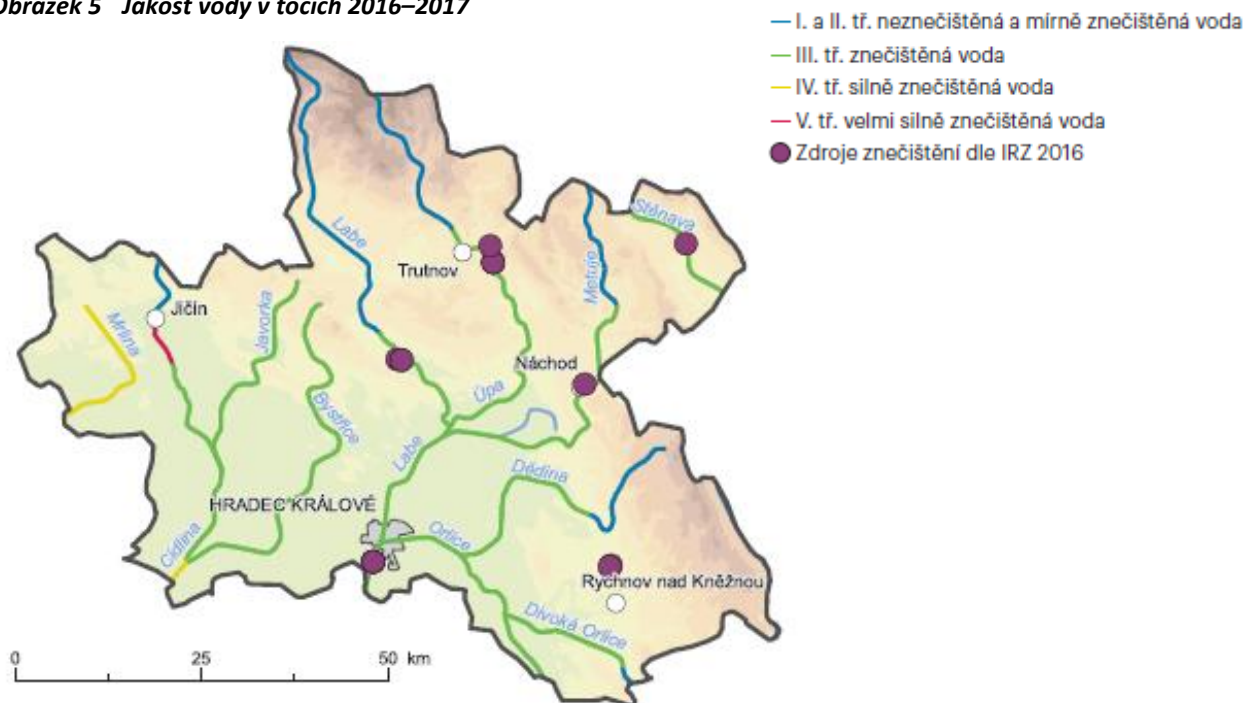
### Životní prostředí voda, ovzduší a hluk

Významný vliv na zdraví obyvatel má kvalita životního prostředí, především kvalita vody (pitné, koupací), ovzduší, půdy a míra ohrožení hlukem. Krajské hygienické stanice v jednotlivých krajích ČR pravidelně sledují tyto oblasti mající vliv na zdraví obyvatel.

#### Voda

Převážná část toků v Královéhradeckém kraji je hodnocena jako znečištěná voda, tedy III. třídou jakosti. Stejně jako v minulém sledovaném období, i v letech 2016–2017 byla část toku Cidliny hodnocena IV. třídou (silně znečištěná voda) a V. třídou jakosti (velmi silně znečištěná voda), ke značnému zhoršení jakosti vod došlo na toku Mrlina (z I. a II. třídy na IV. třídu). Jakost vody je v kraji ovlivňována vypouštěním odpadních vod z ČOV a z průmyslových provozů (výroba elektřiny, automobilový průmysl atd.), intenzivním zemědělstvím a komunálními zdroji znečištění. Jakost vody v tocích byla ovlivněna i nízkými průtoky.

**Obrázek 5 Jakost vody v tocích 2016–2017**

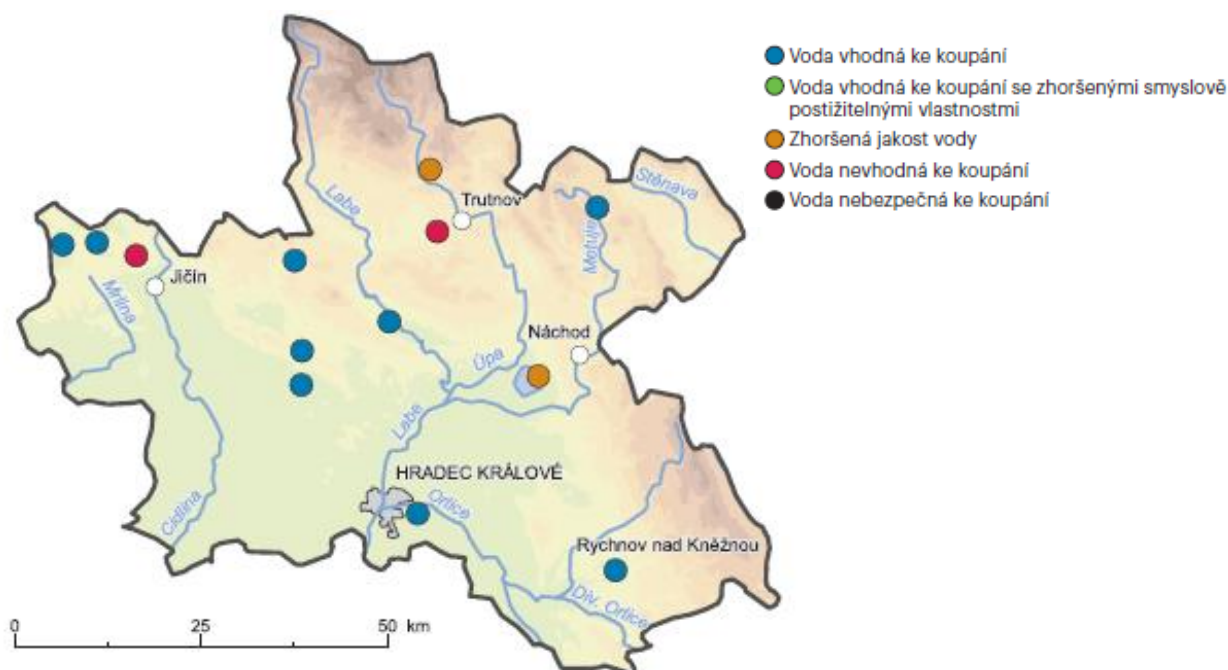


Zdroj: SZÚ, „Zpráva o životním prostředí v Královéhradeckém kraji“ r. 2017, MŽP ČR

Krajská hygienická stanice (KHS) pravidelnými odběry monitoruje kvalitu pitné vody, podzemní a povrchové vody. Zároveň sleduje stav veřejných vodovodů (počet, zdroj čerpání, počet odběratelů, ...). Míra připojení na vodovodní síť se od roku 2000 v Královéhradeckém kraji výrazně zlepšila. Podíl obyvatel zásobovaných vodou z vodovodu činil 94,5 % v roce 2017 a odpovídá tak průměru ČR. Míra připojení obyvatel ke kanalizaci a ČOV je však výrazně podprůměrná, dosahuje pouze 79,8 % v případě kanalizace celkově a 73,9 % pro kanalizaci zakončenou ČOV. Na území kraje bylo v roce 2017 v provozu celkem 131 ČOV, přičemž na jednu z nich bylo v roce 2017 připojeno průměrně 3 352 obyvatel. V roce 2017 bylo dokončeno několik stavebních prací, které vedly k modernizaci ČOV (např. Klamoš – tlaková kanalizace a ČOV).

V letní měsících KHS monitoruje stav vody v koupalištích ve volné přírodě, ve stanovených koupacích oblastech i ve veřejných umělých koupalištích (bazénech), zda splňuje hygienické požadavky. V rámci monitoringu koupacích vod bylo v Královéhradeckém kraji v koupací sezóně 2017 sledováno 17 profilů. Na rozdíl od roku 2016 žádný profil nebyl hodnocen jako nebezpečný ke koupání.

**Obrázek 6 Kvalita koupacích vod, celá koupací sezona 2017**



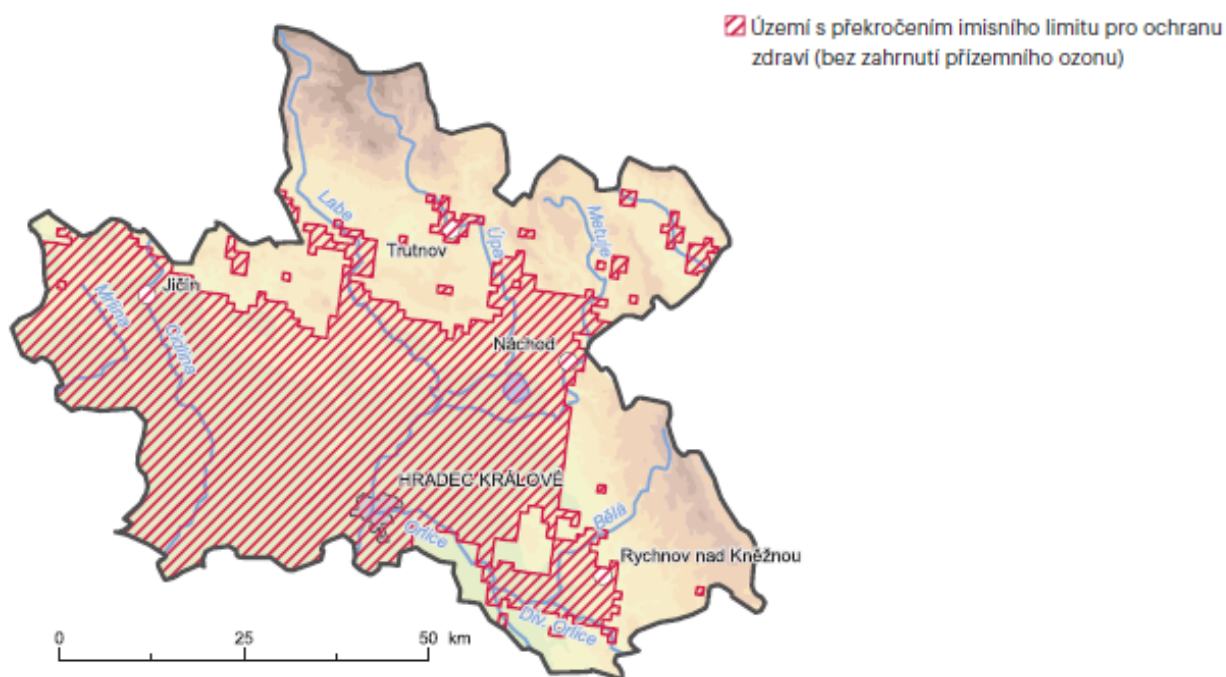
Zdroj: SZÚ, „Zpráva o životním prostředí v Královéhradeckém kraji“ r. 2017, MŽP ČR

## Ovzduší

Kvalita ovzduší v Královéhradeckém kraji je dlouhodobě ovlivňována především vývojem v sektoru dopravy, průmyslu a také lokálním vytápěním domácností. Aktuální situace je pak podmíněna meteorologickými podmínkami.

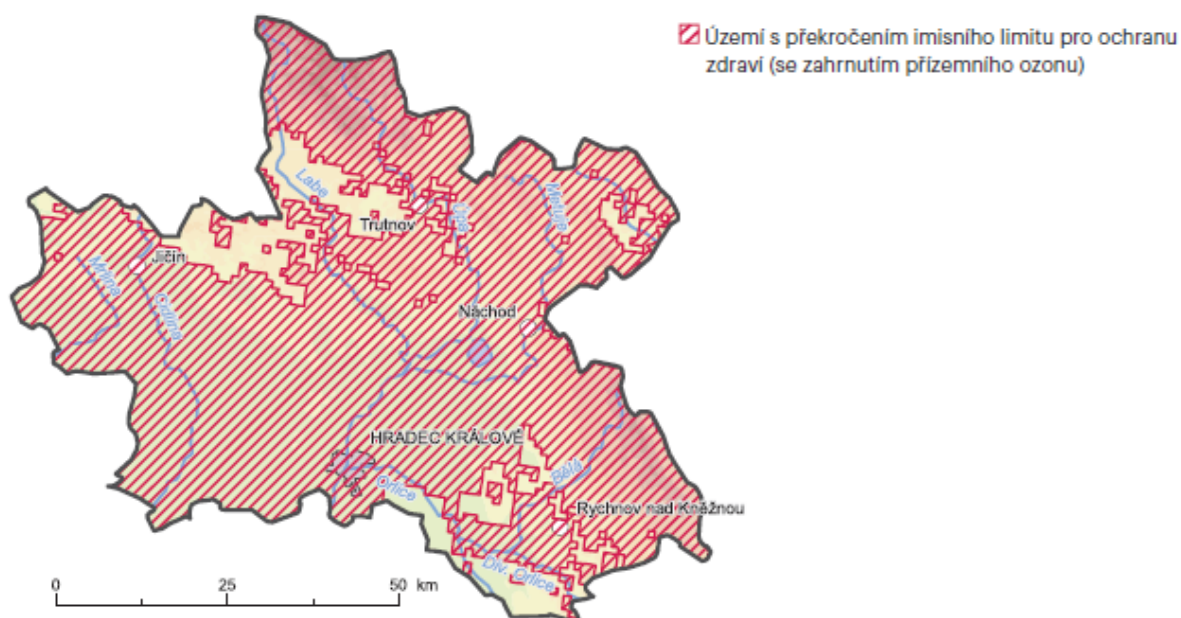
Imisní limity pro ochranu lidského zdraví vyjádřené denními 8hodinovými klouzavými průměrnými koncentracemi ozonu sleduje pravidelně Český hydrometeorologický ústav (ČHMÚ). V roce 2017 byl tento limit v kraji překročen na 2 lokalitách, a to Krkonoše-Rýchory a Polom. Dále byly překročeny limity v 3 dalších lokalitách, konkrétně se jednalo o imisní limit pro roční průměrnou koncentraci B(a)P a imisní limit pro ochranu lidského zdraví pro 24hodinovou koncentraci PM10. Ostatní imisní limity nebyly na stanicích sítě imisního monitoringu v kraji překročeny. Ucelenou informaci o kvalitě ovzduší na území Královéhradeckého kraje v roce 2017 udává mapa oblastí s překročením imisních limitů bez zahrnutí přízemního ozonu<sup>1</sup>. Dle tohoto vymezení došlo v roce 2017 na celkem 54,2 % území kraje k překročení imisního limitu pro alespoň jednu znečišťující látku. Při hodnocení kvality ovzduší se zahrnutím přízemního ozonu<sup>2</sup> se v roce 2017 jednalo o 86,0 % území kraje.

