

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

Přírodovědecká fakulta

Katedra demografie a geodemografie



**GENDEROVÁ DIFERENCIACE  
DEMOGRAFICKÝCH CHARAKTERISTIK V ČESKÉ  
REPUBLICCE VE SROVNÁNÍ S VYBRANÝMI  
EVROPSKÝMI ZEMĚMI**

**GENDER DIFFERENTIATION OF DEMOGRAPHIC  
CHARACTERISTICS IN CZECH REPUBLIC AND  
SELECTED EUROPEAN COUNTRIES**

Diplomová práce

**Eliška Matějcová**

## **Genderová diferenciacie demografických charakteristik v České republice ve srovnání s vybranými evropskými zeměmi**

### **Abstrakt**

Hlavním obsahem této práce je srovnání genderové diferenciacie demografických charakteristik v České republice, Maďarsku, Rakousku, Nizozemsku a Švédsku na základě dat z roku 2005. Sledované demografické charakteristiky se týkaly kromě socioekonomických témat a struktury obyvatelstva zejména úmrtnosti a zdravotního stavu obyvatelstva. Dle úrovně demografických ukazatelů vykazovaly země jasné rozdíly ve smyslu rozdělení na západní vyspělé země a postsocialistické země. V otázce genderové diferenciacie již takové rozdělení bylo méně patrné. Genderové rozdíly se objevovaly ve všech zemích zejména v úmrtnosti a u prevalence zdravotního stavu ve vyšším věku. Ve větší míře pak v postsocialistických zemích. Významným indikátorem byla úmrtnost dle příčin, jejíž genderová diferenciacie výrazně přispívala k rozdílu mez hodnotami naděje dožití mužů a žen. Prostorem pro snižování genderové diferenciacie tak zůstává nadúmrtost mužů ve věku 50 až 65 let na nemoci oběhové soustavy a na novotvary.

**Klíčová slova:** genderová diferenciacie, úmrtnost, zdravotní stav obyvatelstva, příčiny úmrtí

## **Gender differentiation of demographic characteristics in Czech Republic and selected European countries**

### **Abstract**

The main field of study in this work is gender differentiation of demographic characteristics in Czech Republic, Hungary, Netherlands, Austria and Sweden based on data from 2005. The main analysis was based on socioeconomic and structural indicators and mortality and health status indicators. According to the level of studied indicators the East-Western division of countries was apparent. The matter of gender differentiation did not display such a clear division as the gender differences appeared more or less in each country. The main reason was the difference of mortality patterns and health status indicators of higher age. Gender differentiation of causes of death appeared as one of the most important indicators affecting the different level of live expectancy of men and women. Higher mortality rates of men in age between 50 and 65 years contributed mainly to the diseases of circulatory system and neoplasms and appeared to be the main source of gender differentiation.

**Keywords:** gender differentiation, mortality, health status, causes of death

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením Prof. RNDr. Jitky Rychtařikové, CSc. A že jsem všechny použité prameny řádně citovala. Jsem si vědoma toho, že případné využití výsledků, získaných v této práci, mimo Univerzitu Karlovu v Praze je možné pouze po písemném souhlasu této univerzity. Svoluji k zapůjčení této práce pro studijní účely a souhlasím s tím, aby byla řádně vedena v seznamu zapůjčovatелů.

V Praze, 25. srpna 2008

Eliška Matějcová

## OBSAH

<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>6</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>7</b>
<b>Úvod .....</b>	<b>9</b>
<b>Vstupní hypotéza a výzkumná otázka práce .....</b>	<b>11</b>
<b>Vymezení genderové problematiky .....</b>	<b>13</b>
3.1 Periodizace genderové politiky .....	13
3.2 Genderová politika v Evropské unii.....	14
3.2.1 Směrování k pojetí „gender mainstreaming“ .....	14
<b>Genderová problematika v rámci typologie sociálních systémů.....</b>	<b>17</b>
4.1 Typologie sociálních systémů.....	17
4.1.1 Liberální pojetí sociální politiky .....	18
4.1.2 Konzervativní pojetí sociální politiky .....	18
4.1.3 Sociálně-demokratické pojetí sociální politiky .....	18
4.1.4 Další pojetí sociální politiky .....	19
4.2 Genderová pojetí sociální politiky .....	19
<b>Charakteristika vybraných zemí .....</b>	<b>22</b>
5.1 Česká republika a Maďarsko jako transformované ekonomiky střední a východní Evropy.....	22
5.1.1 Česká republika.....	23
5.1.2 Maďarsko .....	23
5.2 Západoevropské země.....	23
5.2.1 Švédsko .....	24
5.2.2 Rakousko.....	24
5.2.3 Nizozemsko.....	24
5.3 Současná populační situace vybraných zemí .....	25
5.3.1 Populační situace České republiky .....	25
5.3.2 Populační situace Maďarska .....	26
5.3.3 Populační situace Nizozemska.....	26
5.3.4 Populační situace Rakouska .....	26
5.3.5 Populační situace Švédska .....	27
5.4 Socioekonomické charakteristiky vybraných zemí.....	27
<b>Sňatečnost a struktura obyvatelstva dle rodinného stavu .....</b>	<b>28</b>
6.1 Sňatečnost .....	28
6.2 Rozvodovost .....	31

6.3 Struktura obyvatelstva dle věku a rodinného stavu.....	32
<b>Úmrtnost a příčiny úmrtí .....</b>	<b>38</b>
7.1 Úmrtnost .....	38
7.1.1 Střední délka života.....	39
7.1.2 Míry úmrtnosti dle věku.....	41
7.1.3 Standardizované míry úmrtnosti .....	43
7.1.4 Věkově specifické míry úmrtnosti v porovnání s EU .....	44
7.2 Příčiny úmrtí .....	46
7.2.1 Klasifikace příčin úmrtí .....	46
7.2.2 Standardizované míry úmrtnosti dle příčin úmrtí .....	47
7.2.3 Podíl příčin úmrtí dle věku .....	51
7.2.5 Dekompozice rozdílu střední délky života při narození podle věku a příčin úmrtí .....	54
<b>Zdravotní stav populace .....</b>	<b>59</b>
8.1 Chronická nemocnost.....	60
8.1.1 Naděje dožití podle chronické nemocnosti .....	60
8.1.2 Prevalence chronické nemocnosti dle věku .....	64
8.2 Zdravotní omezení každodenních aktivit.....	65
8.2.1 Naděje dožití podle zdravotního omezení.....	66
8.2.2 Prevalence zdravotního omezení dle věku.....	70
8.3 Subjektivně vnímané zdraví.....	71
8.3.1 Naděje dožití podle subjektivního zdravotního stavu .....	71
8.3.2 Prevalence subjektivního zdravotního stavu dle věku .....	75
<b>Genderová diferenciacie vybraných zemí.....</b>	<b>80</b>
<b>Závěr .....</b>	<b>84</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>86</b>
<b>Příloha I .....</b>	<b>89</b>
<b>Příloha II.....</b>	<b>92</b>
<b>Příloha III .....</b>	<b>95</b>
<b>Příloha IV.....</b>	<b>101</b>
<b>Příloha V .....</b>	<b>104</b>

## SEZNAM TABULEK

Tab. 1 – Základní typologie sociálních systémů a modelů sociální politiky .....	19
Tab. 2 – Hlavní rysy sociální politiky vybraných zemí a jejich vliv na genderové vztahy ve společnosti.....	25
Tab. 3 – Počet a struktura obyvatelstva k 1.7. 2005.....	26
Tab. 4 – Vybrané socioekonomické charakteristiky studovaných zemí, v %, 2005 .....	27
Tab. 5 – Průměrný věk při prvním sňatku, 2001, 2003.....	28
Tab. 6 – Úhrn redukovaných měr sňatečnosti svobodných, 2001, 2003.....	30
Tab. 7 – Struktura sňatků dle předchozího rodinného stavu, v %, 2003.....	30
Tab. 8 – Úhrnná rozvodovost manželství, vybrané roky, 2000 až 2003.....	31
Tab. 9 – Obyvatelstvo dle rodinného stavu, v %, 2001 .....	35
Tab. 10 – Podíl svobodných a alespoň jednou ženatých mužů ve vybraných věkových skupinách, v %, 2001 .....	36
Tab. 11 – Podíl svobodných a alespoň jednou vdaných žen ve vybraných věkových skupinách, v %, 2001 .....	36
Tab. 12 – Průměrný věk dle rodinného stavu, 2001.....	37
Tab. 13 – Střední délka života při narození, 2001 a 2005.....	40
Tab. 14 – Střední délka života ve věku 65 let, 2001 a 2005 .....	40
Tab. 15 – Rozdíl ve střední délce života žen a mužů (ženy – muži), v letech, 2001 a 2005....	41
Tab. 16 – Standardizovaná hrubá míra úmrtnosti (na 100 000 obyvatel), 2001 a 2005 .....	43
Tab. 17 – Standardizované míry úmrtnosti dle hlavních příčin úmrtí, na 100 000 obyvatel, 2001 .....	49
Tab. 18 – Standardizované míry úmrtnosti dle hlavních příčin úmrtí, na 100 000 obyvatel, 2005 .....	50
Tab. 19 – 1. část – Podíly věkových skupin a příčin úmrtí na změně střední délky života při narození mezi muži a ženami, vybrané země, 2005.....	55
Tab. 19 – 2. část – Podíly věkových skupin a příčin úmrtí na změně střední délky života při narození mezi muži a ženami, vybrané země, 2005.....	56
Tab. 19 – 3. část – Podíly věkových skupin a příčin úmrtí na změně střední délky života při narození mezi muži a ženami, vybrané země, 2005.....	57
Tab. 20 – Naděje dožití podle chronické nemoci, vybrané věky, 2005.....	64
Tab. 21 – Prevalence chronické nemoci ve věkové skupině 65-69 let, v %, 2005.....	65
Tab. 22 – Naděje dožití bez zdravotního omezení při narození, 2005 .....	66
Tab. 23 – Naděje dožití podle zdravotního omezení každodenních aktivit, vybrané věky, 2005 .....	70
Tab. 24 – Prevalence zdravotního omezení každodenních aktivit ve věkové skupině 65-69 let, v %, 2005 .....	71
Tab. 25 – Naděje dožití podle subjektivně vnímaného zdravotního stavu, vybrané věky, 2005.....	75
Tab. 26 – Prevalence subjektivně vnímaného zdravotního stavu ve věkové skupině 65-69 let, v %, 2005 .....	79
Tab. 27 – Vybrané charakteristiky při hodnocení genderové diferenciacie .....	80
Tab. 28 – Vlastnosti shluků na základě výstupu programu SAS .....	82