**Obrázek 7** Oblasti kraje s překročenými imisními limity pro ochranu zdraví bez zahrnutí přízemního ozonu v roce 2017



Zdroj: ČHMÚ, „Zpráva o životním prostředí v Královéhradeckém kraji v roce 2017“, MŽP ČR

**Obrázek 8** Oblasti kraje s překročenými imisními limity pro ochranu zdraví se zahrnutím přízemního ozonu v roce 2017



Zdroj: ČHMÚ, „Zpráva o životním prostředí v Královéhradeckém kraji“ r. 2017, MŽP ČR

Zdravotní účinky znečištěného ovzduší se dělí na krátkodobé a dlouhodobé. Mezi krátkodobé vlivy patří například zvýšení výskytu zánětlivých onemocnění plic. Dlouhodobé působení znečištěného vzduchu na člověka se projevuje zhoršením funkcí plic a zkrácením předpokládané délky života.

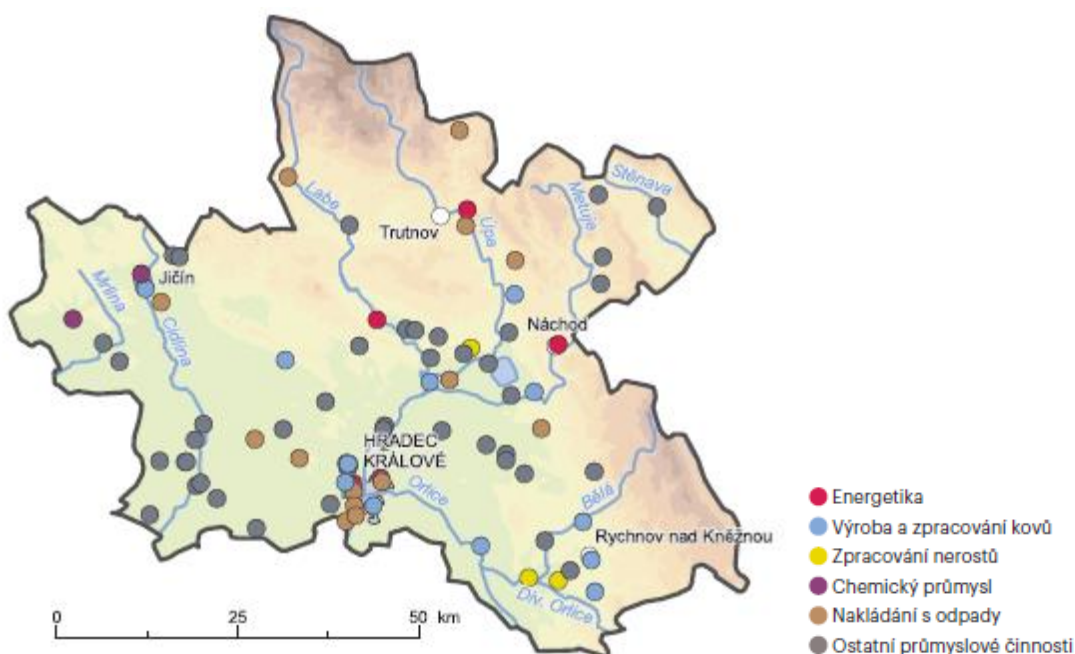
## Hluk a emise

Zvukové prostředí je přirozenou součástí životního prostředí člověka. Sluchem přijímá člověk významný podíl informací o světě. Zvuk je nejen důležitým výstražným podnětem, ale i projevem aktivity člověka. Doba přináší velké množství nových zdrojů hluku a vibrací. Nadbytek zvuku, které tyto zdroje produkují, nemůže často jedinec ovlivnit. Zvuky, které jsou nežádoucí, rušivé nebo škodlivé pro člověka, označujeme jako hluk.

Z hlediska hlukové zátěže pro obyvatelstvo Královéhradeckého kraje je dominantní hluk z dopravy, respektive z provozu na hlavních silnicích. Územím kraje procházejí dálkové silniční tahy mezinárodního významu s vysokou intenzitou dopravy, které jsou s výjimkou dálnice D11 vedeny po silnicích 1. třídy a procházejí z převážné části obcemi bez realizovaných obchvatů. V Královéhradeckém kraji bylo ke konci roku 2017 v platnosti 15 rozhodnutí o časově omezeném povolení pro provoz na pozemních komunikacích jako zdrojů hluku, která se vydávají v případě, kdy nelze z vážných důvodů dodržet hygienické limity v chráněném venkovním prostoru a chráněném venkovním prostoru stavby definovaných zákonem č. 258/2000 Sb. Celkový nárůst hustoty dopravy úzce souvisí s celkovou produkcí emisí do okolí, a to nejen hluku, ale i znečišťujících látek do venkovního ovzduší, zejména tuhých znečišťujících látek.

Kromě dopravy jsou pak zdrojem hluku původní i nově vznikající průmyslové zóny a další areály. V Královéhradeckém kraji je provozováno 83 průmyslových zařízení IPPC (Integrovaná prevence a omezování znečištění – způsob regulace vybraných průmyslových a zemědělských činností při dosažení vysoké úrovně ochrany životního prostředí jako celku) z celkového počtu 1 451 zařízení v celé ČR. Spadá sem např. 42 zařízení z průmyslové činnosti (zejména o zemědělské podniky zaměřující se na výkrm prasat nebo drůbeže), teplárny v Náchodě a ve Dvoře Králové nad Labem, Elektrárna Poříčí, ZVÚ v Hradci Králové, 16 zařízení z kategorie Výroba a zpracování kovů, 15 zařízení pro nakládání s odpady (sklárny, čistírny odpadních vod, zařízení pro sběr, úpravu či recyklaci odpadů apod.) a další. Na vývoji emisí sledovaných znečišťujících látek v kategorii REZZO 1 (velké stacionární zdroje znečištění) v Královéhradeckém kraji měly ve sledovaném období 2008–2017 vliv dva protichůdné jevy – dodržování emisních limitů a neustálé zlepšování technologií s důrazem na snižování vlivu na životní prostředí proti zvyšování průmyslové výroby po překonání ekonomické krize (od roku 2011). Emise SO<sub>2</sub> se tak dařilo udržovat ve snižujícím se trendu, naopak se zvyšující se výrobou v průmyslových zařízeních emise ostatních sledovaných látek mírně rostly.

**Obrázek 9 Průmyslová zařízení IPPC, 2017**



Zdroj: „Zpráva o životním prostředí v Královéhradeckém kraji“ r. 2017, MŽP ČR

## 4 Politika a rozvoj služeb a prevence v oblasti zdraví

Podpora zdraví je proces umožňující všem samostatné rozhodování o zdraví a zvyšující schopnosti všech vlastní zdraví posilovat. Podpora zdraví se zaměřuje na populaci jako celek v souvislostech jejich každodenních životů spíše než na lidi se specifickými zdravotními riziky, a orientuje se na ovlivnění determinant či podmínek zdraví. Podpora zdraví tedy neznamená pouze zodpovědnost zdravotnického resortu za zdraví jednotlivců a populace, ale vyjadřuje individuální ovlivnitelnost zdraví a zodpovědnost za ně prostřednictvím životního stylu a jeho reflexe v osobní pohodě.

Ochrana zdraví je souhrn činností a opatření k vytváření a ochraně zdravých životních a pracovních podmínek a k zabránění šíření infekcí a hromadně se vyskytujících onemocnění. Primární prevence je předcházení vzniku nemocí, ovlivňování determinant, které působí na zdraví a snižování zdravotních rizik. Na primární prevenci nemocí navazují sekundární prevence nemocí, jejichž posláním je vyhledávat časná stadia poruch zdraví preventivními prohlídkami a screeningovými programy s cílem zlepšení šancí na úspěšnost léčby a terciární prevence, která se zaměřuje na znovunastolení zdraví, když již nemoc propukla, a to péčí, ošetřením, léčbou či zmírněním projevů nemoci nebo jejích symptomů. Aktuálně se začíná hovořit i o tzv. kvarterní prevenci, která se začíná zabývat aktivitami zdravotní péče zaměřenými na zmírnění dopadů či vyhnutí se následkům nepotřebných či nadměrných léčebných intervencí.

Veřejné zdravotnictví je chápáno jednak jako věda, ale také jako umění prevence nemocí, prodlužování života a podpory zdraví prostřednictvím organizovaného úsilí celé společnosti.

### 4.1 Zdravotní péče

**Dostupnost zdravotní péče ovlivňuje kvalitu života obyvatel.** Mezi druhy zdravotní péče se řadí ambulantní péče, lůžková péče, zdravotnická záchranná služba a pohotovostní služba, pracovní-lekářské služby, dispenzární péče, lázeňská léčebně rehabilitační péče, poskytování léčivých přípravků a zdravotnických prostředků a preventivní péče. Ambulantní péče je poskytována lékaři primární péče nebo odbornými specialisty. Zdravotnická zařízení lůžkové péče – nemocnice, zařízení dlouhodobé lůžkové péče, následné péče (např. LDN), léčebné ústavy apod. poskytují lůžkovou péči.

Struktura sítě zdravotnických zařízení v Královéhradeckém kraji se v posledních letech výrazně nezměnila a zajištění základní péče zůstává dlouhodobě stabilní. Zdravotnická zařízení jsou rozmístěna po celém území Královéhradeckého kraje, nejvýznamnější zdravotnické zařízení s nadregionální působností je Fakultní nemocnice Hradec Králové (FN HK). Statisticky se Královéhradecký kraj řadí mezi kraje s vyšším počtem zdravotnických lůžek s přepočtem na 1 000 obyvatel (7,9 lůžek) a je nad průměrem ČR (7,4 lůžek). Tento stav je dán přítomností fakultní nemocnice, jako vysoce specializovaného centra. Kraj provedl před několika lety plánovanou redukci počtu lůžek, nicméně v současnosti je neuspokojivý počet lůžek ve vybraných oborech včetně následné ošetrovatelské péče.

Stav zdravotní péče v Královéhradeckém kraji popisuje „Konceptce zdravotnictví Královéhradeckého kraje 2016–2020“. V současnosti se tento dokument za spolupráce zástupců všech druhů zdravotnických zařízení a jednotlivých lékařských oborů aktualizuje a vnikne tak nová „Konceptce zdravotnictví Královéhradeckého kraje 2021–2025“ (předpokládaný termín dokončení dokumentu 06/2020). V analytických podkladech pro tyto konceptce jsou zpracovávána data za jednotlivá zdravotnická zařízení (personál, typ a stav zařízení, vybavení, ...). Samotný zdravotní stav populace neřeší, to je řešeno v aktualizovaném dokumentu „Zpráva o zdravotním stavu obyvatel Královéhradeckého kraje“ z roku 2018. V rámci evropského výběrového šetření o zdraví EHIS 2014 hodnotili respondenti svůj zdravotní stav jako dobrý či velmi dobrý celkem 70,6 % mužů a 66,4 % žen. Je patrné, že ženy hodnotí své zdraví poněkud hůře ve srovnání s muži, zde může mít vliv poněkud starší věková struktura žen ve srovnání s muži. Pokud srovnáváme hodnocení zdraví dle jednotlivých věkových kategorií, zjišťujeme, že obě pohlaví jsou na tom velice podobně, případně se jedná o výkyvy pouze v rámci některých věkových skupin.

Chronickou nemocí trpělo zhruba 6 z 10 respondentů, zatímco u mužů to bylo zhruba 56 % osob, u žen to bylo o 10 procentních bodů více. Rozdíl mezi oběma pohlavími byl potvrzen jako statisticky významný. Omezeno se nějakým způsobem cítí zhruba třetina mužů a 38 % žen, s věkem se podíl osob s omezením zvyšuje.

**Tabulka 22 Celkové zdraví v ČR (minimální evropský modul) (% osob) – 2014**

Věk	Dobré nebo velmi dobré subjektivní zdraví			Dlouhodobá nemoc nebo zdravotní problém (chronické nemocnění)			Dlouhodobé omezení v běžných činnostech		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
15-24	94,9 %	95,2 %	95,0 %	26,3 %	37,8 %	31,6 %	15,2 %	18,9 %	16,9 %
25-34	89,6 %	95,0 %	92,2 %	33,5 %	38,8 %	36,0 %	15,7 %	15,7 %	15,7 %
35-44	86,5 %	80,2 %	83,2 %	40,1 %	55,3 %	47,9 %	21,3 %	27,9 %	24,7 %
45-54	69,5 %	67,3 %	68,4 %	62,2 %	66,2 %	64,3 %	30,0 %	34,4 %	32,2 %
55-64	54,2 %	56,6 %	55,4 %	75,8 %	81,0 %	78,4 %	45,0 %	44,7 %	44,9 %
65-74	42,6 %	40,1 %	41,2 %	87,9 %	89,2 %	88,7 %	57,6 %	57,5 %	57,6 %
75+	23,7 %	18,0 %	20,3 %	93,5 %	97,0 %	95,6 %	77,0 %	81,3 %	79,6 %
Celkem	70,6 %	66,4 %	68,5 %	55,6 %	65,6 %	60,7 %	32,8 %	38,2 %	35,6 %

*Dlouhodobá nemoc nebo zdravotní problém – Podíl osob, které uvedly, že mají nějakou dlouhodobou nemoc nebo zdravotní problém. Dlouhodobým je míněna nemoc či zdravotní problém, který trvá nebo se předpokládá, že bude trvat 6 měsíců či déle.*

*Dlouhodobé omezení v běžných činnostech – Podíl osob, které byly kvůli zdravotním problémům po dobu předchozích nejméně 6 měsíců omezeny v činnostech, které lidé obvykle dělají.*

Zdroj: [www.reportinquizis.cz](http://www.reportinquizis.cz), Výběrové šetření o zdravotním stavu EHS 2014

Nejčastěji uváděným chronickým onemocněním je vysoký krevní tlak, ten má či v minulosti mělo 25,4 % cílové populace. Další frekventovanou skupinou obtíží jsou „Nemoci v oblasti bederní páteře a kříže nebo jiné dlouhodobé problémy se zády“, které uvedlo 21,3 % cílové populace. Na pomyslné 3. místo se dostala zvýšená hladina cholesterolu, kterou uvedlo 15,9 % respondentů. Jak hypertenze, tak vyšší hladina cholesterolu patří mezi rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění. Další častá chronická onemocnění jsou např. alergie, které mělo někdy v životě 15 % respondentů, dále pak artróza, nemoci v oblasti krční páteře, kde je podíl respondentů 12–13 %.