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 – Struktura obyvatelstva dle věku a rodinného stavu, Česká republika, 2001 .....	33
Obr. 2 – Struktura obyvatelstva dle věku a rodinného stavu, Maďarsko, 2001 .....	33
Obr. 3 – Struktura obyvatelstva dle věku a rodinného stavu, Nizozemsko, 2001 .....	34
Obr. 4 – Struktura obyvatelstva dle věku a rodinného stavu, Rakousko, 2001 .....	34
Obr. 5 – Struktura obyvatelstva dle věku a rodinného stavu, Švédsko, 2001 .....	35
Obr. 6 – Věkově specifické míry úmrtnosti, Muži, 2005 .....	42
Obr. 7 – Věkově specifické míry úmrtnosti, Ženy, 2005 .....	42
Obr. 8 – Poměr věkově specifických měr úmrtnosti jednotlivých zemí k průměrným hodnotám Evropské unie(EU27) v roce 2005, Muži.....	45
Obr. 9 – Poměr věkově specifických měr úmrtnosti jednotlivých zemí k průměrným hodnotám Evropské unie (EU27) v roce 2005, Ženy.....	46
Obr. 10 – Naděje dožití podle chronické nemocnosti, Česká republika, 2005 .....	61
Obr. 11 – Naděje dožití podle chronické nemocnosti, Maďarsko, 2005 .....	61
Obr. 12 – Naděje dožití podle chronické nemocnosti, Nizozemsko, 2005 .....	62
Obr. 13 – Naděje dožití podle chronické nemocnosti, Rakousko, 2005 .....	62
Obr. 14 – Naděje dožití podle chronické nemocnosti, Švédsko, 2005 .....	63
Obr. 15 – Naděje dožití podle zdravotního omezení každodenních aktivit, Česká republika, 2005.....	67
Obr. 16 – Naděje dožití podle zdravotního omezení každodenních aktivit, Maďarsko, 2005 ..	67
Obr. 17 – Naděje dožití podle zdravotního omezení každodenních aktivit, Rakousko, 2005 ...	68
Obr. 18 – Naděje dožití podle zdravotního omezení každodenních aktivit, Nizozemsko, 2005 .....	69
Obr. 19 – Naděje dožití podle zdravotního omezení každodenních aktivit, Švédsko, 2005 .....	69
Obr. 20 – Naděje dožití podle subjektivně vnímaného zdravotního stavu, Česká republika, 2005 .....	72
Obr. 21 – Naděje dožití podle subjektivně vnímaného zdravotního stavu, Maďarsko, 2005 ....	73
Obr. 22 – Naděje dožití podle subjektivně vnímaného zdravotního stavu, Rakousko, 2005 ....	73
Obr. 23 – Naděje dožití podle subjektivně vnímaného zdravotního stavu, Nizozemsko, 2005 ..	74
Obr. 24 – Naděje dožití podle subjektivně vnímaného zdravotního stavu, Švédsko, 2005 .....	74
Obr. 25 – Prevalence subjektivního zdravotního stavu dle věku, v %, Česká republika, 2005 ..	76
Obr. 26 – Prevalence subjektivního zdravotního stavu dle věku, v %, Maďarsko, 2005 .....	76
Obr. 27 – Prevalence subjektivního zdravotního stavu dle věku, v %, Rakousko, 2005 .....	77
Obr. 28 – Prevalence subjektivního zdravotního stavu dle věku, v %, Nizozemsko, 2005 .....	77
Obr. 29 – Prevalence subjektivního zdravotního stavu dle věku, v %, Švédsko, 2005 .....	78
Obr. 30 – Relativní genderové rozdíly vybraných ukazatelů dle zemí, 2005 .....	81
Obr. 31 – Dendogram shlukové analýzy Wardovou metodou minimální variance shluků, vybrané země na základě genderové diferenciacie proměnných, 2005 .....	82

Obr. I.1 – Redukované míry sňatečnosti svobodných, Česká republika, 2003 .....	89
Obr. I.2 – Redukované míry sňatečnosti svobodných, Maďarsko, 2003 .....	90
Obr. I.3 – Redukované míry sňatečnosti svobodných, Nizozemsko, 2003 .....	90
Obr. I.4 – Redukované míry sňatečnosti svobodných, Rakousko, 2003 .....	91
Obr. I.5 – Redukované míry sňatečnosti svobodných, Švédsko, 2003 .....	91
Obr. II.1 – Věkově specifické míry úmrtnosti, Česká republika, 2005 .....	92
Obr. II.2 – Věkově specifické míry úmrtnosti, Maďarsko, 2005 .....	93
Obr. II.3 – Věkově specifické míry úmrtnosti, Nizozemsko, 2005 .....	93
Obr. II.4 – Věkově specifické míry úmrtnosti, Rakousko, 2005 .....	94
Obr. II.5 – Věkově specifické míry úmrtnosti, Švédsko, 2005 .....	94
Obr. III.1 – Hlavní příčiny úmrtí dle věku, podíl v %, Česká republika, Muži, 2005 .....	95
Obr. III.2 – Hlavní příčiny úmrtí dle věku, podíl v %, Česká republika, Ženy, 2005 .....	96
Obr. III.3 – Hlavní příčiny úmrtí dle věku, podíl v %, Maďarsko, Muži, 2005 .....	96
Obr. III.4 – Hlavní příčiny úmrtí dle věku, podíl v %, Maďarsko, Ženy, 2005 .....	97
Obr. III.5 – Hlavní příčiny úmrtí dle věku, podíl v %, Nizozemsko, Muži, 2005 .....	97
Obr. III.6 – Hlavní příčiny úmrtí dle věku, podíl v %, Nizozemsko, Ženy, 2005 .....	98
Obr. III.7 – Hlavní příčiny úmrtí dle věku, podíl v %, Rakousko, Muži, 2005 .....	98
Obr. III.8 – Hlavní příčiny úmrtí dle věku, podíl v %, Rakousko, Ženy, 2005 .....	99
Obr. III.9 – Hlavní příčiny úmrtí dle věku, podíl v %, Švédsko, Muži, 2005 .....	99
Obr. III.10 – Hlavní příčiny úmrtí dle věku, podíl v %, Švédsko, Ženy, 2005 .....	100
Obr. IV.1 – Prevalence chronické nemoci dle věku, v %, Česká republika, 2005 .....	101
Obr. IV.2 – Prevalence chronické nemoci dle věku, v %, Maďarsko, 2005 .....	102
Obr. IV.3 – Prevalence chronické nemoci dle věku, v %, Nizozemsko, 2005 .....	102
Obr. IV.4 – Prevalence chronické nemoci dle věku, v %, Rakousko, 2005 .....	103
Obr. IV.5 – Prevalence chronické nemoci dle věku, v %, Švédsko, 2005 .....	103
Obr. V.1 – Prevalence zdravotního omezení každodenních aktivit dle věku, v %, Česká republika, 2005 .....	104
Obr. V.2 – Prevalence zdravotního omezení každodenních aktivit dle věku, v %, Maďarsko, 2005 .....	105
Obr. V.3 – Prevalence zdravotního omezení každodenních aktivit dle věku, v %, Nizozemsko, 2005 .....	105
Obr. V.4 – Prevalence zdravotního omezení každodenních aktivit dle věku, v %, Rakousko, 2005 .....	106
Obr. V.5 – Prevalence zdravotního omezení každodenních aktivit dle věku, v %, Švédsko, 2005 .....	106



## **Kapitola 1**

### **Úvod**

Diplomová práce se zabývá studiem demografických charakteristik v České republice ve srovnání se čtyřmi vybranými evropskými zeměmi – Maďarskem, Rakouskem, Nizozemskem a Švédskem na základě dat z roku 2005. Demografické charakteristiky vybraných zemí jsou zde srovnávány nejen z hlediska jejich celkové úrovně, ale také z hlediska rozdílů mezi muži a ženami, tedy z pohledu genderové diferenciacie.

Genderová diferenciacie je studována na základě několika okruhů demografických charakteristik založených na těch komponentech demografické reprodukce, které jsou ovlivněny různým demografickým chováním mužů a žen. Z oblasti samotné demografické reprodukce se tedy jedná o okruhy týkající se zejména sňatečnosti a úmrtnosti, které jsou rozšířeny o studium struktury populace na základě těchto dvou okruhů demografického chování.

Se zvyšujícím se zájmem o genderovou problematiku je stále častěji původní pojetí hledání rozdílů v chování mužů a žen nahrazováno termínem genderové diferenciacie. Avšak současným cílem studia genderové diferenciacie je hledání spíše společných souvislostí a možností vedoucích k vyrovnávání rozdílů a snižování diferenciacie mezi pohlavími. Z pohledu demografického chování se tedy jedná o snižování rozdílů ve dvou směrech. Prvním je zlepšování parametrů demografického chování ve smyslu zvyšování kvality života a druhým je snižování rozdílů v demografickém chování mužů a žen.

Typickým příkladem mohou být rozdílné parametry úmrtnosti mužů a žen ovlivněné jak biologicky danou nadúmrtostí mužů, tak specifickou nadúmrtostí každého pohlaví na dané příčiny nemocnosti v daném věku. Cílem studia by tedy mělo být hledání rezerv ve snižování úmrtnosti u obou pohlaví.

Koncept genderové rovnosti byl původně skloňován v oblasti zlepšování společenského postavení žen a snižování jejich diskriminace například na pracovním trhu nebo v oblasti veřejného života. V současnosti tento koncept získává širší rozměr (v evropském regionu) a to zejména ve smyslu harmonizace politiky Evropské unie směrem k jednotnému přístupu k oběma pohlavím (tzv. genderový mainstreaming). Teto koncept znamená snahu nevytvářet výhody pro jedno pohlaví na úkor druhého, ale vytvářet rovné podmínky pro obě pohlaví zároveň.

Kritériem při výběru zemí pro studium genderové diferenciacie bylo hledání postavení České republiky k takzvaně genderově vyspělým západoevropským zemím a zároveň postavení České republiky ve středoevropském prostoru. Vybrány byly tedy dvě sousední země a dvě západoevropské země odpovídající požadavku genderově vyspělých zemí.

Maďarsko zde představuje zemi s podobným historickým vývojem jako Česká republika a stejně se také řadí mezi postsocialistické země. Rakousko kromě kritéria geografické blízkosti zastupuje také typicky konzervativní zemi s tradičním pojetím sociální politiky a převládajícími tradičními vzorci postavení žen a mužů. Nizozemsko jako západoevropská země není úplně typickým zástupcem země s „vyspělým“ genderovým pojetím, avšak slouží jako představitel země západní Evropy s dlouhou historií a pevnými základy společenských vzorců. Švédsko zde sehrává roli tzv. referenční země představující vzor genderově „vyspělé“ společnosti se silnou tradicí rovného postavení žen a mužů.

Výhodou výběru těchto zemí je jejich relativní srovnatelnost z hlediska velikosti populace, když s výjimkou Nizozemska (více než 16 milionů obyvatel) se populace těchto zemí v různé míře pohybuje kolo hranice 10 milionů.

Úvodní část práce vysvětluje pojetí genderové koncepce, její historický vývoj a vývoj na poli iniciativ Evropské unie. Dále předkládá základní klasifikaci zemí podle modelů sociální politiky, kterou pak rozšiřuje o genderové přístupy. Součástí úvodní části je také demografické zařazení vybraných pěti zemí do evropského kontextu na základě základních socioekonomických charakteristik a populační situace.

Hlavní a nejobsáhlejší část práce se věnuje samotnému srovnávání demografických charakteristik v kapitolách týkajících se sňatkového chování včetně rodinného stavu obyvatelstva, úmrtnosti a zdravotního stavu mužů a žen. Demografické charakteristiky jsou zde srovnávány jak z hlediska rozdílů mezi jednotlivými zeměmi, tak z hlediska samotné genderové diferenciacie a diferenciacie v závislosti na věku.

Závěrem je pak snaha o nalezení podobností mezi zeměmi v závislosti na míře genderové diferenciacie jednotlivých demografických charakteristik.

## **Kapitola 2**

### **Vstupní hypotéza a výzkumná otázka práce**

Mezi vybranými zeměmi jsou kromě samotné populační situace patrné rozdíly také v celkovém společenském klimatu vytvářejícím podmínky pro demografické chování obyvatelstva. Důvodem jsou jak historicky zavedené společenské vzorce, tak rozdílná pojetí sociální politiky („welfare-state“). Nabízí se předpoklad, že právě rozdílná pojetí sociální politiky ve vybraných zemích se budou odrážet i v demografickém chování obyvatelstva a vytvářet podmínky pro větší či menší rozdíly v demografických charakteristikách mužů a žen.

Dále můžeme očekávat, že vybrané země se budou lišit také z hlediska hodnoty celkových ukazatelů a odrážet tak celkový populační vývoj. U České republiky a Maďarska bude v tomto ohledu patrný odstup oproti ostatním třem zemím ovlivněn pozdějším nástupem druhého demografického přechodu vlivem odděleného společenského a populačního vývoje v rámci socialistického bloku. U Rakouska předpokládáme, že se svými charakteristikami bude řadit mezi západoevropské země a že se svými hodnotami bude více přibližovat Nizozemsku a Švédsku, avšak populační situace bude také ovlivněna konzervativním charakterem země. Z hlediska genderových rozdílů pak předpokládáme vyšší hodnoty u České republiky a Maďarska a menší genderovou diferenciaci demografických charakteristik u Rakouska, Nizozemska a zejména Švédska.

Výzkumná otázka se tak zaměřuje na studium genderové diferenciaci ve třech oblastech: 1) Do jaké míry se ve vybraných zemích projevuje genderová diferenciaci demografických charakteristik. 2) Které charakteristiky se podílejí na vytváření genderových rozdílů a na rozdílů mezi samotnými zeměmi. 3) Které země jsou si podobné v populačním vývoji a genderové diferenciaci.

Pro studium demografické situace vybraných zemí nám posloužila data publikovaná Evropským statistickým úřadem (Eurostat), která jsou založena na číslech poskytovaných statistickými úřady jednotlivých členských zemí Evropské unie, avšak pro jednotnost výstupů jsou upravována nebo přepočítávána jednotnou metodikou a umožňují tak srovnatelnost mezi zeměmi. Zdrojem dat týkajících se úmrtnosti a zdravotního stavu obyvatelstva byl informační systém European Health Expectancy Monitoring Unit (EHEMU), který rovněž ve spolupráci s Eurostatem publikuje data na základě evropských šetření o zdravotním stavu obyvatelstva. Zdrojem dat pro tuto práci pak byla čísla založená na výběrovém šetření životní úrovně a zdravotního stavu obyvatelstva Evropské unie z roku 2005 (EU-SILC 2005). Hlavní linie

studovaných dat proto byla založena na číslech z roku 2005 s výjimkou některých srovnání s daty z roku 2003 a s daty posledních sčítání obyvatelstva v roce 2001.

## **Kapitola 3**

### **Vymezení genderové problematiky**

V posledních dvou desetiletích nabývá pojem gender na významu a genderové pojetí společnosti se promítá do různých oblastí veřejného života. Termín „gender“ - znamenající v řečtině „rod“ - v posledních letech nahrazuje původně používaný anglický termín „sex“, v češtině „pohlaví“. Snahou je tak vnímání muže a ženy nejen ve smyslu biologickém, ale také z hlediska jejich postavení a role v kulturním, psychologickém a společenském kontextu. Koncept genderu se snaží zamezit zjednodušenému vnímání rozdílů mezi mužem a ženou a místo vrozených a biologicky daných poukazuje na rozdíly vytvořené společností, naučené, ovlivněné kulturou a stavem společenského prostředí.

Z původního pojetí genderové diferenciacie společnosti směřuje trend ke sblížení a genderové rovnosti. Literatura se nejčastěji zabývá různými aspekty postavení a role ženy ve společnosti, zejména v úhlu socioekonomického zaměření. Genderová koncepce se začíná odrážet také ve veřejném rozhodování a z důvodu potřeby sledovat vývoj genderových vztahů a aspektů genderového pojetí ve společnosti proniká tento pojem také do výzkumných oborů. Nejprve však považují za vhodné představení vývoje genderové politiky a jejího prolínání do společenských věd.

#### **3.1 Periodizace genderové politiky**

Podle Boothe a Bennetta (2002) se současná genderová politika vyvinula na základě feministického myšlení v moderní historii. Feminismus tak podle Boothe a Bennetta (2002) prošel třemi vlnami feministického myšlení a tato období můžeme považovat za tři důležité pilíře genderové politiky v současné moderní společnosti. Samotná období se však ve světě projevovала s rozdílnou intenzitou a různým časovým posunem.

První vlna feminismu, kterou oba nazývají obdobím ženské perspektivy (women's perspective) se objevila začátkem 20. století a byla spojena se vznikem feministických hnutí požadujících pro ženy stejná zákonná práva jako pro muže (například volební právo) a masivními kampaněmi sufražetek. Během šedesátých let 20. století se projevila druhá vlna feminismu požadující pozitivní přístup, výhody pro ženy (zejména v oblasti postavení na pracovním trhu) a principy rovného zacházení (equal treatment). Během devadesátých let minulého století se pak tyto snahy začaly přesouvat od ženského a rovnoprávného přístupu

k genderovému pojetí a zabývaly se rozdílnými potřebami žen a mužů, potřebou rovného přístupu k práci, službám a sociálnímu zabezpečení a následně se zabývaly i začleněním mužů do procesu sociálních změn (Booth, Bennett, 2002).

## **3.2 Genderová politika v Evropské unii**

Jak již bylo zmíněno, genderová problematika nabývá v posledních desetiletích na významu a proto postavení žen a mužů ve společnosti ve smyslu rovných příležitostí se stalo základním demokratickým principem vyspělých společností. Stejně tak se politika rovných příležitostí a politika genderové rovnosti stala součástí legislativy Evropské unie. Jako součást „acquis communautaire“ je zakotvena v právních systémech členských zemí Evropské unie a nové členské země ji musí zahrnout do své legislativy. Přesto má tato genderová problematika rozdílnou pozici nejen v rámci nových členských zemí, ale i v rámci tradičních západních demokracií.

Vyrovňování rozdílů mezi pohlavími ve všech oblastech společenství je jedním z cílů Evropské komise a je součástí zákonů, které musí země splňovat při členství v Evropské unii. Historie genderové politiky v Evropském společenství je spojena s tzv. druhou vlnou feminismu (viz předchozí kapitola) (Watson, 2000), která se v západních zemích projevovala snahou zajistit ženám přístup k placenému zaměstnání za stejných podmínek jako mužům (Watson, 2000).

Genderová rovnost je základem cíle rovných příležitostí v rámci strategie Evropské unie a toto téma zahrnují také tzv. Národní akční plány o zaměstnanosti. Nejnovější iniciativy na poli genderové rovnosti se posunují od ryze ekonomických témat (rovnost žen a mužů na pracovním trhu, politika rovných mezd) k oblastem rovných příležitostí (např. ženy ve vědě) a k oblastem sociální integrace (genderová regionální politika, bezpečnost).

### **3.2.1 Směřování k pojetí „gender mainstreaming“**

Počátky politiky rovných příležitostí v Evropském společenství se objevily již v zakládající Římské smlouvě z roku 1957 (neboli Smlouva o založení Evropského hospodářského společenství), kde článek číslo 119 zavazoval k rovné odměně za stejnou práci pro obě pohlaví (Watson, 2000). Tím měly být ženám zajištěny stejné možnosti na pracovním trhu jako mužům. Článek 119 byl do Římské smlouvy začleněn zejména díky požadavkům zástupců Francie, která politiku rovných odměn pro ženy a muže již uplatňovala a zvýšená cena ženské práce v textilním průmyslu znevýhodňovala postavení francouzských podniků na mezinárodním trhu (zvláště oproti nizozemské konkurenci). Tento krok nicméně pozbyl významu, když začala být pracovní místa v průmyslu obsazována pracovní silou ze zahraničí (Silver, 2003). Znehodnocení platnosti článku 119 vedlo ke stížnostem ze strany feministických hnutí (Booth, Bennett, 2002) a později i k novým snahám o začlenění genderové problematiky do politiky Evropského společenství.