**Tabulka 23 Výskyt chronických onemocnění v posledních 12 měsících v ČR (% osob) – 2014**

Věk	Hypertenze	Vysoký cholesterol	Artróza	Nemoci bederní páteře	Nemoci krční páteře	Diabetes	Alergie	Úzkost a napětí	Astma	CHOPN
15-24	0,5 %	1,2 %	0,4 %	3,3 %	1,7 %	0,2 %	17,7 %	2,0 %	4,3 %	0,1 %
25-34	2,7 %	1,3 %	0,9 %	6,2 %	2,8 %	0,1 %	13,8 %	3,1 %	2,9 %	0,6 %
35-44	8,4 %	4,3 %	2,7 %	13,9 %	8,5 %	2,5 %	13,4 %	3,7 %	3,8 %	1,0 %
45-54	23,4 %	10,5 %	11,4 %	22,3 %	14,1 %	4,4 %	9,3 %	5,8 %	3,2 %	1,8 %
55-64	39,2 %	22,9 %	18,2 %	27,6 %	16,3 %	11,2 %	10,2 %	7,6 %	6,1 %	3,5 %
65-74	52,6 %	32,2 %	25,3 %	27,0 %	16,0 %	18,7 %	8,8 %	7,0 %	5,8 %	4,8 %
75+	58,6 %	29,7 %	43,1 %	34,0 %	16,6 %	26,5 %	6,9 %	10,9 %	7,2 %	4,5 %
Celkem	23,7 %	13,1 %	12,3 %	18,3 %	10,5 %	7,7 %	11,7 %	5,4 %	4,5 %	2,1 %
Muži celkem	23,5 %	12,5 %	9,9 %	17,0 %	6,9 %	7,3 %	9,2 %	3,4 %	3,6 %	2,3 %
Ženy celkem	23,9 %	13,7 %	14,6 %	19,4 %	14,0 %	8,0 %	14,0 %	7,3 %	5,5 %	2,0 %

*Pozn.: Podíl osob, které uvedly, že v posledních 12 měsících měly dané onemocnění (bez ohledu na diagnózu lékaře).*

Zdroj: [www.reportinquizis.cz](http://www.reportinquizis.cz), Výběrové šetření o zdravotním stavu EHS 2014

Mezi nejčastěji uváděné další nemoci, které nejsou uvedeny ve výše uvedené tabulce, patří novotvary, problémy se zrakem (šedý či zelený zákal) a nemoci pohybového ústrojí v oblasti kloubů.



**Tabulka 24 Smyslové a pohybové omezení (% osob) – ČR v roce 2014**

Věk	Potíže se zrakem			Potíže se sluchem			Potíže s chůzí		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
15-24	6,6 %	11,4 %	8,8 %	4,8 %	3,1 %	4,0 %	3,1 %	3,7 %	3,4 %
25-34	6,6 %	8,4 %	7,4 %	3,9 %	3,0 %	3,4 %	2,1 %	1,9 %	2,0 %
35-44	11,8 %	11,2 %	11,5 %	7,2 %	3,9 %	5,5 %	3,5 %	4,6 %	4,0 %
45-54	19,0 %	21,9 %	20,5 %	9,3 %	9,9 %	9,6 %	7,4 %	11,4 %	9,5 %
55-64	23,3 %	25,0 %	24,2 %	24,3 %	16,3 %	20,3 %	20,6 %	23,4 %	22,0 %
65-74	29,6 %	33,1 %	31,6 %	40,3 %	33,4 %	36,4 %	35,8 %	43,4 %	40,0 %
75+	46,1 %	51,1 %	49,1 %	67,2 %	63,3 %	64,9 %	69,6 %	81,1 %	76,5 %
Celkem	17,7 %	21,7 %	19,7 %	17,5 %	16,6 %	17,0 %	15,0 %	21,2 %	18,1 %

Potíže se zrakem – Podíl osob, které uvedly potíže se zrakem (i když použijí své brýle či jiné vizuální pomůcky).

Potíže se sluchem – Podíl osob, které uvedly potíže se sluchem v tichém či hlučném prostředí (i když použijí své naslouchací pomůcky).

Potíže s chůzí – Podíl osob, které uvedly potíže s chůzí po rovině či po schodech.

Zdroj: [www.reportinguzis.cz](http://www.reportinguzis.cz), Výběrové šetření o zdravotním stavu EHS 2014

Šetření sleduje i míru bolesti, výskytu příznaků deprese a vnímání sociální podpory

**Tabulka 25 Bolesti, duševní problémy a sociální podpora (% osob) – ČR v roce 2014**

Věk	Středně či více závažné tělesné bolesti			Výskyt příznaků deprese			Špatná celkově vnímaná sociální podpora		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
15-24	7,3 %	4,5 %	6,0 %	0,6 %	0,9 %	0,7 %	4,0 %	3,3 %	3,7 %
25-34	8,8 %	7,6 %	8,2 %	1,7 %	1,1 %	1,4 %	8,3 %	8,6 %	8,4 %
35-44	9,9 %	14,0 %	12,0 %	2,1 %	4,2 %	3,2 %	14,6 %	13,7 %	14,1 %
45-54	13,1 %	20,5 %	17,0 %	2,1 %	3,8 %	3,0 %	15,1 %	15,2 %	15,2 %
55-64	23,4 %	22,7 %	23,0 %	2,4 %	5,0 %	3,7 %	15,9 %	12,9 %	14,4 %
65-74	23,7 %	28,8 %	26,6 %	2,6 %	4,0 %	3,4 %	14,9 %	15,1 %	15,1 %
75+	37,7 %	50,5 %	45,4 %	8,1 %	9,5 %	8,9 %	21,0 %	17,8 %	19,1 %
Celkem	15,6 %	20,1 %	18,0 %	2,4 %	3,9 %	3,2 %	12,9 %	12,6 %	12,8 %

Zdroj: [www.reportinguzis.cz](http://www.reportinguzis.cz), Výběrové šetření o zdravotním stavu EHS 2014

## 4.2 Politika zdravé rodiny, aktivní stárnutí

### Rodinná politika

Rodinná politika ve své podstatě představuje souhrn aktivit a opatření za účelem podpory rodiny. Jelikož se jedná o politiku průřezovou, zasahuje do nejrůznějších veřejných oblastí života společnosti, jako je např. bydlení, školství, zdravotnictví, trh práce, infrastruktura. Na druhou stranu se však týká oblasti vysoce soukromé, a musí tedy respektovat schopnost rodin samostatně se rozhodovat. Rodinná politika je proto soustředěna na podporu rodin ve výkonu jejich přirozených funkcí, nikoli na přebírání těchto rolí a zasahování do vnitřního života rodin, rozdělení sociálních rolí v rodině atd. Stěžejními oblastmi podpory, na které se rodinná politika v současnosti zaměřuje, jsou:

- podpora vytváření vhodných socioekonomických podmínek pro fungování rodin zaměřující se na:
- finanční zajištění rodiny,
- slučitelnost práce a rodiny podporou svobodného rozhodování rodin o způsobu zajištění péče o děti, v němž ani jedna z alternativ nebude znamenat sociální či finanční znevýhodnění,
- služby pro rodiny,
- finanční i nefinanční podpora rodičovské péče o děti.
- podpora všestranně vyhovujících rodinných a rodičovských kompetencí;

- podpora institutu manželství a jeho společenské prestiže,
- podpora rodin se specifickými potřebami,
- podpora všech subjektů podporujících rodinu, jmenovitě zapojení krajů a obcí do rodinné politiky.

V současnosti probíhá průzkumu potřeb rodin a seniorů mezi občany Královéhradeckého kraje, tzn. zjištění aktuálních a dlouhodobých potřeb rodin a seniorů. Výstupem průzkumu bude závěrečná zpráva, která bude sloužit jako podklad pro nastavení Koncepce rodinné politiky Královéhradeckého kraje na období 2020–2023. V rámci této koncepce by měla být řešena i problematika seniorů – aktivní stárnutí, podpora péče o seniory, podpora pečujících osob, ...

### Aktivní a zdravé stárnutí

Aktivní stárnutí znamená plnohodnotné prožívání života i ve vyšším věku, odpovědný přístup ke zdraví, život v bezpečí a důstojnosti a s možností účastnit se dění ve společnosti. Toto se týká celé společnosti, všech věkových skupin. V současnosti roste podíl seniorů na celkovém počtu obyvatel a je třeba reagovat na tento trend, neboť v budoucnosti se bude tento trend týkat stávajících věkově mladších skupin. Aktivní stárnutí je prostředkem zamezení izolace (vyloučení) obyvatel vyššího věku (seniorů) ze společnosti, čímž se posiluje mezigenerační integrace. Je prostředkem integrace seniorů do společnosti na všech úrovních – jako občan, obyvatel dané obce či města, účastník ekonomických, kulturních a jiných aktivit až po aktivity rodinného charakteru.

Senioři netvoří jednu sourodou skupinu, ale lze je například vymežit dle věku:

- mladí senioři (do 74 let) – přizpůsobení se penzionování, problematika volného času, aktivit, seberealizace,
- starší senioři (75–84 let) – změna funkční zdatnosti, medicínská problematika (choroby, ...)
- velmi staří senioři (85 let a více) – problematika soběstačnosti a zabezpečení.

Světová zdravotnická organizace (WHO) vymezuje osm základních témat týkajících se konceptu aktivního stárnutí. Témata byla stanovena na základě výsledků předchozích výzkumů se seniory zaměřených na charakteristiky komunit přátelských seniorům:

- venkovní prostory a budovy,
- doprava,
- bydlení,
- respekt a sociální začleňování,
- zapojení do společnosti,
- občanské zapojení a zaměstnanost,
- komunikace a informace,
- komunitní sociální a zdravotní služby.

První tři témata mají značný vliv na mobilitu osob, bezpečnost z hlediska úrazů a kriminality, zdravé chování a sociální participaci. Následující tři témata odrážejí různé aspekty společenského prostředí a kultury, které mají vliv na zapojení a duševní pohodu seniorů. Poslední dvě témata zahrnují determinanty sociálního prostředí a determinanty zdravotních a sociálních služeb. Všechna témata jsou vzájemně provázána.

Zdravé stárnutí lze definovat jako „proces maximálního využití všech možností k fyzickému, sociálnímu a duševnímu zdraví, který umožní starším lidem aktivně a bez diskriminace se účastnit společenského dění a mít nezávislý a kvalitní život“. Součástí zdravého a úspěšného stárnutí je i zvládnutí umění „žít se svou nemocí“, které zahrnuje zodpovědný přístup k léčbě při zachování maximální možné aktivity a kvality života.

Královéhradecký kraj v současnosti nemá zpracovanou samostatnou koncepci či plán, který by řešil problematiku seniorů jako celek. Problematika seniorů je částečně řešena v krajských strategických dokumentech v oblasti sociálních služeb a pravděpodobně bude částečně řešena v nové připravované koncepci rodinné politiky kraje.

### 4.3 Návaznost zdravotní a sociální péče

V souvislosti s demografickým vývojem, který prokazuje nárůst seniorů, se zvyšuje i potřeba sociálních a zdravotnických služeb. Zdravotní péči poskytují pouze poskytovatelé zdravotních služeb oprávnění podle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. Sociální péče je zajišťována jednak registrovanými poskytovateli sociálních služeb zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a jednak neformálními systémy péče o osobu blízkou (osoba blízká, asistent sociální péče). V současnosti je nezbytná podpora multidisciplinárního přístupu a mezioborového propojení pro zajištění dostupnosti systému pomoci občanovi a udržení seniora co nejdéle v jeho přirozeném prostředí.

V posledních letech v Královéhradeckém kraji, pod vlivem měnící se socioekonomické a demografické situace ve společnosti, došlo k mírnému rozšíření služeb sociální péče, služeb sociální prevence a sociálního poradenství. Celkový počet míst v pobytových zařízeních sociální péče v kraji mírně roste, jedná se především o domy s pečovatelskou službou. Naopak mírný pokles či stagnaci v počtu míst zaznamenaly domovy pro seniory a domovy pro osoby se zdravotním postižením. Území kraje je nerovnoměrně pokryto některými typy sociálních služeb (např. osobní asistence, odlehčovací služby, ) a v síti sociálních služeb chybí některé pobytové služby pro specifické cílové skupiny (např. týdenní stacionář, chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení pro osoby se zdravotním postižením, pobytové zařízení pro osoby s duševním onemocněním). Královéhradecký kraj nemá dostatečně řešenou ani oblast přesahující zdravotní péči a sociální péči (např.: propustnost z následné lůžkové zdravotní péče do oblasti péče sociální, vznik center duševního zdraví, ve kterých se prolínají zdravotní a sociální služby, dopady transformace psychiatrických nemocnic atd.). Všechny nedostatky kraj má dobře popsané v podrobných rozvojových dokumentech (strategie, koncepce, plány) a průběžně je řeší. Stěžejním dokumentem je „Strategie Královéhradeckého kraje v oblasti sociálních služeb na období 2018 až 2026“. Tento dokument však neřeší zdravotní stav uživatelů sociálních služeb.

V rámci evropského výběrového šetření o zdraví EHIS 2014 byli respondenti ve věkových kategoriích nad 65 let tázáni, zda mají potíže s péčí o vlastní osobu či potíže s péčí o domácnost. Ženy nad 75 let mají velké potíže jak s péčí o svoji osobu, tak i s péčí o domácnost. Muži ve věku 65–74 let oproti nemají žádné potíže s péčí o vlastní osobu a ani potíže s péčí o domácnost.

**Tabulka 26 Zvládání běžných aktivit (% lidí) – ČR v roce 2014**

Pohlaví	Věk	Potíže s péčí o vlastní osobu			Potíže s péčí o domácnost		
		žádné potíže	určité potíže	velké potíže	žádné potíže	určité potíže	velké potíže
Muži	65-74	75,2 %	20,7 %	4,1 %	49,2 %	35,6 %	15,2 %
	75+	44,0 %	38,8 %	17,2 %	22,2 %	29,6 %	48,2 %
	celkem	63,3 %	27,6 %	9,1 %	38,9 %	33,3 %	27,8 %
Ženy	65-74	74,7 %	21,6 %	3,7 %	38,3 %	40,3 %	21,4 %
	75+	36,9 %	43,0 %	20,1 %	13,1 %	27,7 %	59,2 %
	celkem	59,0 %	30,5 %	10,5 %	27,8 %	35,1 %	37,1 %
Celkem	65-74	74,9 %	21,2 %	3,9 %	43,0 %	38,3 %	18,7 %
	75+	39,8 %	41,3 %	18,9 %	16,8 %	28,4 %	54,8 %
	celkem	60,8 %	29,3 %	9,9 %	32,5 %	34,3 %	33,2 %

*Potíže s péčí o vlastní osobu – Podíl osob podle nejzávažnějších potíží s některou z aktivit osobní péče (najíst se sám, vstávání z postele, svlékání a oblékání, používání toalety, koupel či sprchování).*

*Potíže s péčí o domácnost – Podíl osob podle nejzávažnějších potíží s některou z aktivit péče o domácnost (příprava jídla, telefonování, nakupování, brání léků, lehká domácí práce, spravování financí, příležitostná těžká práce).*

Zdroj: [www.reportinguzis.cz](http://www.reportinguzis.cz), Výběrové šetření o zdravotním stavu EHIS 2014

#### 4.4 Dotační programy Královéhradeckého kraje

Královéhradecký kraj na základě svých aktuálně platných strategických a koncepčních dokumentů podporuje veřejně prospěšné projekty formou dotací poskytnutých z rozpočtu Královéhradeckého kraje. Dotace jsou poskytovány zejména subjektům, jejichž projekty respektují mezinárodně uznávané principy trvale udržitelného rozvoje, na projekty přispívající k rozvoji občanské společnosti v oblastech ekonomické, sociální a životního prostředí. Dotační programy (DP) jsou vyhlašovány každoročně a informace o nich jsou dostupné na webovém portálu kraje <http://dotace.kr-kralovehradecky.cz/Modules/DOTIS/Pages/Public/GrantPrograms.aspx>.