Rovnost žen a mužů byla dále zakotvena ve Smlouvě o založení Evropského společenství v roce 1993 v článcích 2 a 3 o odstraňování nerovností a podpoře rovných příležitostí, v článku 13 o odstranění diskriminace, v článku 137 o rovném zacházení na trhu práce i mimo

něj a v článku 141 o rovném zacházení v otázkách odměňování. Posledně zmíněný článek v konsolidované smlouvě nahradil původní článek 119 Římské smlouvy.

Nové iniciativy ve smyslu rovných příležitostí a genderové rovnosti v Evropské unii byly představeny radou ministrů až v roce 1996. V takzvané třetí vlně genderové politiky v Evropské Unii přijala Evropská komise tzv. Čtvrtý střednědobý akční program pro rovné příležitosti pro ženy a muže 1996-2000, který měl odstartovat výzkumné projekty na poli rovných příležitostí a implementaci této politiky do legislativy členských zemí (Booth, Bennett, 2002). První podmínkou bylo zajištění rovných příležitostí pro ženy a muže ve všech oblastech politiky a veřejných aktivit (Silver, 2003) a přijetí koncepce generového mainstreamingu jako hlavní strategii politiky genderové rovnosti.

Pojem *genderový mainstreaming* je relativně novým, avšak hojně používaným termínem. Jedná se o postup, kdy je do každé veřejně správní činnosti automaticky zahrnut požadavek rovných příležitostí mužů a žen. Jedná se o souhrn norem a zákonů, ale také o celkovou snahu o vyrovnání pozice mužů a žen v jednotlivých životních situacích tak, aby přednost a práva jedné strany zároveň nepoškozovala tu druhou. Dle Booth a Bennetta (2002) je mainstreaming politika, kterou Evropská Unie přijala, aby zajistila rovnost žen a mužů ve všech veřejných aktivitách a politice na všech úrovních. Dle zprávy Rady Evropské unie je mainstreaming definován jako: „(re)organizace, rozvoj, vývoj a zhodnocení politických procesů tak, aby perspektiva genderové rovnosti byla zahrnuta v rozhodování na všech úrovních a pozicích a užívána všemi činiteli, kteří se na rozhodovacím procesu podílejí“ (Booth, Bennett, 2002). Evropská unie tak přijala koncept mainstreamingu, aby problematika rovnosti mužů a žen byla zohledněna ve všech opatřeních a programech. Mainstreaming byl poprvé použit ve Třetím komunitárním akčním programu pro rovné příležitosti 1991-1995 Evropskou Komisí.

Amsterdamská smlouva z června roku 1997, která nabyla platnosti červnem roku 1999 rozšířila oblast genderové rovnosti a odstartovala některé změny v legislativě členských zemí. Rozšířila také použití podpůrných programů a představila principy mainstreamingové politiky ve smyslu legislativních základů pro genderovou rovnost (Watson, 2000).

Došlo tak k posunu od rovných odměn k rovným příležitostem jako hlavnímu závazku politiky Evropské unie. Rovné zacházení mezi ženami a muži se tak stalo základním právem zakotveným v legislativě Evropské unie. Vedlo tak k úpravě legislativy členských zemí v oblastech mzdy, rovného zacházení, rodičovské dovolené, mateřství, sexuálního obtěžování na pracovišti a ochrany zaměstnance v případě dočasných zaměstnání nebo částečného úvazku (Booth, Bennett, 2002).

Hlavní roli v začleňování politiky rovných příležitostí do politické agendy jednotlivých členských zemí hraje Evropská komise pomocí strategických a programových dokumentů. Posledním je Plán pro dosažení rovného postavení žen a mužů 2006-2010 a Evropský pakt pro rovnost žen a mužů, který byl schválen v březnu roku 2006 a v souladu s cíly Lisabonské strategie deklaruje snahu zajistit: „rovné postavení žen a mužů na trhu práce a potírání stereotypních předsudků o roli žen a mužů v zaměstnání; zlepšení podmínek pro sladění pracovního a rodinného života žen a mužů a posílení hlediska rovnosti žen a mužů ve všech plánovacích a rozhodovacích procesech“ (Euroskop, 2008).

V říjnu 2006 bylo přijato rozhodnutí Evropského parlamentu a Evropské rady č. 1672/2006/ES, kterým se zavádí Program společenství pro zaměstnanost a sociální solidaritu - PROGRESS. Jedná se o integrovaný program na roky 2007 až 2013, který nahradil několik programů společenství přispívajících k provádění agendy sociální politiky. Program PROGRESS mimo jiné nahradil Komunitární program pro rovnost žen a mužů na roky 2001 až 2005 (prodloužen do roku 2006), který se vztahoval k Rámcové strategii pro rovné postavení žen a mužů 2001-2005. PROGRESS je rozdělen celkem do pěti oblastí, přičemž jednou z nich je i agenda rovného zacházení s ženami a muži.

Problematika rovných příležitostí pro ženy a muže tvoří významnou součást aktivit Evropského sociálního fondu a Iniciativy Společenství EQUAL. Oba programy jsou zaměřeny na odstraňování diskriminace a vytváření rovných příležitostí pro ženy a muže na trhu práce a v zaměstnání. Evropská komise také promítá genderové pojetí do oblasti statistického zjišťování a sběru statistických informací o obyvatelstvu. Vydává publikaci *The life of women and men in Europe - A statistical portrait* zahrnující genderové statistiky socioekonomických a demografických charakteristik.



## **Kapitola 4**

### **Genderová problematika v rámci typologie sociálních systémů**

Vymezením genderové problematiky se zabývá zejména literatura společenských věd, která hledá postavení této problematiky na poli sociálních systémů a ve smyslu rozdílného zaměření sociální politiky států. Vymezení sociálních systémů bylo různými autory rozšiřováno o dimenzi genderové diferenciacie a postavení žen ve společnosti.

#### **4.1 Typologie sociálních systémů**

Sociální systémy států se začaly profilovat s rozvojem tržní společnosti a rozpadem tradičních forem rodiny způsobeným migrací a také změnami postavení žen ve společnosti, kdy se začala objevovat potřeba vyrovnávacího mechanismu státu v poskytování sociální jistoty a stability. Rozdílnost sociálních systémů závisí zejména na rozdílném uspořádání hodnot mezi státem, trhem a rodinou. Odborná literatura dnes mluví o několika typologiích sociálního systému. Mezi nejznámější a nejčastěji citované typologie patří rozdělení podle Richarda H. Titmuse a Esping-Andersena (Matějková, Paloncyová, 2004).

Titmuss rozlišoval tři typy sociálního státu: reziduální, pracovně výkonový a institucionální. Reziduální sociální stát založen na liberálních myšlenkách předpokládá, že potřeby jednotlivců budou uspokojovány skrze rodinu a trh a stát zasahuje pouze v případě, kdy tyto formy nefungují. Pracovně výkonový typ sociálního státu rozděluje pomoc na základě výsledků a produktivity práce. Třetí typ je založen na centralizaci sociálních služeb a integraci jedinců do systému společenské pomoci.

Tomuto rozdělení rámcově odpovídá typologie welfare-state režimů podle Esping-Andersena a jeho publikace *The Three Worlds of Welfare Capitalism* (Esping-Andersen, 1990), která rozlišuje tři modely sociálních systémů: liberální, konzervativní a sociálně demokratický neboli skandinávský model (Bambra, 2006). Tato koncepce bývá jinými autory rozšířena o čtvrtý tzv. prorodinný typ sociálního státu a dále o pátý tzv. postsocialistický typ sociální politiky (Matějková, Paloncyová, 2004).

#### **4.1.1 Liberální pojetí sociální politiky**

Liberální model podle Esping- Andersena je založen na centrální roli trhu, neo-liberálních postojích a politice „laissez-faire“. Nabízí pouze minimální sociální podporu a odpovědnost nechává na jednotlivci (Neyer 2003; Abrahamson, Wehner, 2006). V tomto pojetí je kladen důraz na suverenitu státu. Sociální práva jsou z tohoto důvodu na velmi nízké úrovni (Pfau-Effinger, 2005). Pokud stát sjednává nějakou podporu, jedná se o ty nejhudší (dle testování průměru). Tento model bývá také nazýván „atlantickým“ nebo anglosaským modelem a představují jej sociální systémy Spojeného království, Spojených států amerických, Kanady, Austrálie a Nového Zélandu. Také zařízení péče o děti podle liberálního modelu fungují na tržním principu a stát se vzdává odpovědnosti za matky s dětmi. Tržně nabízená péče o děti je dostupná prakticky jen pro vyšší vrstvy (Pfau-Effinger, 2005), přesto má za cíl produkovat vyšší zaměstnanost žen. Ve většině těchto zemí neexistuje možnost mateřské dovolené. Náhradou jsou pak některé programy – např. Head Start nebo Family Support Act pro znevýhodněné děti (Dijk, 2001). Tento systém má tendenci polarizovat společnost na jednotlivé skupiny pracujících.

#### **4.1.2 Konzervativní pojetí sociální politiky**

Konzervativní model nebo také kontinentální pojetí sociální politiky představují země Německa, Francie, Rakouska, Belgie, a částečně i Nizozemska. Tento model sociální politiky nabízí sociální jistoty ve smyslu zmírnění zejména nejvýznamnějších rozdílů a zaměřuje se na rozdílná postavení jedinců ve společnosti spojená s určitými profesemi (například s veřejnými službami). Sociální politika je směřována zejména k podpoře tradičních forem rodiny (Neyer, 2003) a významnou úlohu hraje také církev. Ideálem je pojetí muže živitele rodiny s podporou mateřství. Očekává se tak, že matky zůstávají doma s dětmi a zapojují se do neformální rodinné péče (péče o děti, starší nemocné osoby apod.), která bývá považována za základ tohoto systému. Stát zasahuje jen v případech, kdy tyto tradiční formy nefungují. Avšak přístup k systému péče o děti se vlivem politik Evropské unie pomalu mění a na vzestupu je zřizování státních zařízení péče o děti (Dijk, 2001).

#### **4.1.3 Sociálně-demokratické pojetí sociální politiky**

Sociálně demokratický model je často považován a určitý ideál sociální politiky, kdy je sociální zabezpečení založeno na sociálních právech jedince a sociální politika se zaměřuje na rovné podmínky ve veřejné i soukromé sféře, kde hlavní odpovědnost přebírá stát za principu univerzální solidarity (Neyer, 2003; Abrahamson, Wehner, 2006). Tento model představuje politika severských zemí (Dánsko, Finsko, Norsko, Švédsko). Jedná se o extenzivní systém podpory, kdy jsou sociální výhody univerzálně distribuovány na základě podmínky občanství státu. Ideálem je také „plná zaměstnanost“ a stát podporuje různými prostředky ženy, aby se zapojily do zaměstnání. (Dijk, 2001). Dle Brigit Pfau-Effinger (Pfau-Effinger, 2005) je tento model postaven na principu egalitářství a solidarity, má vysokou úroveň sociálních práv, ale vede k tendenci sociální hierarchie a vytváření sociálních vrstev. Sektor sociálních služeb je pak plně formalizovaný.

#### 4.1.4 Další pojetí sociální politiky

Později bývá zmiňován také čtvrtý - prorodinný typ sociální politiky (Matějková, Palonciová, 2004), označován i jako latinský či jihoevropský. Do této kategorie se řadí např. Španělsko, Itálie nebo Řecko. Vyznačuje se nevměšováním do situace jednotlivců a spoléháním na pomoc rodiny při ochraně svých členů proti ekonomickým a sociálním rizikům. Tím je také možné do jisté míry vysvětlit pozdější odchod mladých lidí z domácnosti rodičů (Matějková, Palonciová, 2004). Ekonomická aktivita žen v těchto zemích je velice nízká, konflikt rodiny a zaměstnání je velice výrazný a napomáhá k odkladu či odmítnutí založení vlastní rodiny u mladých žen.

Jako pátý typ sociálního státu označují někteří autoři typ postsocialistický, který je příznačný pro všechny bývalé státy socialistického bloku včetně České republiky. Jedná se tedy o státy (re)formující svoji sociální politiku od počátku 90. let minulého století s dosud nejednoznačným vymezením jejího zaměření. V souvislosti s přechodem na tržní ekonomiku však upouští štědrého státního štítu a vytváří snahu vzbudit odpovědnost v jednotlivcích.

Tab. 1 – Základní typologie sociálních systémů a modelů sociální politiky

Typ	Liberální / Reziduální	Konzervativní /Pracovně výkonový	Sociálně demokratický /Institucionální
Princip	soukromé pojištění	hierarchie a loajalita	univerzální solidarita
Hlavní roli má	trh	rodina	stát
Pozornost směrem k	jednotlivci	rodině	jednotlivci
Kritérium k obdržení dávek	potřeba	status	občanství
Genderové vztahy	stát se nevměšuje	podpora tradičních rolí	politika rovnosti pohlaví
Podpora kombinace práce a rodiny	malá	malá	velká
Příklad (země)	Austrálie, Kanada, USA, Japonsko, UK	Německo, Rakousko, Belgie, Francie, Nizozemí	Dánsko, Finsko, Švédsko, Norsko

Zdroj: Matějková, Palonciová, 2004

Vzhledem k tomu, že se do popředí zájmu odborníků i veřejnosti dostává otázka rovných příležitostí mužů a žen, je možné také pohlížet na rodinné politiky z hlediska toho, do jaké míry umožňují skloubit pracovní a rodinný život, do jaké míry jsou ženy diskriminovány, v závislosti na jejich rodinných povinnostech, na trhu práce a do jaké míry jsou muži podporováni ve spolupráci na rodinných povinnostech (hlídání nemocných dětí, rodičovská dovolená apod.). Žádný z uvedených režimů neexistuje v takto jasné podobě a prvky jednotlivých režimů se vzájemně prolínají.

#### 4.2 Genderová pojetí sociální politiky

Typologie Esping-Andersena se zaměřuje zejména na sociální systémy vyspělých demokracií s rozvinutou tržní ekonomikou a je založena na sociální demokracii a politické ekonomii. Teorie se opírá o vztah placených zaměstnanců a trhu práce je založena na schopnosti státu tento vztah

dekomodifikovat<sup>1</sup> (Dijk, 2001). Původní typologie nezahrnuje post-socialistické země, které v 90. letech 20. století prošly transformačním procesem a jejich původní sociální politika nestála na principech tržní společnosti a proto docházelo k jejímu utváření znova.

Typologie Esping-Andersena posla feministickou kritikou v tom smyslu, že je příliš založena na vztazích mezi státem, trhem a rodinou v poskytování sociální jistoty a ignoruje genderové vztahy a rodinný přístup (Neyer, 2003) a nezahrnuje problematiku zařízení péče o děti a opatření rodičovské dovolené (Dijk, 2001). Další kritici tohoto rozdělení poukazují na to, že nedává prostor genderovým vztahům a neplacené práci (práce v domácnosti, péče o nemocné osoby apod.) (Pascal, Manning, 2000; Dijk, 2001).

Další zastánci feministického pojetí se začali zabývat otázkou, jakým způsobem sociální a ostatní politiky formují genderové vztahy v rámci rodiny, trhu a společnosti. Navržena byla jiná rozdělení modelů sociální politiky zohledňující genderové pojetí. Zejména to byly typologie zohledňující „živitele“ rodiny (Pascal, Manning, 2000). Příkladem je pak rozdělení uspořádání na: 1) silný, částečný nebo slabý model muže-živitele, 2) model mužského, ženského či duálního živitele, 3) mateřský nebo otcovský model nebo 4) rozdělení sociálních režimů na tzv. „women-friendly“, familializační a de-familializační<sup>2</sup> (Neyer, 2003).

Podle Abrahamsona a Wehnera (2006) je rozdělení sociálních systémů podle Esping-Andersena takzvaně „genderově slepé“ a to proto, že používá mužské pracovní chování jako standard pro další klasifikaci, neuvažuje již neplacenou ženskou práci a příliš upřednostňuje Švédsko jako měřítko pro ostatní země. Abrahamson tedy navrhuje rozdělení, které předkládá Orloff (Abrahamson, 2006). Ten do sociálních systémů zahrnuje také aspekt rodiny a matky. Duální model tak koresponduje se skandinávským pojetím extenzivní sítě sociálních služeb, defamilializací sociální politiky a štedrými prostředky rodinám. Model hlavní podpory rodiny předkládá umírněnější prostředky pro rodiny, spíše chybějící sociální služby a menší de-familializace sociální politiky odpovídá více Andersonovu konzervativnímu pojetí. A tržně-orientovaný model odráží liberální pojetí s minimem státních služeb, okrajovými prostředky a defamilializací skrze funkce trhu (Abrahamson, Wehner, 2006).

Sylvia Walby (2004) zohledňuje genderovou perspektivu a spojení žena - pracovní trh a navrhuje tři modely transformace sociálních systémů na veřejné genderové systémy: sociálně-vedený model, tržně-vedený model a regulační politikou-vedený model. Sociálně-vedený („welfare-led“) model je podle ní založen na rozvinuté sociálně-demokratické sociální síti a poskytuje ženám možnosti pro zvýšení jejich pracovních možností (Walby, 2004). Tento model má být typický pro skandinávské země (Švédsko, Norsko, Finsko a Dánsko). Tržně-vedený („market-led“) model představují zejména Spojené státy, kde poskytování služeb nutných pro podporu žen v zaměstnání je umožněno téměř výlučně tržními mechanismy (Walby, 2004). Nakonec model regulační politiky („regulatory policy-led model“) je uplatňován zejména v rámci členských zemí Evropské unie, kde podpora zaměstnanosti žen vede skrze

<sup>1</sup> Dekomodifikace jako schopnost státu převzít odpovědnost za jedince místo trhu. Zbavení jedince závislosti na trhu práce, kde je pracovní síla uplatňována jako hlavní „komodita“. (Bartáková, 2006)

<sup>2</sup> Familialistické pojetí sociální politiky očekává, že odpovědnost za sociální zabezpečení svých členů nese rodina a domácnost. De-familialistické pojetí usiluje o osvobození jedince ze závislosti na rodinných vazbách. V širším kontextu podporuje emancipaci žen na trhu práce. (Bartáková, 2006)

opatření odstraňující diskriminaci, regulující pracovní dobu a pomocí politiky podporující sociální integraci.

Jane Lewis představuje sociální pojetí typologie a navrhuje slabý, umírněný nebo silný typ muže živitele. Poukazuje na často chybný předpoklad, že čím více je snaha o zapojení žen na pracovní trh, tím více jde o modernější pojetí sociální politiky. Přestože neformální péče je čím dál více formalizována, nikdy úplně nezmizí, pouze se modernizuje a ženy budou vždy jejími hlavními poskytovateli. Západní země zauímají vždy jeden z postojů a tak tradiční společnosti upřednostňují neformální rodinnou péči, zatímco moderní společnosti preferují integraci žen do veřejné, formální péče (Pfau-Effinger, 2005).

Někteří autoři rozšířili Andersenův model o tzv. familialistický a zahrnuli tím do typologie také jihoevropské státy (Neyer, 2003). Země střední a východní Evropy někdy bývají označovány jako pátý takzvaný postsocialistický typ. Dle Neyer (2003) by však to této klasifikace a rozdělení neměly být zahrnuty. Často uváděným důvodem je nekompatibilita potřebných údajů a skutečnost, že vztah státu, trhu a rodiny byl založen na jiných ideologických principech než ve vyspělých demokratických zemích (Neyer, 2003). Dalším důvodem může být relativně krátká doba trvání a zatím nejednoznačné vymezení režimu sociální politiky. Během prvního období hospodářské transformace zemí střední a východní Evropy byla většina původních sociálních opatření zachována (přestože se jejich organizace do určité míry změnila). S dalšími politickými a hospodářskými změnami docházelo i ke změnám v sociálních systémech.