Z oblasti zdraví a zdravého životního stylu obyvatel Královéhradeckého byly to pro rok 2019 vypsány například dotační programy (dotační oblast):

- Prevence rizikového chování a zdravý životní styl žáků (Prevence rizikového chování 2019)
- Naplňování Koncepce podpory mládeže v Královéhradeckém kraji v roce 2019 (Volnočasové aktivity 2019)

Další dotační programy jsou zaměřené na aktivity podporující přímo či nepřímo zdravý životní styl, především se jedná o podporu pohybových aktivit – dotační programy z dotačních oblastí „Volnočasové aktivity 2019“ (DP – Mezinárodní spolupráce dětí a mládeže; Volnočasové aktivity pro děti a mládež; Regionální soutěže a přehlídky pro děti a mládež v Královéhradeckém kraji; Rekonstrukce a modernizace objektů a zařízení využívaných pro volný čas dětí a mládeže - pouze investiční akce) a „Sport a tělovýchova 2019“ (DP – Vrcholový a výkonnostní sport; Pohybová gramotnost a pořádání sportovních akcí; Sportovní aktivity a tělovýchova).

Královéhradecký kraj připravuje na rok 2020 sérii přednášek na téma zdravotní gramotnosti obyvatel kraje (formou objednání lektorské služby). Výhledově, v dalších letech, se bude řešit formát podpory (např. možnost dotačního programu), který bude zaměřený na **zvyšování zdravotní gramotnosti** a podpory zdraví a zdravého životního stylu obyvatel Královéhradeckého kraje.

#### 4.5 Zdravotní gramotnost

**Zdravotní gramotnost** navazuje na gramotnost a zahrnuje znalosti lidí, jejich motivaci a schopnosti získávat, chápat, hodnotit a využívat informace mající vztah ke zdraví tak, aby byli v každodenním životě schopni se uvážlivě rozhodovat, pokud jde o zdravotní péči, prevenci nemoci a podporu zdraví se záměrem udržet a zlepšit kvalitu svého života.

Důležitý význam má **zdravotně gramotné prostředí**, kdy se jedná o obce, města, školy, nemocnice, pracoviště a další organizace či instituce, které doceňují význam zdraví lidí, rozvíjejí svojí činností zdravotní gramotnost, věnují pozornost tvorbě zdravého životního i pracovního prostředí a rozšiřují účast lidí na péči o zdraví.

V České republice je v současnosti velmi nepříznivý stav zdravotní gramotnosti lidí. V roce 2014 byly zveřejněny výsledky prvního šetření zdravotní gramotnosti v Evropské unii (8 zemí – Rakousko, Německo, Bulharsko, Irsko, Polsko, Nizozemí, Řecko a Španělsko) a v porovnání s těmito státy se ČR umístila na předposledním místě. Neadekvátní a problematická celková zdravotní gramotnost byla zjištěna u 59,4 % populace, oproti 47,6 % respondentů b 8 evropských zemích zkoumaných dříve. Horší situace byla jen v Bulharsku.

Je třeba zvýšit zdravotní gramotnost všech věkových skupin obyvatel, neboť nízká zdravotní gramotnost zvyšuje riziko horšího zdravotního stavu a vede k vyšším nákladům na zdravotní péči a sociální služby.

Metodou posilující zdravotní gramotnost je výchova ke zdraví. Moderní výchova ke zdraví je zaměřená na zdraví s důrazem na předcházení nemocem a její zprostředkování.

## 4.6 Ochrana veřejného zdraví

Krajská hygienická stanice v Hradci Králové (KHS HK) kromě výkonu státního zdravotního dozoru a dalších činností v ochraně veřejného zdraví vykonává i činnosti týkající se podpory veřejného zdraví. V souladu se zákonem č. 258/2000 Sb. se podílí zejména na:

- hodnocení a řízení zdravotních rizik z hlediska prevence negativního ovlivnění zdravotního stavu obyvatelstva a monitorování vztahů zdravotního stavu obyvatelstva a faktorů životního prostředí a životních a pracovních podmínek,
- tvorbě, řízení a kontrole programů ochrany a podpory veřejného zdraví včetně prevence nemocí a zdravotních rizik,
- vyhodnocování efektivity realizovaných opatření a programů v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví včetně prevence nemocí a zdravotních rizik.

Při těchto činnostech spolupracuje se správními úřady a s orgány samosprávy při tvorbě regionální zdravotní politiky ochrany a podpory veřejného zdraví a při rozvoji a realizaci opatření vedoucích ke zlepšování zdravotního stavu a kvality života obyvatelstva kraje. Nejvýznamnějším partnerem KHS HK pro oblast zdravotní politiky je dlouhodobě Krajský úřad Královéhradeckého kraje. Výsledkem spolupráce je mj. i skutečnost, že je Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí „Zdraví 2020“ obsažena v materiálech regionálního rozvoje kraje od roku 2015. Činnosti KHS HK v oblasti mapování a hodnocení zdravotního stavu obyvatel Královéhradeckého kraje jsou jedním z výchozích analytických podkladů pro stanovování dalších prioritních opatření, postupů, doporučení a činností v souladu s Národní strategií ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí Zdraví 2020.

## 5 Syntéza závěrů a strategické vazby

### 5.1 Souhrnné analytické závěry

V této kapitole jsou identifikovány hlavní souhrnné analytické závěry včetně predikce určitých jevů a trendů, v oblasti zdraví a zdravého životního stylu, na základě, kterých lze identifikovat prioritní oblasti a cíle.

- **Počet obyvatel KHK dlouhodobě mírně klesá**, dle prognózy do roku 2050 se předpokládá setrvalý mírný pokles (r. 2017 cca 551 tis. a r. 2050 cca 504 tis. obyvatel).
- **Možný přírůstek počtu obyvatel může být spojen se zahraniční migrací**, ta se však předpokládá především u dlouhodobě atraktivních metropolitních území (Praha, Brno).
- **Mění se věková struktura obyvatel KHK** – dlouhodobě ubývá obyvatel věku 0–14 let a narůstá obyvatel ve věku 65+let.
- **Roste naděje na dožití při narození v kraji** (rozdíl mezi muži a ženami je cca 5 let) a roste průměrný věk obyvatelstva (r. 2017 byl 42,6 let, což je o 2,3 roků více než v r. 2005).
- **Úmrtnost (standardizovaná) meziročně klesá** jak v ČR, tak i v KHK (pokles se postupně zpomaluje, ale trend zůstává sestupný), pokles souvisí s **prodlužující se délkou života**, která je ovlivněna všemi základními determinantami zdraví, tj. především životním stylem, úrovní lékařské péče, kvalitou životního, pracovního a sociálního prostředí i dědičnými předpoklady každého člověka. Standardizovaná úmrtnost žen je výrazně nižší než mužů. Královéhradecký kraj kopíruje trend ČR, v roce 2016 bylo evidováno 5 681 úmrtí (o 155 úmrtí méně než v roce 2015), standardizovaná úmrtnost v kraji klesla u mužů o 52,2 úmrtí a u žen o 9,4 úmrtí.
- **Porodnost v Královéhradeckém kraji poslední čtyři roky roste**. Úhrnná plodnost v kraji reflektuje vývoj v ČR.
- Královéhradecký kraj dlouhodobě dosahuje relativně shodných hodnot perinatální úmrtnosti (4,7 ‰) s průměrnou hodnotou v České republice za stejné období, která činila 4,5 ‰. Novorozenecká úmrtnost v Královéhradeckém kraji od roku 2008 opět vykazuje prudké kolísání ve vývoji, nicméně patří mezi kraje s podprůměrnou kojeneckou úmrtností. V roce 2017 dosahovala kojenecká úmrtnost v tomto kraji 2,8 ‰.
- U obou pohlaví je **nejčastější úmrtí na nemoci oběhové soustavy** (srdečně cévní nemoci, kardiovaskulární nemoci – srdeční infarkty a cévní mozkové příhody, ...). Na tuto úmrtnost má velký vliv nesprávný životní styl (nevhodné výživy, nízké pohybové aktivity, chronické nadměrné stresové zátěže, návyků a závislostí jako kuřáctví, ...), nicméně v posledních letech je zaznamenán pozitivní trend poklesu úmrtnosti na tyto nemoci (pokroky ve zdravotní péči, dostupnost léčby ...).
- **Druhé nejčastější úmrtí v kraji je na zhoubné novotvary**, kdy vývoj úmrtnosti kopíruje trend ČR jak u mužů, tak i u žen. Výjimku tvoří úmrtnost žen na zhoubný melanom kůže, kdy kraj v roce 2016 zaujímal přední místo v ČR. Velký vliv na úmrtnost má včasná diagnóza (screeningové programy – malý zájem a nízká účast), která se projevuje pozitivním trendem v mírném setrvalém poklesu křivky vývoje úmrtnosti.
- Královéhradecký kraj v roce 2016 zaznamenal mezi kraji ČR jednu z **nejvyšších úmrtností na poruchy duševní a poruchy chování** a je dlouhodobě nad celorepublikovým průměrem u obou pohlaví.
- Královéhradecký kraj dosahuje relativně shodných hodnot v počtu hospitalizovaných případů nemocí oběhové soustavy na 1 000 obyvatel s hodnotami České republiky. Data za incidenci a prevalenci nemocí oběhové soustavy nejsou k dispozici.
- V roce 2015 Královéhradecký kraj byl 1. u mužů a 2. u žen v **incidenci všech zhoubných nádorů** na 100 000 obyvatel. V prevalenci zhoubných novotvarů pak mezi kraji zaujímal 10. u mužů a 8. místo u žen. Nejčastěji diagnostikovaným onkologickým onemocněním je „jiný zhoubný novotvar kůže (C44), dále pak

zhoubné novotvary průdušnice, průdušek a plic (C33-C34) a zhoubné novotvary prsu u žen (C50) a zhoubné novotvary prostaty u mužů (C61).

- **Incidence diabetes mellitus (DM) v ČR i kraji vykazuje stoupající tendenci** a Královéhradecký kraj je u obou pohlaví nadprůměrnými hodnotami ČR. Mezi pacienty převládá DM II. typu a DM I. typu.
- **Nemoci z povolání (NzP) – ve srovnání s rokem 2015 byl v roce 2017 nárůst** počtu NzP v ČR a Královéhradecký kraj kopíruje trend ČR.
- I přes **vysoké procento obyvatel trpící nadváhou či obezitou** v Královéhradeckém kraji je v posledních letech zaznamenána změna v životním stylu – **kladné změny ve stravovacích návycích** (růst konzumace ovoce a zeleniny, mírný pokles kouření a konzumace alkoholu, ...). Výsledky z roku 2014 je třeba porovnat s právě probíhajícím šetření EHIS 2019.
- Obecně, dle mezinárodního šetření má ČR i Královéhradecký kraj **nízkou zdravotní gramotnost občanů**. Zdravotně gramotný občan se dobře orientuje v komplexním systému zdravotní a sociální péče, má znalosti a dovednosti, díky kterým se správně rozhoduje ve prospěch vlastního zdraví i zdraví svého okolí.
- Lze očekávat **pokračující stárnutí populace kraje s prodlužující se střední délkou života**. Bude třeba zajistit, aby se s prodlužující délkou života prodloužila i doba vlastního a soběstačného životního období a prodloužila se doba ve zdraví. Proto jsou důležité včasné a celoživotní preventivní aktivity.
- Je třeba zaměřit **preventivní aktivity na všechny věkové skupiny**, neboť se děti a mládež učí především názornými příklady od rodičů (zdravý životní styl – správná výživa, pohyb, hygienické návyky, péče o zdraví, ...) a to co se naučí, budou potom zase předávat svým dětem. Stávající dospělá populace (18–65 let) se již nyní musí aktivně zapojit do péče o své zdraví, aby v seniorském věku co nejdéle žila ve zdraví.
- Mezi **hlavní rizika zvyšující incidenci a prevalenci** (prevalence – počet všech existujících onemocnění v určitém čase v určité populaci v přepočtu na 100 000 obyvatel) **nemocí** patří nesprávná výživa, kouření, nadměrná konzumace alkoholu, nedostatečná pohybová aktivita, vysoký krevní tlak, vysoká hladina cholesterolu, nadměrný a dlouhodobý stres, expozice chemickým karcinogenům, znečištění životního prostředí a další.
- **Počet obézních obyvatel, podobně jako kuřáků a konzumentů alkoholu stále nijak výrazně neklesá**, a to se projevuje na zdravotním stavu obyvatel jako celku.
- Dodržováním **zdravého způsobu života a realizací nejrůznějších preventivních aktivit** lze nástup mnoha nemocí oddálit do vyššího věku nebo se jim úspěšně vyhnout. Sekundární prevencí se dají zmírnit jejich negativní projevy a důsledky.
- **Zintenzivněním preventivních snah** o snížení incidence nejčastějších a nejdůležitějších nemocí, zvýšením důrazu na prevenci tzv. hromadně se vyskytujících nemocí vč. pracovních i mimopracovních úrazů, zvýšení efektivity zdravotnických služeb může Královéhradecký kraj zlepšit zdravotní stav obyvatel svého regionu.
- **Snižování konzumace návykových látek i zátěže obyvatel zdravotně rizikovými látkami a hlukem** lze dosáhnout prostřednictvím lepší kvality životního prostředí. Je třeba důsledně sledovat příslušné limity škodlivých látek a hluku, zda nejsou překračovány.
- Vypracovaná zpráva o zdravotním stavu obyvatelstva Královéhradeckého kraje **pomůže zvýšit informovanost** každého, koho se problematika nějakým způsobem dotýká.

## 5.2 Vazby na ostatní strategické dokumenty

Koncepce zdraví Královéhradeckého kraje navazuje na koncepční dokumenty na národní úrovni, především Strategický rámec ČR 2030 a Strategický rámec zdraví 2030. Na regionální úrovni tato koncepce přímo navazuje na Strategii rozvoje Královéhradeckého kraje 2021+a je v souladu s ostatními tematickými strategickými dokumenty. Jednotlivé koncepce s identifikovanou vazbou a určitou mírou vzájemné synergie jsou znázorněny v níže uvedených přehledech.

### Národní dokumenty

- Strategický rámec Česká republika 2030
  - Kapitola "Lidé a společnost", podkapitola "Zdraví"
- Strategie regionálního rozvoje ČR 2021–2027

### Národní - tematické dokumenty

- Zdraví 2020 + akční plány (AP)
- Strategický rámec Zdraví 2030 (*připravuje se*)
  - Strategický cíl 1 – Zlepšení zdravotního stavu populace
  - Strategický cíl 2 – Optimalizace zdravotnického systému
  - Strategický cíl 3 – Podpora vědy a výzkumu
- Strategie reformy psychiatrické péče
- Národní program řešení problematiky HIV/AIDS na období 2018–2022
- Koncepce hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví
- NAP pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění 2016–2019
- Pandemický plán ČR
- Koncepce návazné péče 2014–2020
- Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025 vč. akčního plánu
- Koncepce sociálního bydlení ČR 2015–2025
- Koncepce rodinné politiky
- Strategie vzdělávací politiky ČR do roku 2030
- Dlouhodobý záměr vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy ČR 2019–2023
- Koncepce podpory sportu v ČR 2016–2025, "SPORT 2025"



## Regionální dokumenty

- Strategie rozvoje Královéhradeckého kraje 2014–2020
- Program rozvoje Královéhradeckého kraje 2017–2020
- Strategie rozvoje Královéhradeckého kraje 2021–2027 *(ve fázi schvalování)*

## Regionální - tematické dokumenty

- **Oblast zdravotnictví**
  - Koncepce zdravotnictví KHK 2016–2020
  - Koncepce zdravotnictví KHK 2021–2025 *(připravuje se)*
  - Koncepce péče o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji 2016–2020
- **Oblast sociálních věcí**
  - Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Královéhradeckém kraji 2018–2020
  - Strategie prevence sociálně nežádoucích jevů v Královéhradeckém kraji 2017–2021
  - Krajský plán vytváření příležitostí pro osoby se zdravotním postižením Královéhradeckého kraje (2014)
  - Strategie rozvoje dostupnosti a kvality sociálních služeb Královéhradeckého kraje poskytovaných v komunitě pro osoby s postižením a duševním onemocněním 2015–2023
  - Strategie Královéhradeckého kraje v oblasti sociálních služeb na období 2018–2026
  - Koncepce rodinné politiky Královéhradeckého kraje *(připravuje se)*
- **Oblast vzdělávání a školství**
  - Dlouhodobý záměr vzdělávání a rozvoj vzdělávací soustavy Královéhradeckého kraje 2016–2020
  - Koncepce školské primární prevence rizikového chování dětí a mládeže Královéhradeckého kraje 2014–2028
- **Oblast sportu a volného času**
  - Záměr rozvoje sportovních a volnočasových aktivit v Královéhradeckém kraji (2014)
  - Nadregionální strategie Královéhradeckého kraje v oblasti cyklo, in-line a bike produktů (2016)

Existence strategických, koncepčních a analytických dokumentů regionálního charakteru jsou mnohdy podmíněny přímo zákony či vyhláškami ČR za jednotlivé oblasti. Otázka zdraví a zdravého životního stylu se prolíná několika oblastmi a potažmo pak ministerstvy ČR – ministerstvo zdravotnictví, ministerstvo práce a sociálních věcí a ministerstvo školství, tělovýchovy a sportu. Konkrétně se jedná o tyto hlavní zákony:

- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
- Zákon č. 561/2004 Sb., školský zákon
- Zákon č. 115/2001 Sb., o podpoře sportu
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví

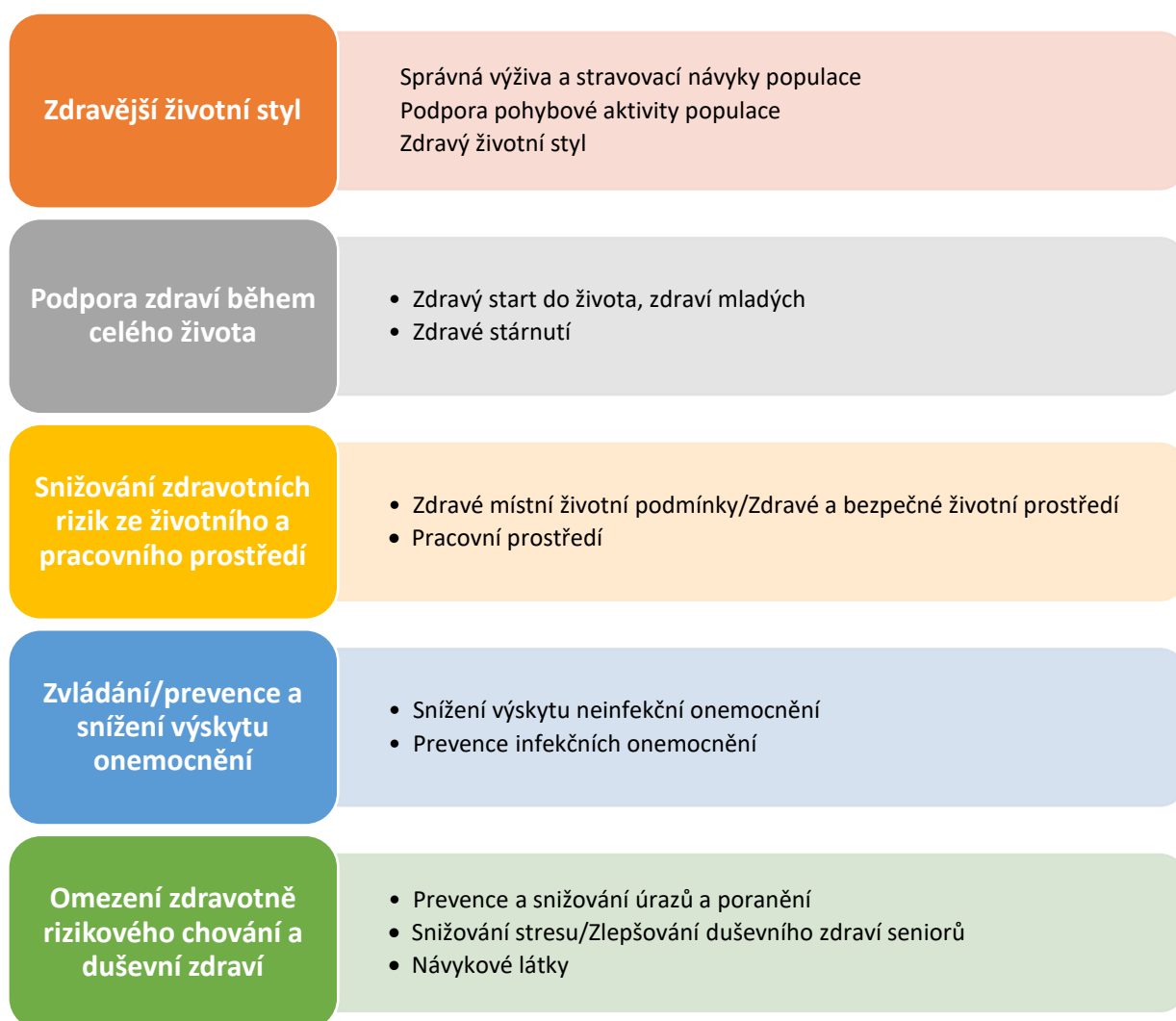
Jednotlivá ministerstva k těmto zákonům mají příslušné vyhlášky a vládní nařízení, která řeší již specifické problémy dané oblasti.

## 6 Prioritní oblasti zdraví KHK

Na základě analytických výstupů bylo vydefinováno celkem pět priorit v oblasti zdraví a zdravého životního stylu Královéhradeckého kraje po roce 2020.

- **Zdravější životní styl**
- **Podpora zdraví během celého života**
- **Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí**
- **Zvládání/prevence infekčních onemocnění a snížení výskytu neinfekčních onemocnění**
- **Omezení zdravotně rizikového chování a duševní zdraví**

*Schéma priorit a opatření Koncepte zdraví Královéhradeckého kraje 2020+*



## 6.1 Zdravější životní styl

**Cíl:** Podporovat a rozvíjet komplexní programy a aktivity podporující a propagující zdravý životní styl a primární prevenci nemocí. Trvale zvyšovat aktivní zájem obyvatel o své zdraví.

Zdraví je výsledkem působení celé řady faktorů, z nichž některé můžeme svým chováním do jisté míry ovlivnit. Tyto faktory nazýváme determinantami zdraví. Přičemž životní styl ovlivňuje naše zdraví až z 50 %.

### 6.1.1 Správná výživa a stravovací návyky populace všech věkových kategorií (Propagace a podpora zásad správné a bezpečné výživy)

Skladba českého jídelníčku se v posledních letech zlepšuje, konzumujeme stále více ovoce a zeleniny, volíme raději libovější než tučné maso a jíme více ryb. Také roste zájem o kvalitní potraviny. Bohužel lidé stále jí víc jídla, než jejich tělo skutečně potřebuje, což vede k obezitě. Významným faktorem je potom také nedostatek aktivního pohybu. Nadváha a obezita jsou tedy stále nejvýznamnějším faktorem, který přispívá k předčasnému úmrtí a patří k nejvýznamnějším rizikovým faktorům především kardiovaskulárních nemocí, hypertenze, diabetu a také mnohých nádorových onemocnění. Obezita také výrazným způsobem snižuje samotnou kvalitu lidského života. Mezi mladými je však také alarmující počet případů poruch příjmu potravy (bulimie či mentální anorexie). V současné době přibývá seniorů trpících podvýživou v důsledku nedostatečného příjmu či nevhodné skladby potravy. V Královéhradeckém kraji, dle šetření EHIS 2014, má téměř 47 % mužů nadváhu (BMI 25-30, v ČR 44 %) a cca 18 % trpí obezitou (BMI 30+, v ČR 19 %). U žen je situace obdobná jen s jinými hodnotami. Nadváhou trpí 22 % (v ČR 30 %) a obezitou již 25 % oproti ČR, kde obezitou trpí cca 18 % žen. Nicméně v posledních letech dochází ke změnám ve stravovacích návycích a dle výše uvedeného šetření kraj byl v denní konzumaci ovoce a zeleniny výrazně nad průměrem ČR.

Návrh aktivit doporučených k realizaci a podpoře:

- Podpora projektů a programů podporujících správnou a bezpečnou výživu včetně prevence obezity a poruch příjmu potravy u dětí a ostatních věkových kategorií – prevence obezity
- Podpora kampaně a aktivity zaměřené na zásady správné a bezpečné výživy
- Propagace a podpora produkce regionálních produktů včetně biopotravin

### 6.1.2 Podpora pohybové aktivity populace (podpora pohybových, sportovních, tělovýchovných a volnočasových aktivit)

Pohybová aktivita obyvatel všech věkových kategorií je stále nedostatečná, a to z různých důvodů. U dospělé populace se jedná především o sedavý způsob zaměstnání, vzrůstající počet automobilů, pohodlnost, široká nabídka pasivních aktivit apod. V posledních letech se však trend mění a stále větší počet mužů i žen se věnuje rekreačním sportům (např. cyklistika, běh, Nordic Walking apod.). Nicméně velké procento obyvatel stále sportuje jen výjimečně nebo vůbec. Nedostatečná pohybová aktivita, po špatných stravovacích návycích, patří jednoznačně k největším rizikům zdraví. Opět se jedná o onemocnění srdce a cév, obezitu, vysoký krevní tlak, cukrovku, onemocnění pohybového aparátu a vznik osteoporózy. Přínosem pravidelného pohybu je, kromě omezení výše zmíněných onemocnění, i dobrá nálada, vyšší sebevědomí, lepší vzhled a držení těla, posilování soudržnosti rodin či určitých skupin lidí. Zdraví lze poměrně zásadně zlepšit již tím, když se člověk alespoň 30 minut denně nejméně po pět dnů v týdnu věnuje nepříliš náročnému pohybu (chůzi, cyklistika, plavání, ...). Pohybová aktivita obyvatel je komplikovanější na statistické měření, nicméně dle šetření EHIS 2014 sledovalo fyzickou aktivitu dle jednotlivých věkových kategorií produktivního věku. V kraji cca 44 % mužů a žen má převážně sedavou aktivitu (či stání), 34 % provádí alespoň 150 minut týdně aerobní fyzickou aktivitu mírné intenzity a necelých 17 % chodí 2x týdně posilovat svaly. Spojení správných stravovacích návyků a tělesné aktivity má z hlediska pozitivního vlivu na zdraví výrazně posilující účinek.

Návrh aktivit doporučených k realizaci a podpoře:

- Podpora projektů a pohybové, sportovní a tělovýchovné aktivity

- Rozšíření nabídky pohybových a sportovních aktivit pro obyvatele všech věkových kategorií vč. osob se zdravotním omezením
- Vytváření zázemí pro všestranné pohybové aktivity všech cílových skupin
- Podpora aktivní mobility a spontánní pohybové aktivity
- Podpora správné ergonomie při práci

### 6.1.3 Zdravý životní styl (Podpora a rozvoj programů a aktivit podporujících a propagujících zdravý životní styl)

Faktory, které se dle řady studií odborníků nejčastěji vyskytují mezi příčinami úmrtí, a tedy nejvíce ohrožující naše zdraví jsou nezdravá výživa, kouření, nadváha, nedostatek pohybu, závislost na drogách, opakující se a trvalé stresy, nadměrná konzumace alkoholu.

Návrh aktivit doporučených k realizaci a podpoře:

- Podpora projektů zaměřených na zdravý životní styl a primární prevenci nemocí
- Zvyšování zdravotní gramotnosti veřejnosti
- Vytvoření jednotného informačního systému zaměřeného na zdravý životní styl
- Systematické vzdělávání pedagogů ve výchově ke zdraví, podpoře zdraví a prevenci nemocí na všech stupních škol a školských zařízeních

## 6.2 Podpora zdraví během celého života

**Cíl:** *Vytvářet podmínky pro zdravější vývoj dětí a mládeže a rozvíjet podmínky směřující ke kvalitě života pro všechny věkové skupiny*

V posledních letech se podmínky pro kvalitnější a zdravější život (zdravé životní prostředí, lepší kvalita potravin, zdravé pracovní prostředí, možnosti pohybových aktivit, ...) se neustále vyvíjí a rozvíjí, a to pro všechny věkové kategorie obyvatel v regionu.

### 6.2.1 Zdravý start do života, zdraví mladých (děti, mládež)

Dětství a dospívání jsou důležitými etapami lidského života, v nichž každý prochází významným tělesným i duševním vývojem a získává návyky a způsoby chování, které si většinou uchovává po celý život. Současná pediatrie a neonatologie v ČR má dobře zavedený systém preventivních prohlídek u dětí, zaměřených na sledování všestranného vývoje, vč. povinného očkování na základě očkovacího kalendáře. Preventivní prohlídky se v kojeneckém a dětském věku zaměřují na komplexní sledování tělesného i duševního vývoje. Nicméně stav dětské populace se výrazně nezlepšuje, dlouhodobě např. stoupá počet vrozených vývojových vad a alergických onemocnění, přetrvává nárůst onemocnění nervového systému, vč. mentální retardace a závažných poruch chování. Stoupá i počet závažných dětských úrazů, které jsou nejčastější příčinou úmrtí. Velmi vysoká je i nemocnost akutními respiračními onemocněními, a to zejména u dětí navštěvujících předškolní dětská zařízení. Za hlavní příčinu tohoto stavu lze považovat především nezdravý životní styl a nesprávnou životosprávu (obezita, omezený pohyb, ...), nepříznivé socioekonomické vlivy a některé faktory životního prostředí dítěte. Prevence, tj. předcházení vzniku nemocí a poruch, a náležitá osvěta v oblasti zdravého životního stylu dětí a mládeže je stále mnohem důležitější a významnější než následná a ekonomicky mnohem náročnější léčba a odstraňování následků. Podíl obyvatel ve věku 0–14 let činil v Královéhradeckém kraji 15,4 %, což představuje oproti předcházejícím letům mírný nárůst.