I přes určité rozdíly v typologii sociálních systémů a zohledňování pozice žen a mužů nejen na trhu práce, ale i v rodině a ve funkci živitele rodiny lze nalézt podobnosti a kombinací těchto typologií vymezit rozdíly mezi zeměmi srovnávanými v této práci.

## **Kapitola 5**

### **Charakteristika vybraných zemí**

#### **5.1 Česká republika a Maďarsko jako transformované ekonomiky střední a východní Evropy**

Genderová rovnost, dle dřívější terminologie spíše rovnost mezi pohlavími, byla základní politikou a hlavní ideologií zemí socialistického zřízení. Tím se také země bývalého sovětského bloku významně společensky odlišovaly od tehdejších západních zemí (Watson, 2000). Rovnost žen a mužů v rámci ekonomické aktivity byla podporována širokým spektrem zařízení a prostředků, jako jesle, školky, školní družiny včetně větších výhod pro svobodné matky (Watson, 2000). Později byla zavedena mateřská dovolená a forma finanční podpory během mateřské dovolené s podmínkou zachování pracovního místa během této doby (Watson, 2000).

Zároveň plné zapojení do pracovního procesu pro obě pohlaví a míra ekonomické aktivity žen byla jedna z nejvyšších na světě. Koncem 80. let dvacátého století se míry ekonomické aktivity žen téměř blížily k míře ekonomické aktivity mužů. V naprosté většině se jak u žen, tak u mužů jednalo o plný pracovní úvazek a částečné pracovní úvazky byly velmi výjimečné. Po roce 1990 však úroveň ekonomické aktivity žen klesala (Silver, 2003). Na druhé straně v zemích západní Evropy byla nižší ekonomická aktivita žen více rozšířená. Částečné pracovní úvazky žen jsou časté kromě Belgie, Německa, Islandu, Norska, Švýcarska a Spojeného království také v Nizozemsku, které patří do vybrané pětice studovaných zemí v této práci. Naopak v jižní Evropě a v severovýchodních zemích nejsou částečné pracovní úvazky tak rozšířené (Silver, 2003).

Země střední a východní Evropy stále vykazují vyšší míru ekonomické aktivity i vyšší počet odpracovaných hodin za týden než země Evropy západní. Také práce více než 40 hodin týdně je zde více častá. V Maďarsku téměř 50 % mužů a v České republice 40 % mužů pracovalo více než 48 hodin týdně (Haas, 2006). Avšak někteří stále poukazují na přetrvávající nerovnosti mezd, segregaci v rámci oboru, silné genderové rozdělení domácí práce a vyšší koncentraci žen ve špatně placených průmyslových odvětvích (Watson, 2000). Přetrvávající genderové stereotypy a nedostatek feministického přístupu však někteří autoři nalézají i mezi ženami. Dalším rysem těchto zemí je silná maskulinizace politické scény a zároveň obchodní sféra je silně zastoupena muži (Watson, 2000). I přes egalitářskou politiku lidé ve východních zemích preferují tradiční rozdělení rolí ve společnosti více než v západních zemích „Muž má vydělávat peníze a žena se má starat o domácnost...“ (více než 50 % v České republice a okolo 40 %

v Maďarsku, zatímco v Nizozemsku pouze 12 % a ve Švédsku jen 7,6 % obyvatel (Haas, 2006)).

### **5.1.1 Česká republika**

Česká republika, stejně jako Maďarsko měla rozdílnou pozici v rámci postavení žen a sociální politiky než západní země. Lze říci, že z hlediska ideologického pojetí se po roce 1989 vydala opačným směrem nežli západoevropské země. V původně nivelizované společnosti se během 90. let začaly projevovat sociální nerovnosti, které je třeba po vstupu do Evropské unie opět vyrovnávat a „setkat“ se v této oblasti s ostatními členskými zeměmi. Plná zaměstnanost žen a mužů a rovnoprávnost mezi pohlavími byla (a je) základním ústavním prvkem a ženy se před rokem 1989 silně podílely jak na veřejném životě, tak na pracovním trhu. Hodnoty zaměstnanosti žen se během 80 let minulého století pohybovaly nad hranicí 80 % (Dijk, 2001). Za péči o děti přebíral ve velké míře odpovědnost stát, aby tak umožnil plnou zaměstnanost. Nezabránil však takzvanému „druhému zaměstnání žen“ v rámci péče o rodinu a domácnost po skončení pracovní doby (Bartáková, 2006). Dle Liset van Dijk (2001) směřuje v současnosti Česká republika spíše k sociálně demokratické sociální politice. Dle Barbary Haas (2006) se sociální politika v posledních letech stáčí spíše k podpoře modelu muže živitele. Také zapojení žen na pracovním trhu se snížilo (avšak docházelo k němu pomaleji než v jiných postsocialistických zemích). Zejména v současnosti, kdy dochází ke snižování počtu státních zařízení péče o děti a vláda nabízí spíše prostředky, které finančně podporují matky v péči o dítě až do 4 let věku.

### **5.1.2 Maďarsko**

Maďarsko se v rámci socialistických zemí východního bloku vyznačovalo určitými specifiky. I přes socialistické hospodářství existoval v zemi soukromý sektor, který představoval do určité míry státem tolerovanou šedou ekonomiku a byl významným zdrojem zaměstnanosti žen. Ženy se na tomto druhu soukromého podnikání podílely převážnou částí. Oficiálně však snižovaly hodnoty měr ekonomické aktivity žen v Maďarsku, které vykazovalo nejnižší míru zaměstnanosti žen v rámci zemí východní Evropy (v 80. letech minulého století okolo 70 % (Dijk, 2001)).

Mateřská dovolená byla v Maďarsku zavedena v roce 1966. Maďarsko do jisté míry vstupovalo do devadesátých let dvacátého století s odlišnými podmínkami než například Československo, kde soukromý sektor, soukromé podnikání nebo například živnostnictví téměř úplně vymizelo. Dle Liset van Dijk (2001) směřuje Maďarsko více k liberálnímu režimu vzhledem k podpoře matek v zapojení do pracovního trhu a málo rozšířené síti předškolních zařízení péče o děti.

## **5.2 Západoevropské země**

Transformace společnosti začala v západní Evropě již v 60. letech, kdy se vznikající feministická hnutí snažila o změnu pohledu na postavení žen v domácnosti a postavení člověka v moderní průmyslové společnosti. Ženy začaly v této době pracovat na alespoň částečný

pracovní úvazek a částečně si budovaly vlastní kariéru. S tím souvisejí i první snahy o legislativní rámec a garance pro ženy v zaměstnání v zemích Evropského společenství. K větším změnám a rostoucím rozdílům mezi západoevropskými zeměmi docházelo v období ropných krizí v 70. a na konci 80. let. Zatímco některé země přijaly koncept sociální politiky a na jeho základě pak vytvářely prostor pro rovné příležitosti jedinců a jejich zapojení na trhu práce, jiné země si zachovaly tradiční rámec rozdělení rolí ve společnosti a v rodině.

### **5.2.1 Švédsko**

Švédsko je často považováno za vzor genderového pojetí společnosti a měřítko ve srovnání s ostatními zeměmi. Nejen podle typologie Esping-Andersena, ale i z hlediska demografických charakteristik a uplatňované politiky je tato země považována za genderově velmi vyspělou. Uplatňování genderově rovné politiky má ve Švédsku velmi silnou tradici a z hlediska rozdílů demografických charakteristik je na tom v rámci námi srovnávaných zemí nejlépe. Štědrá podpora mateřské a rodičovské dovolené a široká síť zařízení péče o děti umožňuje plný pracovní úvazek jak ženám tak mužům. Mateřskou dovolenou Švédsko zavedlo v roce 1974 a přes určité reformy posledních let stále patří mezi země s více štedrým sociálním systémem.

### **5.2.2 Rakousko**

Rakousko bývá zařazováno mezi konzervativní sociální režimy. Hlavní roli ve společnosti má stále rodina a ta je státem i církví představována jako hlavní norma a hodnota. Přes opatření v souladu s Evropskou unií mají stále ženy nevýhodnější postavení na trhu práce. Přestože míra ekonomické aktivity žen během posledních dvaceti let stoupala, ve srovnání se severními zeměmi jsou ženy stále závislé na rodinné situaci (Leitner, 2006). Po narození dítěte zpravidla ženy opouštějí svá zaměstnání na několik let.

Nedostačující síť zařízení péče o děti znesnadňuje ženám rychlý návrat do zaměstnání. Zejména se jedná o matky mladších dětí do 3 let. Poté ženy většinou dají přednost částečnému pracovnímu úvazku před profesní kariérou a vyšším příjmem. Sociální politika státu podporuje spíše tento tradiční model, kde muž je hlavním živitelem rodiny a žena pečuje o domácnost. Tento model je zvýhodněn také daňovým systémem. Ženy pak v Rakousku celkově vydělávají o třetinu méně než muži (Leitner, 2006). V porovnání se severními zeměmi je zde zavedena poměrně dlouhá doba, po kterou je umožněno zůstat rodičům doma (30 až 36 měsíců), ale finanční podpora je nedostatečná. Dlouhá doba strávená doma péčí o děti pak znesnadňuje ženám následný návrat na pracovní trh.

### **5.2.3 Nizozemsko**

V Nizozemsku byl ještě dlouho po válce udržován model žen v domácnosti, kdy byla separována soukromá a veřejná sféra. Tento model začal být oslaben během 80. a 90. let minulého století. Nizozemsko se posunulo více k egalitářskému přístupu, kdy pracují a starají se o rodinu oba rodiče. V Nizozemsku je skutečně vysoký podíl žen pracujících na částečný pracovní úvazek, avšak v praxi to znamená, že hlavním živitelem je muž a žena přispívá finančně na domácnost pouze částečně. V porovnání s ostatními zeměmi v Nizozemsku stoupá počet otců s malými dětmi, kteří jsou zaměstnání na částečný pracovní úvazek (Pfau-Effinger, 2005), tento počet však není tak významný, abychom jej mohli považovat za společenský jev.