Návrh aktivit doporučených k realizaci a podpoře:

- Zlepšení zdraví nejmenších dětí (novorozenců, kojenců, batolat) zvýšením informovanosti o správné péči a výživě novorozenců a kojenců
- Podpora a zajištění pomoci rodinám, které pečují o dítě se zdravotním postižením
- Zvýšení informovanosti o včasné diagnostice a zajistit následnou pomoc rodinám a dětem s ADHD a ADD

- Podpora zdravotně výchovných projektů a programů zaměřených na bezpečné sexuální chování a prevenci pohlavně přenosných nemocí (infekcí) pro mládež
- Zpracovat analýzu životního stylu a zdraví mládeže v Královéhradeckém kraji – aktuální stav,
- Podpora projektů, činností a dlouhodobých programů propagující zdravý životní styl dětí a mládeže, zejména v oblasti pohybu, sportu a dalších zájmových aktivit (místní a finanční dostupnost aktivit)
- Podpora aktivit zdravého životního stylu a programů podporující zdraví ve školách a školských zařízeních
  - Zlepšení úrovně stravování na školách a ve školských zařízeních
  - Podpora prevence vadného držení těla ve školách a ve školských zařízeních
  - Podpora prevence rizikového chování mládeže ve školách a ve školských zařízeních (šikana, kyberšikana, záškoláctví)
  - Podpora zdatnosti, samostatnosti a kompetence zdravotní gramotnosti v mateřských školách

## 6.2.2 Zdravé stárnutí (podmínky pro aktivní stáří, prevence úrazů seniorů, bezbariérovost, rozvoj zdravotnických a sociálních zařízení pro seniory)

Dle demografických prognóz lze předpokládat, že kolem roku 2050 bude Česká republika při stávajících trendech patřit k nejstarším populacím na světě a Královéhradecký kraj patří mezi nejstarší regiony v republice. Předpokládá se, že více než třetina obyvatel bude ve věku nad 60 let. V populaci bude přibývat osob ve věku nad 65 let. Příčinami jsou snížená porodnost, a naopak prodloužení délky života dané poklesem úmrtnosti. Ubývá dětí a stoupá počet seniorů. Vyrůstá počet nemocných a hendikepovaných a je vyšší procento osob závislých v základních činnostech. Seniorská populace je z hlediska zdravotního i funkčního velmi různorodá, vyžaduje také rozdílné přístupy a aktivity. Hlavními zdravotními riziky jsou projevy a komplikace aterosklerózy, degenerativní onemocnění mozku (např. Alzheimerova a Parkinsonova nemoc), osteoporóza (zvláště v souvislosti s pády a úrazy), osteoartróza, chronická obstrukční plicní nemoc, smyslová postižení (poruchy sluchu a vidění), deprese, poruchy výživy a nedostatečná kondice. Ke zvýšení soběstačnosti seniorů přispívají různé typy doprovodných služeb (např. domácí alarmy, monitoring pohybu seniorů atd.). Vytváření důstojných podmínek pro nemocné a umírající a podpora rodin pečujících o seniory je dalším významným faktorem při zvyšování kvality života ve stáří. Královéhradecký kraj patří v ČR mezi nejstarší kraj, podíl obyvatel ve věku 65+ v roce 2017 činil 20,7 % a zároveň má i vysoké zastoupení osob ve věku 80+. V roce 2017 zde žilo cca 24,5 tisíc osob starších 80 let, z toho cca 16,2 tisíc žen. U obou pohlaví je kraj dlouhodobě nad průměrem ČR. Zároveň s rostoucím podílem obyvatel ve věku nad 65+ let roste i průměrný věk obyvatel, z 40,3 let v roce 2005 na současných 42,6 let a předpokládá se, že se bude i nadále zvyšovat.

### Návrh aktivit doporučených k realizaci a podpoře:

#### *Vytváření podmínek pro aktivní stáří*

- Rozvoj podmínek pro pohybové aktivity seniorů a zdravý životní styl
- Zlepšování duševního zdraví seniorů
- Zlepšování účinnosti zdravotnických a souvisejících služeb pro seniory
- Podpora projektů a programů podporující zdravý životní styl seniorů
- Podpora projektů a programů s tematikou aktivní přípravy na kvalitní život ve stáří
- Podpora volnočasových a vzdělávacích aktivit pro seniory

#### *Prevence úrazů seniorů a řešení bariérovosti prostředí*

- Podpora projektů a programů zaměřených na prevenci úrazů a zvyšování bezpečnosti seniorů vč. osvěty
- Zmapování bariér ve veřejných institucích kraje

## 6.3 Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí

### **Cíl: Zlepšovat životní podmínky obyvatel kraje v místním prostředí**

V Královéhradeckém kraji se životní podmínky obyvatel postupně zlepšují, na zdravotním stavu se však tyto změny projevují s určitým zpožděním. Trvalé zlepšování životních podmínek by mělo být důležitou prioritou následujícího období. V ČR se v různé míře podporují a rozvíjí již existující programy, jako je „Škola podporující

zdraví“, „Zdravá města“, „Zdravý úřad“, „Podnik podporující zdraví“ a „Zdravá nemocnice“, které vedou k větší propagaci zdravého životního stylu a vytvářejí lepší podmínky pro zapojování představitelů měst a obcí, vedení firem a podniků a vedení škol a školských zařízení. Do místních životních podmínek obyvatel kraje také patří podmínky pro aktivní mobilitu. Ty lze zlepšovat nejen osvětou ale i realizací rekonstrukcí a úprav prostředí.

### 6.3.1 Zdravé místní životní podmínky / Zdravé a bezpečné životní prostředí (kvalita ŽP, zdravé bydlení, ...)

Kvalita životního prostředí významně ovlivňuje zdraví člověka a celé populace. Nejvýznamnějšími zdravotními důsledky expozice znečištěnému životnímu prostředí jsou respirační a gastrointestinální onemocnění, alergie, kardiovaskulární a metabolická onemocnění, vývojové a reprodukční poruchy, a také nádorová onemocnění. Prachové částice, různé organické látky, chemické složky čisticích prostředků, ftaláty, přítomnost radonu a mnohých dalších látek v domácnosti výrazně negativně ovlivňují lidské zdraví. Rizikům lze předcházet informovaností veřejnosti o nebezpečných látkách a jejich vlivu na zdraví. V posledních letech stoupá také hlučnost prostředí, což má prokázaný negativní zdravotní dopad. Hluk působí na obyvatele jako chronický stresor a zvyšuje zátěž nervové i srdečně cévní soustavy. Královéhradecký kraj a města a obce v regionu jako jediní nejsou v rámci celé ČR zapojeny do Národní sítě Zdravých měst (programy „Zdravý kraj“ a „Zdravé město“), kde by mohly spolupracovat s ostatními členy a sdílet příklady dobré praxe nejen z oblasti zdraví a zdravého životního prostředí.

#### Návrh aktivit doporučených k realizaci a podpoře:

- *Zvýšit informovanost o možných rizikových faktorech a o možnostech vytváření zdravého domácího prostředí*
- *Zlepšit podmínky pro aktivní mobilitu (např.: Rekonstruovat a upravovat prostředí pro aktivní mobilitu)*
- *Zapojení KHK do Národní sítě Zdravých měst a využít dobré praxe a spolupráce zapojených krajů v oblasti zdraví a zdravého životního stylu.*
- *Podpora měst a obcí regionu v případě jejich zájmu se aktivně zapojit do Národní sítě Zdravých měst.*

### 6.3.2 Pracovní prostředí

Jednou z priorit prevence nemocí a podpory zdravého životního stylu je motivace a podpora zaměstnavatelů k vytváření bezpečnějšího a zdravějšího pracovního prostředí na pracovišti a zapojování zaměstnanců do tohoto procesu. Dlouhodobě se spolupráce mezi jednotlivými subjekty založená na výměně dobré praxe, participaci na společných aktivitách podporujících zdraví, koordinaci společných aktivit a získávání dalších zájemců pro tuto činnost ukazuje jako velmi přínosná. V pracovním prostředí je zdraví chápáno spíše jako prostředek ke zvyšování výkonnosti jednotlivých pracovníků a podniku jako celku. Podpora a ochrana zdraví na pracovištích snižuje zdravotní rizika a zlepšuje celkové zdraví nejen zaměstnanců, ale i celé společnosti. V Královéhradeckém kraji existuje síť škol a školských zařízení, která je zapojena do programu „Škola podporující zdraví“. Mezi další programy zaměřené především na zaměstnance jsou „Podnik podporující zdraví“, „Zdravý úřad“ a „Zdravá nemocnice“. Významnou roli v prevenci v kraji zaujímá i Krajská hygienická stanice v Hradci Králové vč. jejích poboček v kraji, která se zapojuje do preventivních akcí na školách, pracovištích a či akcí pro širokou veřejnost.

#### Návrh aktivit doporučených k realizaci a podpoře:

- *Podpora sítě Škol podporujících zdraví a její preventivních programů*
- *Podpora vzdělávání pedagogů v oblasti zavádění metodiky ŠPZ*
- *Podpora plánování pro zdraví na regionální úrovni – podpora a rozšíření aktivit "zdravých municipalit"*
- *Iniciace vzniku a podpora rozšíření programů a značky "Podnik podporující zdraví", "Zdravý úřad" a "Zdravá nemocnice", posílit jejich propagaci*

## 6.4 Zvládání/prevence a snížení výskytu onemocnění

### **Cíl: Prevencí a cílenou osvětou snižovat výskyt infekčních a neinfekčních onemocnění**

Zdravotní politika ČR i Královéhradeckého kraje podporuje dlouhodobý systematický přístup k ochraně a podpoře zdraví. Jedná se o celoživotní prevenci. Zdravotnictví v regionu nesmí být pouze záchytnou sítí pro lidi již

nemocné, ale preventivními opatřeními (např. zvyšováním zdravotní gramotnosti, informačními akcemi s tematikou zdraví a zdravého životního stylu, ...) snižovat výskyt infekčních a neinfekčních onemocnění obyvatel. Lidé musí mnohem více využívat preventivní prohlídky.

#### 6.4.1 Snižení výskytu neinfekční onemocnění

Nejčastějšími neinfekčními nemocemi jsou srdečně cévní onemocnění, novotvary, diabetes mellitus, nemoci pohybového aparátu a alergie. Tato onemocnění jsou nejčastějšími příčinami úmrtí a současně jsou společně s některými akutními infekčními nemocemi i nejčastějšími příčinami nemocí a pracovních neschopností. Na vzniku většiny neinfekčních nemocí se podílí větší množství různých rizikových faktorů a naprostá většina z nich je preventabilní, tzn., že jejich vzniku se dá předcházet zdravým životním stylem a systematickou, efektivní a primární prevencí. Cílenou osvětou lze ovlivňovat špatné životní návyky: nesprávná výživa, kouření, spotřeba alkoholu a dalších návykových látek, duševní stres a nedostatek tělesné aktivity. Nemoci oběhové soustavy (kardiovaskulární onemocnění – KVO) jsou stále hlavní příčinou úmrtí v Královéhradeckém kraji a počet úmrtí mužů na tyto nemoci je výrazně vyšší než u žen. Nicméně v kraji, a i v ČR pozvolna klesá tato úmrtnost, a to v důsledku účinnějších diagnostických a terapeutických postupů, ale i zlepšováním životního stylu. U primární prevence záleží na každém jednotlivci a na jeho zodpovědnosti ke svému zdraví a svému životnímu stylu, ale také na možnostech a podpoře společnosti. Diabetes mellitus (DM) je v současnosti obrovským problémem medicíny nejen v Královéhradeckém kraji, ale i v ČR. DM se typicky vyskytuje v kombinaci s obezitou, hypertenzí a dalšími rizikovými jevy, a je rovněž významným rizikovým faktorem pro vznik KVO. Počet diabetiků, především u DM I. typu, neustále roste a Královéhradecký kraj je u obou pohlaví a u všech třech typů DM výrazně nad průměrem ČR.

Návrh aktivit doporučených k realizaci a podpoře:

*Prevence nádorových onemocnění*

- Podpořit projekty a programy zaměřené na efektivní prevenci zhoubných nádorů
- Pravidelně analyzovat a vyhodnocovat výskyt a trend výskytu vybraných zhoubných nádorů v Královéhradeckém kraji
- Zvýšit počet osob, absolvujících screening vybraných nádorových onemocnění, zejména zhoubných nádorů tlustého střeva a karcinomu prsu u žen

*Prevence srdečně cévních nemocí*

- Podpořit projekty a programy zaměřené na efektivní primární prevenci srdečně cévních nemocí a jejich rizikové faktory (prevence kouření, správná výživa, pohybová aktivita)
- Pravidelně analyzovat a vyhodnocovat výskyt a trend výskytu kardiovaskulárních onemocnění v kraji

*Prevence diabetu*

- Podpořit zdravotní gramotnost populace v oblasti předcházení diabetu, působení na pacienty s diabetem, aby preventivně působili na své okolí
- Podpora screeningu diabetu

#### 6.4.2 Zvládání a prevence infekčních onemocnění

Infekční onemocnění jsou jednou z častých příčin pracovní neschopnosti a bývají mnohdy také důvodem k hospitalizaci. Na snížení počtu úmrtí v důsledku infekcí se v nemalé míře podílí i systém očkování. Osvěta v oblasti racionálního postoje veřejnosti k očkování a informace o bezpečném chování může výrazně přispět ke snížení výskytu nakažlivých nemocí. V souvislosti se současným pohybem velkého množství obyvatel (cestovní ruch – cesty do exotických zemí, migrace ze zemí postižených válkami či jinými příčinami) je třeba si uvědomit možnost vyššího rizika rozšíření infekčních onemocnění. V předcházení infekčním onemocněním hraje velkou roli osvěta. Tuberkulóza patří k velmi závažným infekčním onemocněním, jejichž výskyt se především zásluhou zavedení povinného očkování daří postupně snižovat. V Královéhradeckém kraji došlo v roce 2017 k mírnému nárůstu počtu nových případů onemocnění. Mezi hlavní faktory nárůstu patří jednak celkový pokles ochranných protilátek v populaci a včasnější lékařská diagnóza. V Královéhradeckém kraji je výskyt klíšťové encefalitidy dlouhodobě pod průměrem ČR. Nicméně je zde nízká míra proočkovanosti, především u dospělé populace (žádný pacient hospitalizovaný v roce 2017 nebyl očkovan). Kraj kopíruje trend ČR ve výskytu střevních nákaz

(Salmonelóza, Bacilární úplavice, kamylobakteri0za, virové střevní infekce) a v posledních letech je pod pr0m0rem 0R. Salmonel0za je jednou z nej0ast0jších bakteriálních střevních infekcí a sou0asn0 se jedná o nej0ast0jší chorobu přenášenu ze zvířete na 0lov0ka. Z hlediska prevence je d0ležit0 dodr0zování hygienických zásad při manipulaci s potravinami, dále dodr0zování technologických postup0 a veterinární opatření v chovech jate0ních zvířat. Virové hepatitidy (zán0t jater v0ech typ0) jsou celosv0etov0 významnou pří0inou nejen nemocnosti, ale i úmrtnosti lidí. Jejich pŕub0h je 0asto zdlouhavý, a ne v0dy musí dojít k úplnému vyl00ení. V Králov0hradeck0m kraji je v0voj jednotlivých typ0 virov0 hepatitidy ve srovnání s 0R velmi nestabilní s velkými v0kyvy, u muž0 je nemocnost v0šší. V0skyty pohlavních nemocí syfilis a kapavka jsou v Králov0hradeck0m kraji dlouhodob0 pod pr0m0rem 0R, nicmén0 incidence kapavky je v posledních letech mírn0 vzestupu roste. Tyto hodnoty v0ak mohou b0t do ur0it0 míry zkresleny skute0ností, že zna0ná 0ást nakažených osob se k lékaři ani nedostaví. Nel00ené nebo nedostate0n0 l00ené formy onemocn0ní v0ak pŕecházejí do chronické fáze. Králov0hradecký kraj patŕí mezi kraje 0R s ni0ším v0skytem onemocn0ní HIV/AIDS (4. kraj s nejní0ším po0tem infikovaných osob. Od 1. 10. 1985 až k 31. 12. 2017 bylo v Králov0hradeck0m kraji.

#### Návrh aktivit doporu0ených k realizaci a podpoŕe:

- Podpoŕit a medializovat o0kování
- Posílit prevenci střevních infekcí
- Podpoŕit osv0tu a poradenství a bezplatné anonymní testování HIV/AIDS

## **6.5 Omezení zdravotn0 rizikov0ho chování a du0evní zdraví**

**Cíl:** Cílenou prevencí, osv0tou sní0it 0i omezit zdravotn0 rizikov0 chování a posílit du0evní zdraví obyvatel kraje

Pro kvalitu života je d0ležité nejen odbourávání špatných osobních návyk0 jako napŕ. kouření, alkohol, úrazy, ..., ale také dostupnost kvalitních potravin, vody, práce v zdrav0m pŕostředí, a to pro v0echny v0kov0 skupiny. To v0e má pŕímý vliv na du0evní zdraví obyvatel.

### **6.5.1 Prevence a sni0ování úraz0 a poran0ní (prevence úraz0, poskytování pŕvní pomoci, bezpe0nost silni0ního provozu)**

Úrazy jsou tŕetí nej0ast0jší pŕí0inou úmrtí u lidí stŕedního v0ku, u d0tí potom pŕí0inou poloviny úmrtí. Nejv0šší skupinu úraz0 tvoŕí úrazy domácí a ostatní (tvoŕí t0m0ŕ polovinu), následují zlomeniny, úrazy sportovní, pracovní a nejmenší skupinu tvoŕí dopravní úrazy. Je tŕeba zajistit efektivní prevenci, která m0že v0razn0 sní0it po0et úraz0 a úmrtí a také samozŕejm0 v0razn0 sní0it ekonomické náklady na l00bu a navrácení zdraví. Av0ak tato prevence musí probíhat programov0 a koncep0n0 a musí b0t podporována i ze strany veŕejných orgán0 (na úrovni obcí, m0st a region0). Pro potŕebu podpory prevence úraz0 sv0d0í skute0nost, že v0tšina úraz0 je pŕedvídatelná a preventabilní.

Záchrana lidských život0 a prevence nejr0zn0jších komplikací spojených s úrazy, ale i při vzniku velmi záva0ných akutních stav0, mnohdy závisí na v0asn0 a správn0 poskytnuté laické pŕvní pomoci. Situace v oblasti teoretické v0uky a nácviku poskytování pŕvní pomoci se v posledních letech zlep0uje a je pŕo0kolováno stále více osob.

#### Návrh aktivit doporu0ených k realizaci a podpoŕe:

- Podpora prevence úraz0 v0. d0tských
- Podpora a propagace pou0ívání ochranných pom0cek ve sportu a doprav0 u d0tí, mláde0e i dosp0lých
- Zv0šení bezpe0nosti silni0ního provozu, sni0ování úraz0 a úmrtí v d0sledku dopravních nehod – prevence dopravní úrazovosti a osv0ta o bezpe0nosti silni0ního provozu (napŕ. nácvik reálných situací, ...)
- Vytvoŕení a podpora bezpe0ných pŕostŕedí v0eobecn0 (cyklostezky, parky, hŕi0t0, chodníky, ...)
- Podpora kurz0 a pravidelných nácvik0 pŕvní pomoci na školách a ve školských zaŕízeních
- Podpora kurz0 a pravidelných pŕvní pomoci pro veŕejnost (d0tí i dosp0lé) a zam0stnavatele



### 6.5.2 Snížování stresu/Zlepšování duševního zdraví

V současnosti se všechny věkové skupiny potýkají s určitou mírou stresu, který představuje určitý nesoulad mezi zevními požadavky a individuálními možnostmi a neschopnost aktivně se vyrovnávat se zátěží. Stres má negativní dopad na lidské zdraví. Zdroje i samotné projevy stresu jsou velice individuální, a proto je třeba se zaměřit především na osvětu v oblasti předcházení stresu, jeho vlivu na zdraví a účinné snížení stresové zátěže. Dobré duševní zdraví je v každém věku stejně důležité jako zdraví fyzické, proto je významná podpora projektů a programů pro rozvoj duševního zdraví a v neposlední řadě i osvěta v této oblasti. Je třeba odstraňovat předsudky vůči duševně nemocným a dalším osobám se zdravotním postižením (odbourávat bariéry), a posilovat jejich integraci do společnosti a zlepšovat tak jejich životní podmínky.

Návrh aktivit doporučených k realizaci a podpoře:

- Podpora osvěty široké veřejnosti v oblasti předcházení stresu, jeho vlivu na zdraví a účinné snížení stresové zátěže
- Podpora projektů a programů pro rozvoj duševního zdraví všech věkových skupin
- Posílit integraci osob se zdravotním postižením (fyzickým, mentálním, smyslovým) do společnosti

### 6.5.3 Návykové látky – tabák, alkohol, drogy

Kouření patří mezi hlavní rizikové faktory nemocí srdce a cév a řady nádorových onemocnění. Jedná se o rizikový faktor, kterému se lze vyhnout. Přesto je jeho podíl na vzniku onemocnění a také úmrtnosti značný. Královéhradecký kraj podle šetření EHIS 2014 patří mezi kraje s větším podílem kuřáků v populaci (počet mužů kuřáků je 2x vyšší než u žen). Závažný problém představuje pro vývoj zdraví v kraji i celé ČR také kouření mezi mladistvými (prevalence u dívek je vyšší než u chlapců). Nadměrná konzumace alkoholu má kromě sociálních důsledků značný vliv na riziko a vznik úrazů, včetně násilných trestných činů, na vznik některých druhů novotvarů a výskyt nervových a psychosociálních nemocí. Spotřeba alkoholu v ČR se pohybuje kolem 10 litrů „čistého“ alkoholu na osobu vč. dětí i abstinentů, přitom se stále zvyšuje. Stále častěji pijí i děti a mládež, výjimečné nebývají v tomto věku i stavy opilosti. Z šetření EHIS vyplývá, že v ČR více než 16 % mužů konzumuje denně alkohol (28,7 % mužů ve věku 65–74 let jsou denní konzumenti). V ČR je problémové užívání drog dlouhodobě spojeno především s konopnými látkami, extází, halucinogenními houbami a pervitinem. V roce 2014 dle šetření EHIS bylo v ČR odhadnuto bezmála 47 tis. problémových uživatelů drog. V Královéhradeckém kraji v roce 2014 byl odhadovaný počet 1 000 osob. Užívání drog má kromě přímých toxických účinků vážné sociální dopady, vliv na psychické poruchy a významně zvyšují riziko některých závažných infekcí, jako je AIDS a virové záněty jater typu B a C.

Návrh aktivit doporučených k realizaci a podpoře:

- Podpora programů a osvěty proti kouření – snížit kuřáctví u všech věkových skupin
- Podpora programu Prevence kriminality
- Podpora programů prevence alkoholismu – cílené programy ve školách
- Podpora programů omezující závislosti na návykových látkách a řešící problematiku gamblerství

## Závěr

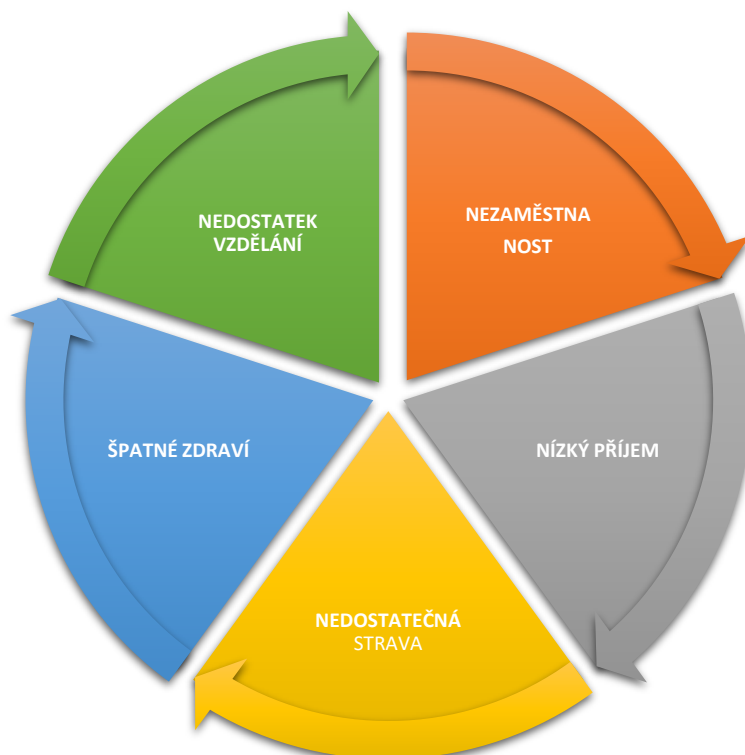
Zdraví vypovídá nejen o fyzickém stavu, ale i o duševní a sociální rovnováze. Zdraví obyvatel a kvalita lidského života ukazuje vyspělost jednotlivých regionů, jejich ekonomickou situaci, technickou vyspělost i stav životního prostředí.

K faktorům, které ovlivňují lidské zdraví, bezpochyby patří znečištění ovzduší, pracovní prostředí, kvalita lékařské pomoci, dostupnost a kvalita vody a potravin a další. Výskyt nemocí často není samostatně se projevujícím jevem, bývá spojen s chudobou a bezpečnostními hrozbami. Nedostatek finančních prostředků omezuje možnost zdravotně nezávadné stravy a pití, znemožňuje zlepšit nedostatečné hygienické podmínky, omezuje možnosti lékařské péče a brání svobodné volbě ekologicky šetrnějších prostředků nutných pro běžný provoz života (volba způsobu získávání energie, nakládání s odpady atd.). Jde o tzv. „začarovaný kruh chudoby“, kde chudoba vede k omezení volby, což má negativní vliv na zdraví a na ekonomický rozvoj.

Proto je třeba se maximálně zaměřit na podporu aktivit v oblasti zdraví (především zvýšení zdravotní a pohybové gramotnosti), neboť lze předpokládat, že podpora zdraví prospěje ekonomickému růstu, který zpětně povede ke zlepšování prostředí. To zase ovlivňuje zdravotní stav obyvatel. Dalšími zlepšení situace lze dosáhnout právní regulací týkající se pracovního prostředí, podporou lékařství, péčí o životní prostředí a dodržováním hygienických limitů. Je třeba si uvědomit, že zdraví lidí je významnou ekonomickou, sociální i obecně humánní hodnotou a samotná péče o zdraví je záležitostí všech lidí, veřejné správy, organizací a institucí.

**Lidé mohou do značné míry ovlivnit své zdraví.**

**Obrázek 10**      **Začarovaný kruh chudoby**



Královéhradecký kraj disponuje velmi hustou a kvalitní sítí zdravotnických zařízení. Samotná zdravotní péče má však dle mezinárodních výzkumů pouze dvacetiprocentní podíl na celkovém zdraví obyvatel. Zbývající podíl je souhrnem faktorů působících na obyvatele v běžném životě. Nepředpokládá se, že by se Královéhradecký kraj v identifikaci těchto faktorů zásadně odlišoval od jiných regionů České republiky, přesto je třeba zohlednit jistá specifika, a především potřebnost koncepčního přístupu veřejné správy k ochraně zdraví obyvatel.

Koncepce zdraví Královéhradeckého kraje byla zpracována v souladu s nadřazenou koncepcí Zdraví 2020 a připravovaným novým dokumentem Strategický rámec Zdraví 2030. Nejprve byla provedena důkladná analýza životních podmínek a zdravotního stavu obyvatel kraje, byly identifikovány základní specifika regionu v oblasti zdraví. Na základě zjištěných problémů a s ohledem na priority nadřazených strategií byly naformulovány a popsány návrhy priorit a cílů pro následující období.

V rámci procesu tvorby byla sestavena úzká komunikační platforma, která se skládá ze zástupců vybraných odborů Krajského úřadu Královéhradeckého kraje a regionálních partnerů (např. Krajská hygienická stanice HK). Tato skupina bude realizaci koncepce metodicky podporovat a dohlížet na její plnění a aktualizaci.

Koncepci zdraví Královéhradeckého kraje 2020+, která je zpracovaná podle dosud neschváleného návrhu dokumentu Strategický rámec Zdraví ČR 2030, bude třeba aktualizovat po schválení tohoto připravovaného národního dokumentu.

## Seznamy

### Seznam zkratk

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Syndrom získaného selhání imunity)
ARI	akutní respirační infekce
ASR Evropa 13	věková standardizace – Evropa 2013
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
DACH (u nutrice)	referenční dávky/nutriční standardy
dB	decibel
dg.	diagnóza
DM	diabetes mellitus
DP	dotační program
EPIDAT (ISIN)	systém hlášení infekčních nemocí
EU	Evropská unie
HACCP	Systém analýzy rizika a stanovení kritických kontrolních bodů
HBsAg	Hepatitis B surface Antigen (tzv. australský antigen)
HDM	hygiena dětí a mladistvých
HFA-DB	Světové zdravotnické organizace
HIV	Human Immunodeficiency Virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti)
HMMS	hrubá míra migračního salda
HMPP	hrubá míra přirozeného přírůstku
IS KaPr	Informační systému kategorizace prací
kat.	kategorie
KHK	Královéhradecký kraj
KHS	Krajská hygienická stanice
KVO	kardiovaskulární onemocnění
MERS-CoV	koronavir – Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus
MŠ	mateřská škola
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví ČR
ND	nutriční doporučení
NRRZ	Národní registr reprodukčního zdraví
NRVV	Národní registr vrozených vad
NzP	nemoci z povolání
PAU	polycyklické aromatické uhlovodíky
PM	polétavý prach (particulate matter)
Sb.	sbírka
SO ORP	správní obvod obce s rozšířenou působností
SZÚ	Státní zdravotnický ústav
TBC	tuberkulóza
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací
VHA	virová hepatitida typu A
VHE	virová hepatitida typu E
ZN	zhoubný novotvar
Zpráva	Zpráva o činnosti orgánů ochrany veřejného zdraví v oblasti ochrany zdraví při práci za rok 2017
ZŠ	základní škola