Nizozemsko nemá přesně danou pozici v rámci typologie sociálních systémů (Abrahamson, Wehner, 2006). Bývá zařazováno jak mezi sociálně demokratické země, tak díky silné podpoře rodiny mezi konzervativní typy. Z hlediska sítě zařízení péče o děti, která není tak rozvinutá, se spíše řadí mezi konzervativní typy. Je však také typickým příkladem silné podpory flexibilní nebo částečné pracovní doby, která umožňuje skloubení práce a rodiny. Vysoká míra částečné pracovní doby zvyšuje šanci žen na zaměstnání. Na druhou stranu zde není mnoho jiných institucionálních prostředků, které by podporovaly skloubení práce a rodiny. Možná právě proto jsou částečné pracovní úvazky matek a na druhé straně plné úvazky otců tím nejvhodnějším řešením. Příjmy žen jsou však v tomto rozměru považovány za nízké a spíše okrajové a hlavní zodpovědnost za rodinu přebírá muž. Z jiného pohledu je však Nizozemsko zemí, kde jsou zaměstnání na částečný úvazek velmi rozšířena nejen mezi ženami, ale ve srovnání s ostatními zeměmi také mezi muži (Haas, 2006). Ve fázi založení rodiny však tento předpoklad u mužů přestává platit (Abrahamson, Wehner, 2006). Nizozemsko zavedlo placenou mateřskou dovolenou až v roce 1991 (Dijk, 2001).

**Tab. 2 – Hlavní rysy sociální politiky vybraných zemí a jejich vliv na genderové vztahy ve společnosti**

Země	ČR	Maďarsko	Nizozemsko	Rakousko	Švédsko
<b>Typ</b>	post-socialistický	post-socialistický (liberální?)	sociálně-demokratický/konzervativní	konzervativní	sociálně-demokratický
<b>Ženy a kariéra</b>	klesající zapojení žen na trhu práce	vysoké zapojení žen na trhu práce	zapojení žen na trhu práce díky částečným úvazkům	konflikt kariéry a rodiny	vysoké zapojení žen na trhu práce
<b>Zaměření státní podpory</b>	podpora žen na rodičovské dovolené	podpora zaměstnanosti žen	podpora částečných pracovních úvazků u žen	podpora role ženy pečovatelky	podpora zaměstnanosti žen
<b>Model rodiny</b>	dvoupříjmový rodinný model	dvoupříjmový rodinný model	model muže živitele a ženy pracující na částečný úvazek	model muže živitele a ženy v domácnosti	dvoupříjmový rodinný model
<b>Zařízení péče o děti</b>	snížování počtu státních zařízení péče o děti	snížování počtu státních zařízení péče o děti	sít státních zařízení péče o děti na vzestupu	méně rozvinutá síť státních institucí péče o děti	rozvinutá síť státních institucí péče o děti

### 5.3 Současná populační situace vybraných zemí

Součástí charakteristiky jednotlivých zemí by měl být také stručný nástin současné demografické situace včetně socioekonomických charakteristik. Ve většině evropských zemí dochází vlivem prodlužující se délky života a poklesem úrovně porodnosti ke stárnutí populace. Situace se zdá být kritičtější v zemích východní Evropy, kde také dochází k přirozenému úbytku obyvatelstva.

#### 5.3.1 Populační situace České republiky

V České republice díky nárůstu počtu narozených dětí a snížení počtu zemřelých došlo v roce 2006 poprvé od roku 1993 k populačnímu přírůstku přirozenou měnou. Zároveň je Česká

republika migračně ziskovou zemí. Ukazatel úhrnné plodnosti v několika posledních letech stoupá vlivem zvýšené porodnosti silných ročníků 70. let. Tento trend je ale považován za dočasný. V roce 2005 měla úhrnná plodnost hodnotu 1,28 a v roce 2006 již 1,33 dítěte na jednu ženu. Vlivem zlepšujících se úmrtnostních podmínek stoupala od počátku 90. let naděje dožití. V české populaci stejně jako v ostatních evropských zemích dochází ke stárnutí obyvatelstva. V porovnání s Maďarskem a Nizozemskem však podíl osob starších 65 let nepřevyšuje podíl dětské složky obyvatelstva do 14 let věku (viz tabulka 3).

### 5.3.2 Populační situace Maďarska

Počet obyvatel v Maďarsku byl v roce 2005 srovnatelný s Českou republikou, avšak docházelo zde k populačnímu úbytku, který byl mírně snižován kladným migračním saldem. Počty obyvatel v Maďarsku klesají již od 80. let. Úhrnná plodnost (hodnota 1,32 v roce 2005) v posledních letech mírně stoupá ze stejných důvodů jako v České republice. Od roku 1990 se také snižuje úmrtnost a zejména u mužské populace dochází k prodlužování naděje dožití. V Maďarsku však existují veliké regionální rozdíly a k hodnotám západoevropských zemí se přibližuje pomalu. Hodnoty indexu feminity a indexu stáří také jasně dokazují, že Maďarsko čelí stárnutí obyvatelstva.

### 5.3.3 Populační situace Nizozemska

V Nizozemsku, které mělo v roce 2005 celkem 16,3 milionu obyvatel, dochází stále k populačnímu přírůstku, který se však díky poklesu imigračních přírůstků snižuje. Od roku 2005, kdy hodnota úhrnné plodnosti činila 1,71 dětí na jednu ženu, došlo také k poklesu této hodnoty vlivem stagnace porodnosti. Naděje dožití, stejně jako ve většině vyspělých zemí, stoupá. Avšak zejména u žen dochází ke zpomalování jejího růstu. Nizozemsko se vyznačuje vysokým procentem (okolo 10 %) obyvatelstva narozeného mimo tuto zemi. Ve velké míře se jedná o osoby narozené mimo západní Evropu.

Tab. 3 – Počet a struktura obyvatelstva k 1.7. 2005

2005	Počet obyvatel (v tis.)			Index feminity	Index závislosti I	Index závislosti II	Index stáří	Index ekonomické závislosti
	muži	ženy	celkem					
ČR	4 992	5 244	10 236	105,1	20,81	19,87	95,47	40,68
Maďarsko	4 789	5 298	10 087	110,6	22,58	22,84	101,12	45,42
Nizozemsko	8 072	8 248	16 320	102,2	27,21	20,97	77,07	48,18
Rakousko	4 003	4 233	8 236	105,8	23,61	23,95	101,45	47,55
Švédsko	4 476	4 553	9 030	101,7	26,66	26,45	99,22	53,11

Poznámky: Index feminity – počet žen připadajících na 100 mužů; Index závislosti I – počet obyvatel ve věku do 14 let připadající na 100 obyvatel ve věku 15-65 let; Index závislosti II – počet obyvatel ve věku nad 65 let připadající na 100 obyvatel ve věku 15-65 let; Index stáří – počet osob ve věku nad 65 let připadající na 100 dětí do věku 14 let; Index ekonomické závislosti – podíl dětské a důchodové složky obyvatel připadající na 100 obyvatel ve věku 15-64 let.

Zdroj: Eurostat Database, vlastní výpočty

### 5.3.4 Populační situace Rakouska

Také v Rakousku docházelo v roce 2005 k populačnímu přírůstku, avšak hlavně díky kladnému migračnímu saldu. Počty narozených, které od roku 2005 klesají, převyšovaly počty

zemřelých velmi málo. Stále však dochází k přirozenému přírůstku. Hodnota úhrnné plodnosti se od roku 2005 snížila z hodnoty 1,41 na hodnotu 1,38 v roce 2007. Naděje dožití se zvyšuje, avšak stejně jako v Nizozemsku se její růst spíše zpomaluje.

### 5.3.5 Populační situace Švédska

Ve Švédsku dochází k populačnímu přírůstku díky imigraci i přírůstku přirozenou měnou. Zejména imigrační zisky byly v roce 2005 nejvyšší za posledních několik let. Důvodem bylo spíše odstranění administrativních bariér ve smyslu povolení k trvalému pobytu než zesílení přílivu migrantů. Úroveň plodnosti ve Švédsku klesá již od počátku 90. let, kdy hodnota úhrnné plodnosti 2,14 představovala maximum v rámci západoevropských zemí.

## 5.4 Socioekonomické charakteristiky vybraných zemí

Nejvyšší míra nezaměstnanosti byla v roce 2005 u žen v České republice. Ženy ve všech zemích, kromě Švédska, vykazovaly vyšší míru nezaměstnanosti než muži. Genderový rozdíl v míře nezaměstnanosti byl také nejvíce patrný u České republiky. Zároveň zde byly vysoké rozdíly v samotné míře ekonomické aktivity žen a mužů. Míra ekonomické aktivity žen byla v roce 2005 v České republice spolu s Maďarskem nejnižší ze všech pěti zemí. Avšak tento ukazatel nerozlišuje o jaký druh pracovního úvazku se jedná. Můžeme se tedy domnívat, že důvodem vyšší míry ekonomické aktivity žen v zemích západní Evropy (zejména v Nizozemsku) může být rozšířenost částečného pracovního úvazku.

Tab. 4 – Vybrané socioekonomické charakteristiky studovaných zemí, v %, 2005

	Míra nezaměstnanosti		Míra ekonomické aktivity		Podíl osob s vysokoškolským vzděláním	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
<b>ČR</b>	6,5	9,8	73,3	56,3	12,5	9,41
<b>Maďarsko</b>	7,0	7,4	63,1	51,1	13,5	14,4
<b>Nizozemsko</b>	4,4	5,1	79,9	66,4	27,5	23,1
<b>Rakousko</b>	4,9	5,5	75,4	62,0	17,2	11,9
<b>Švédsko</b>	7,5	7,4	74,4	70,4	21,2	28,8

Poznámky: Míra nezaměstnanosti odpovídá procentuálnímu podílu nezaměstnaných z celkové aktivní populace ve věku 15 až 74 let; Míra ekonomické aktivity je počítána na základě šetření pracovních sil a odpovídá podílu zaměstnaných mužů/žen ve věku 15-64 let na celkové populaci mužů/žen ve stejné věkové skupině, nezahrnuje populaci domovech důchodců, stacionářích, nemocnicích apod.; Klasifikace vzdělání na základě ISCED 97 (International Standard Classification of Education).