## Seznam tabulek

Tabulka 1	Základní údaje okresů Královéhradeckého kraje (k datu 31. 12. 2017) .....	7
Tabulka 2	Základní údaje SO ORP Královéhradeckého kraje (k datu 31. 12. 2017) .....	7
Tabulka 3	Počet hlášených onemocnění v období 2007 až 2017 v ČR .....	36
Tabulka 4	Přehled o počtu profesionálních onemocnění (NzP) a ohrožení NzP v Královéhradeckém kraji ve srovnání s ČR v letech 2015–2017 .....	37
Tabulka 5	Porovnání počtu NzP a ohrožení NzP v ČR a v Královéhradeckém kraji v roce 2017 na počet ekonomicky aktivních osob .....	37
Tabulka 6	Počet NzP v ČR a Královéhradeckém kraji dle jednotlivých kapitol seznamu NzP v roce 2017.....	37
Tabulka 7	Nemoci z povolání v Královéhradeckém kraji .....	37
Tabulka 8	Hlášení HIV+ osob z NRL a z HIV centra FN Hradec Králové v letech 2015–2017 .....	43
Tabulka 9	Počet živě narozených dětí v letech 2008–2017 .....	44
Tabulka 10	Podíl osob konzumující ovoce alespoň jednou denně v roce 2014 (v %) .....	52
Tabulka 11	Podíl osob konzumující zeleniny alespoň jednou denně v roce 2014 (v %) .....	53
Tabulka 12	Kuřáctví dle věkových kategorií a pohlaví v roce 2014 (v %).....	53
Tabulka 13	Kuřáctví dle krajů a pohlaví v roce 2014 (v %).....	54
Tabulka 14	Konzumace alkoholu v ČR dle věku a pohlaví v roce 2014 (v % osob) .....	55
Tabulka 15	Fyzická aktivita (% osob vykonávajících příslušnou aktivitu).....	56
Tabulka 16	Odhadovaný počet uživatelů drog v ČR (r. 2016) .....	57
Tabulka 17	Celoživotní prevalence užívání nelegálních drog v populaci ČR podle pohlaví a věkových skupin (v %)..	57
Tabulka 18	Výskyt úrazů v posledních 12 měsících v ČR (% osob) – 2014 .....	62
Tabulka 19	Počet osob exponovaných jednotlivým faktorům pracovních podmínek v rizikové kategorii v Královéhradeckém kraji v letech 2013–2017 .....	65
Tabulka 20	Počet osob exponovaných jednotlivým faktorům pracovních podmínek v rizikové kategorii 2R až 4 v Královéhradeckém kraji a ČR k 31. 12. 2017 .....	66
Tabulka 21	Počet provozoven a zaměstnavatelů s rizikovými pracemi v jednotlivých okresech Královéhradeckého kraje k 31. 12. 2017 .....	67
Tabulka 22	Celkové zdraví v ČR (minimální evropský modul) (% osob) – 2014 .....	72
Tabulka 23	Výskyt chronických onemocnění v posledních 12 měsících v ČR (% osob) – 2014.....	72
Tabulka 24	Smyslové a pohybové omezení (% osob) – ČR v roce 2014.....	73
Tabulka 25	Bolesti, duševní problémy a sociální podpora (% osob) – ČR v roce 2014 .....	73
Tabulka 26	Zvládání běžných aktivit (% lidí) – ČR v roce 2014.....	75

## Seznam grafů

Graf 1	Vývoj počtu obyvatel Královéhradeckého kraje v období 2005–2017 .....	8
Graf 2	Projekce počtu obyvatel do roku 2050 v Královéhradeckém kraji .....	8
Graf 3	Změna počtu obyvatel v krajích ČR v období 2005–2017 .....	9
Graf 4	Relativní změna počtu obyvatel v SO ORP Královéhradeckého kraje v období 2005–2017.....	9
Graf 5	Přirozený přírůstek v ČR a Královéhradeckém kraji v období 2005–2017.....	10
Graf 6	Projekce přirozeného úbytku obyvatel v Královéhradeckém kraji do roku 2051 .....	10
Graf 7	Migrační saldo v Královéhradeckém kraji v období 2005–2017.....	11
Graf 8	Projekce migračního přírůstku obyvatel v Královéhradeckém kraji do roku 2051.....	11
Graf 9	Podíl cizinců v krajích České republiky v roce 2017.....	12
Graf 10	Věková struktura obyvatelstva Královéhradeckého kraje v letech 2005, 2010, 2017 .....	12
Graf 11	Věková struktura obyvatelstva dle 5letých skupin v roce 2017 – srovnání kraje (vlevo) a České republiky (vpravo) .....	13
Graf 12	Vývoj průměrného věku v Královéhradeckém kraji v období 2005–2017.....	13
Graf 13	Vývoj průměrného věku v SO ROP Královéhradeckého kraje v období 2006–2017 .....	14
Graf 14	Vývoj indexu stáří v Královéhradeckém kraji v období 2005–2017.....	15

Graf 15	Vývoj indexu stáří ve SO ORP Královéhradeckého kraje v období 2005–2017 .....	15
Graf 16	Projekce indexu stáří a průměrného věku obyvatel kraje do roku 2050 .....	16
Graf 17	Zastoupení osob ve věku 80+ v populaci Královéhradeckého kraje v letech 2016–2017 .....	16
Graf 18	Vývoj naděje na dožití žen při narození v krajích ČR v období 2005–2017 (srovnání s nejvyšší a nejnižší hodnotou).....	17
Graf 19	Naděje na dožití obyvatel při narození Královéhradeckého kraje v letech 2005, 2010 a 2017 .....	18
Graf 20	Naděje na dožití žen při narození v okresech KHK v letech 2001–2017.....	18
Graf 21	Vývoj délky života ve zdraví (HLY) v České republice v letech 2013–2016.....	19
Graf 22	Perinatální úmrtnost – počet na 1 000 narozených v roce 2016 .....	20
Graf 23	Vývoj novorozenecké úmrtnosti v letech 2008–2017 ve vybraných regionech ČR.....	21
Graf 24	Vývoj kojenecké úmrtnosti v letech 2008–2017 ve vybraných regionech ČR.....	21
Graf 25	Vývoj standardizované úmrtnosti dle pohlaví v letech 2010–2016 (na 100 000 obyvatel) .....	22
Graf 26	Vývoj standardizované úmrtnosti v okresech Královéhradeckého kraje dle pohlaví v letech 2010–2016 (na 100 000 obyvatel).....	22
Graf 27	Standardizované míry úmrtnosti mužů a vybraných kapitol příčin smrti v roce 2016 (na 100 000 obyvatel).....	23
Graf 28	Standardizované míry úmrtnosti žen a vybraných kapitol příčin smrti v roce 2016 (na 100 000 obyvatel).....	23
Graf 29	Vývoj úmrtnosti na srdeční onemocnění vč. cerebrovaskulárních onemocnění (I00–I99) v letech 2010–2016 (ASR Evropa 2013) .....	24
Graf 30	Vývoj úmrtnosti na cévní nemoci mozku (I60–I69) v letech 2010–2016 (ASR Evropa 2013).....	24
Graf 31	Vývoj úmrtnosti na zhoubné novotvary (C00–C97) v letech 2010–2016 (ASR Evropa 2013) .....	25
Graf 32	Vývoj úmrtnosti na nádory hrtanu, průdušnice, průdušek a plic (C32–C34) v letech 2010–2016 (ASR Evropa 2013) .....	25
Graf 33	Vývoj úmrtnosti na zhoubný novotvar tlustého střeva a konečníku (C18–C20) v letech 2010–2016 (ASR Evropa 2013).....	26
Graf 34	Vývoj úmrtnosti na zhoubný novotvar prsu (C50) u žen v letech 2010–2016 (ASR Evropa 2013).....	26
Graf 35	Vývoj úmrtnosti na zhoubný melanom kůže (C43) v letech 2010–2016 (ASR Evropa 2013) .....	27
Graf 36	Vývoj úmrtnosti na diabetes (E10–E14) v letech 2010–2016 (ASR Evropa 2013) .....	27
Graf 37	Vývoj úmrtnosti na nemoci trávicí soustavy (K00–K93) v letech 2010–2016 (ASR Evropa 2013).....	28
Graf 38	Vývoj úmrtnosti na poruchy duševní a poruchy chování (F00–F99) v letech 2010–2016 (ASR Evropa 2013) .....	28
Graf 39	Incidence a prevalence nemocí oběhové soustavy v období 2013–2017 na 100 000 obyvatel –dg. I21–I22 a dg. I60–I64.....	29
Graf 40	Incidence a prevalence zhoubných novotvarů (C00–C97) v období 2000–2016 (prevalence 2015) na 100 000 obyvatel.....	30
Graf 41	Incidence zhoubných novotvarů – jiný zhoubný novotvar kůže (C44) v období 2012–2016 na 100 000 obyvatel.....	31
Graf 42	Incidence a prevalence zhoubných novotvarů hrtanu, průdušnice, průdušek a plic v období 2000–2016 (prevalence 2015) na 100 000 obyvatel .....	31
Graf 43	Incidence a prevalence zhoubných novotvarů tlustého střeva a konečníku v období 2000–2016 (prevalence 2015) na 100 000 obyvatel.....	32
Graf 44	Incidence a prevalence – zhoubný novotvar prsu (C50) v období 2000–2016 (prevalence 2015) na 100 000 obyvatel.....	33
Graf 45	Incidence a prevalence – zhoubný nádor prostaty u mužů (C61) v období 2000–2016 (prevalence 2015) na 100 000 obyvatel.....	34
Graf 46	Incidence a prevalence – zhoubný melanom kůže (C43) v období 2000–2015 na 100 000 obyvatel..	34
Graf 47	Incidence diabetes mellitus v roce 2016 na 10 000 obyvatel dle krajů.....	35
Graf 48	Prevalence diabetes mellitus v období 2014–2016 na 1 000 obyvatel dle typu .....	35
Graf 49	Morbidita v období 2014–2017 na 100 000 obyvatel dle typu diagnózy – dg. S00–T98 a dg. V00–V8936	

Graf 50	Spektrum hlášených diagnóz v Královéhradeckém kraji v roce 2017 .....	38
Graf 51	Výskyt salmonelózy v ČR a v Královéhradeckém kraji v letech 2008–2017 .....	38
Graf 52	Výskyt bacilární úplavice v ČR a v Královéhradeckém kraji v letech 2008–2017 .....	39
Graf 53	Výskyt kampylobakterií v ČR a v Královéhradeckém kraji v letech 2008–2017 .....	39
Graf 54	Výskyt tuberkulózy v ČR a v Královéhradeckém kraji v letech 2008–2017 .....	40
Graf 55	Výskyt virové hepatitidy A v ČR a v Královéhradeckém kraji v letech 2008–2017 .....	40
Graf 56	Výskyt akutní virové hepatitidy B v ČR a v Královéhradeckém kraji v letech 2008–2017 .....	41
Graf 57	Výskyt virové hepatitidy C v ČR a v Královéhradeckém kraji v letech 2008–2017 .....	41
Graf 58	Výskyt virové hepatitidy E v ČR a v Královéhradeckém kraji v letech 2008–2017 .....	42
Graf 59	Výskyt středoevropské klíšťové encefalitidy v ČR a v Královéhradeckém kraji v letech 2008–2017 ...	42
Graf 60	Výskyt syfilis v ČR a v Královéhradeckém kraji v letech 2008–2017 .....	43
Graf 61	Výskyt kapavky v ČR a v Královéhradeckém kraji v letech 2008–2017 .....	43
Graf 61	Počet HIV+ osob/AIDS v České republice (občané ČR a cizinci s trvalým pobytem) – kumulativní údaje za období 1986–2017 .....	44
Graf 63	Přehled hromadných výskytů infekčních onemocnění v Královéhradeckém kraji v roce 2017 .....	44
Graf 64	Počet živě narozených dětí dle pohlaví v Královéhradeckém kraji v letech 2008–2017 .....	45
Graf 65	Živě narození na 1 000 obyvatel v letech 2008–2017 .....	45
Graf 66	Úhrnná plodnost v ČR a Královéhradeckém kraji v letech 2008–2017 .....	46
Graf 67	Potraty a umělá přerušování těhotenství na 100 narozených v letech 2008–2017 .....	46
Graf 68	Vývoj potratů podle druhu v Královéhradeckém kraji v letech 2008–2017 .....	47
Graf 69	Vývoj živě narozených s vrozenou vadou na 1 000 živě narozených v ČR a Královéhradeckém kraji v letech 2008–2015 .....	47
Graf 70	Vývoj živě narozených s vrozenou vadou na 1 000 živě narozených v okresech Královéhradeckého kraje v letech 2008–2015 .....	48
Graf 71	Index tělesné hmotnosti muži a ženy v roce 2014 – obezita + nadváha (BMI >=25) .....	52
Graf 72	Jak snadno vycházely domácnosti s příjmem (podíl domácností v %) – Královéhradecký kraj .....	59
Graf 73	Jak snadno vycházely domácnosti s příjmem – srovnání mezi kraji 2018 .....	59
Graf 74	Podíl domácností, které si nemohly dovolit jíst obden maso (v%) .....	60
Graf 75	Podíl domácností, které si nemohly dovolit dostatečně vytápět byt (v%) .....	60
Graf 76	Porovnání vzdělanostní struktury obyvatelstva ve věku 15 a více let v krajích ČR .....	61
Graf 77	Nově hlášené případy pracovní neschopnosti přepočtených na 100 nemocensky pojištěných podle krajů ČR v roce 2006, 2012 a 2016 .....	61
Graf 78	Nově hlášené případy pracovní neschopnosti přepočtených na 100 nemocensky pojištěných podle okresů KHK v roce 2012 a 2016 .....	62
Graf 79	Průměrná doba trvání 1 případu pracovní neschopnosti dle okresů KHK v roce 2006, 2012 a 2016 ...	62
Graf 80	Podíl nezaměstnaných na obyvatelstvu v Královéhradeckém kraji a ČR v letech 2005 až 2018 .....	63
Graf 81	Graf 8 Podíl nezaměstnaných osob v jednotlivých krajích ČR (duben 2018) .....	63
Graf 82	Počet osob vykonávajících rizikové práce v jednotlivých kategoriích v letech 2013 až 2017 v Královéhradeckém kraji .....	64
Graf 83	Počet osob, které vykonávají rizikové práce na 100 000 obyvatel k 31. 12. 2017 .....	66

## Seznam obrázků

Obrázek 1	Kvantifikace vlivu takto definovaných determinant na zdraví: .....	6
Obrázek 2	Index stáří v krajích ČR v roce 2017 .....	14
Obrázek 3	Potravinová pyramida zdravé výživy .....	50
Obrázek 4	BMI – graf a vzorec .....	51
Obrázek 5	Jakost vody v tocích 2016–2017 .....	67
Obrázek 6	Kvalita koupacích vod, celá koupací sezona 2017 .....	68
Obrázek 7	Oblasti kraje s překročenými imisními limity pro ochranu zdraví bez zahrnutí přízemního ozonu v roce 2017 .....	69

Obrázek 8 Oblasti kraje s překročenými imisními limity pro ochranu zdraví se zahrnutím přízemního ozonu v roce 2017 .....	69
Obrázek 9 Průmyslová zařízení IPPC, 2017 .....	70
Obrázek 10 Začarovaný kruh chudoby .....	90

#### Zdroje dat

Český statistický úřad, <https://www.czso.cz/>, (statistiky, veřejná databáze, demografické ročenky)

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, <https://www.uzis.cz/>

Regionální zpravodajství NZIS, <https://reporting.uzis.cz/>

Prezentační systém zdravotnických ukazatelů (DPS) - Krajská hygienická stanice Hradec Králové

Zpráva o činnosti orgánů ochrany veřejného zdraví v oblasti ochrany zdraví při práci za rok 2017

Národní registr nemoci z povolání

Registru EpiDat, KHS KHK

Státní zdravotnický ústav Praha, <http://www.szu.cz/>

MŽP ČR, Zpráva o životním prostředí v Královéhradeckém kraji za rok 2019

Dotační portál Královéhradeckého kraje