Zdroj: Eurostat Database, vlastní výpočty

Cílem Evropské unie je také zvyšování vzdělanostní úrovně obyvatelstva členských zemí. V podílu osob ve věku do 15 do 74 let, které měly ukončené vysokoškolské vzdělání se však Česká republika i Maďarsko a Rakousko výrazně vzdalovaly Švédsku a Nizozemsku. Ve Švédsku byl podíl žen s ukončeným vysokoškolským vzděláním nejvyšší. Až o 7,6 procentních bodů dokonce převyšoval podíl mužů a oproti České republice byl až 3krát vyšší. V ostatních zemích byl podíl osob s ukončeným vysokoškolským vzděláním vyšší u mužů než u žen. Největší genderový rozdíl v tomto směru však vykazovalo Švédsko.

## Kapitola 6

### Sňatečnost a struktura obyvatelstva dle rodinného stavu

#### 6.1 Sňatečnost

Cílem následující kapitoly je srovnání sňatkového chování mužů a žen ve vybrané pěti zemích z hlediska genderové diferenciacie a také časování uskutečňování manželství, případně rozpadu manželství. Srovnání je možné na základě dat, která jsou k dispozici za srovnatelné období pro všech pět srovnávaných zemí. Jsou to Eurostatem publikované míry sňatečnosti svobodných mužů a žen podle jednotek (dokončeného) věku od 15 do 49 let a dále celkový počet uzavřených sňatků do roku 2003. Z (redukovaných) měr sňatečnosti svobodných<sup>3</sup> tak zjišťujeme průběh sňatečnosti svobodných dle věku a průměrný věk mužů a žen při prvním sňatku. Nemáme však k dispozici podrobný údaj o časování sňatečnosti všech (sňatku schopných) obyvatel, proto bylo snahou více popsat strukturu obyvatelstva podle rodinného stavu. V této kapitole byla použita data za rok 2001 (z důvodu možnosti srovnání s následující částí kapitoly týkající se struktury obyvatelstva dle rodinného stavu na základě sčítání lidu) a dále data za poslední publikovaný rok 2003. Rozdíl dvou kalendářních let však nevypovídá o vývojovém trendu a naznačuje spíše dlouhodobý průměr ukazatele. Pro srovnání s druhou polovinou této kapitoly mají větší význam data za rok 2001, pro větší aktuálnost pak data za rok 2003.

*Tab. 5 – Průměrný věk při prvním sňatku, 2001, 2003*

	2001		2003	
	muži	ženy	muži	ženy
ČR	27,65	24,89	28,47	25,68
Maďarsko	27,92	25,11	28,64	25,88
Nizozemsko	30,38	27,89	30,83	28,40
Rakousko	29,74	27,26	30,16	27,67
Švédsko	32,33	29,95	32,93	30,51

Výpočet: z redukovaných měr sňatečnosti svobodných dle věku od 15 do 49 let

Zdroj: Eurostat Database, vlastní výpočty

Průměrný věk při prvním sňatku (viz tabulka 5) byl u obou pohlaví v roce 2001 i 2003 nejnižší v České republice. Mezi lety 2001 a 2003 došlo k jeho zvýšení, u mužů o 0,82 roku a u žen o 0,79 roku. Sňatečnost svobodných se v České republice odehrává v relativně nižším

<sup>3</sup> Redukované míry sňatečnosti svobodných dle věku: Počet sňatků svobodných mužů (žen) ve věku x ku střednímu stavu mužů (žen) v dokončeném věku x v daném kalendářním roce (Eurostat). Vlastní výpočty (přepočty) provede Eurostat na základě dat statistických úřadů jednotlivých členských zemí.

věku nejen ve srovnání se studovanými zeměmi, ale i ve srovnání s ostatními zeměmi Evropy. Přesto od roku 1990, kdy se spolu se společenskými změnami značně změnilo také demografické chování obyvatelstva v zemích střední a východní Evropy a v jeho důsledku docházelo k odkládání sňatků a zakládání rodiny, průměrný věk při prvním sňatku výrazně vzrostl. V největší míře pak právě v České republice a v Maďarsku (European Commission, 2008), kde se před rokem 1990 pohyboval věk při uzavírání prvního sňatku pod hranicí 22 let u žen a 24 let u mužů (European Commission, 2008).

Na druhé straně spektra ve skupině studovaných zemí, ale i v rámci Evropy stojí Švédsko, které má naopak nejvyšší hodnoty tohoto ukazatele. Průměrný věk při prvním sňatku přesahoval v roce 2003 u žen 30 let a u mužů 32 let. Švédsko spolu s Dánskem patří mezi evropské země s nejvyšší hodnotou průměrného věku při uzavírání prvního sňatku již dlouhodobě a vymyká se také jinými hodnotami a „liberálním“ postojem k rodině a instituci manželství. V rámci studované skupiny zemí se mu svými hodnotami přibližuje nejvíce Nizozemsko.

Nicméně sňatkový věk se zvyšoval a zvyšuje ve všech zemích Evropy v souvislosti s demografickým vývojem, stárnutím obyvatelstva a měnicími se společenskými hodnotami. Za hlavní důvody je považováno jak prodlužování délky studia a přípravy na budoucí povolání, tak i změna hodnot mezi mladými lidmi, kteří před založením rodiny dávají přednost profesním cílům a vybudování stabilní pozice na pracovním trhu (European Commission, 2008). Průměrný věk při prvním sňatku za 25 členských zemí Evropské Unie byl v roce 2003 27,4 let u žen a 29,8 let u mužů a od poloviny 70. let se v průměru zvýšil o více než 5 let.

Průměrný věk při prvním sňatku je v souvislosti s jiným časováním vyšší u mužů než u žen. Genderový rozdíl se v rámci studovaných zemí pohyboval okolo 2,5 let. Avšak například v České republice před rokem 1989, zejména pak počátkem 80. let byl tento rozdíl vyšší v souvislosti s velmi nízkým věkem žen, při vstupu do manželství. V rámci této práce a studovaných pěti evropských zemí na základě aktuálních dat byl nejvyšší rozdíl mezi průměrným věkem při prvním sňatku mužů a žen v roce 2001 v Maďarsku (průměrný věk mužů při prvním sňatku byl vyšší o 2,81 roku než průměrný věk žen) a v roce 2003 v České republice (věk mužů při prvním sňatku byl vyšší o 2,8 roku). Ve Švédsku, kde byl tento rozdíl nejnižší, byl průměrný věk při prvním sňatku mužů v roce 2003 vyšší o 2,43 roku.

Z hlediska časování prvních sňatků (viz příloha I) se v České republice a v Maďarsku sňatky odehrávají v porovnání se zbylými zeměmi v nižším věku a nejčastěji okolo 24 až 25 let věku u žen a 26 až 27 let věku u mužů. První sňatky se v rámci zemí východní Evropy a v rámci nových členských zemí Evropské unie odehrávají obecně v nižším věku než v zemích západní Evropy. V Rakousku a Nizozemsku se sňatečnost svobodných odehrává v největší míře okolo věku 27 let u žen a 29 let u mužů. Ve Švédsku, které spolu s Dánskem patří mezi země, kde se sňatečnost průměrně odehrává v mnohem vyšším věku, je uzavírání prvních sňatků dle věku rozloženo rovnoměrněji a do vyššího věku, u mužů se odehrává nejčastěji okolo 30 let a u žen nejčastěji okolo 29 let.

**Tab. 6 – Úhrn redukováných měř sňatečnosti svobodných, 2001, 2003**

	2001		2003	
	muži	ženy	muži	ženy
<b>ČR</b>	0,455	0,476	0,422	0,450
<b>Maďarsko</b>	0,419	0,439	0,442	0,469
<b>Nizozemsko</b>	0,495	0,539	0,516	0,555
<b>Rakousko</b>	0,434	0,471	0,470	0,506
<b>Švédsko</b>	0,440	0,471	0,438	0,512

Zdroj: data: Eurostat Database, vlastní výpočty

Úhrn redukováných měř sňatečnosti svobodných (tabulka 6) popisuje průměrný počet prvních sňatků, který připadá na jednoho muže (ženu) hypotetické kohorty vzniklé na základě parametrů sňatkového chování jednotlivých věkových skupin ve sledovaném kalendářním roce. V našem případě nejvyšší hodnotu tohoto ukazatele mělo v letech 2001 i 2003 Nizozemsko. Rozdíly mezi zeměmi však nejsou tak vysoké. U všech zemí se hodnoty úhrnu redukováné sňatečnosti pohybují kolem 0,5, sňatku prvního pořadí na jednoho muže (ženu), což je malá variabilita v porovnání s dříve obvyklou úrovní 0,9. Zajímavý je vyšší rozdíl mezi úhrnem sňatečnosti svobodných mužů a úhrnem sňatečností svobodných žen ve Švédsku za rok 2003. Ukazatel byl téměř o 7,5 procentních bodů vyšší u žen než u mužů. Ukazatel sňatečnosti svobodných je však ovlivněn podmínkami, které vytváří klima pro uzavírání sňatků. Meziroční výkyvy mohou znamenat spíše krátkodobou změnu v „atmosféře“ pro uzavírání sňatků či změnu některých podmínek pro uzavření manželství.

Tabulka zobrazující strukturu sňatků dle předchozího rodinného stavu v roce 2003 (tabulka 7) odhaluje, že sňatek z více než 70 % uzavírají osoby svobodné, ale například v Rakousku a v České republice téměř z jedné čtvrtiny také osoby rozvedené, nejméně pak ve všech zemích osoby ovdovělé. Mezi sňatky tedy převažují sňatky prvního pořadí. Nemáme k dispozici strukturu uzavřených sňatků dle rodinného stavu ženicha i nevěsty, abychom mohli určit, zda a v jakém poměru uzavírají svobodné osoby sňatky se svobodnými, rozvedenými nebo ovdovělými a naopak.

**Tab. 7 – Struktura sňatků dle předchozího rodinného stavu, v %, 2003**

		Svobodní/é	Ovdovělí/é	Rozvedení/é
<b>ČR</b>	<b>muži</b>	73,59	1,30	25,12
	<b>ženy</b>	74,31	1,37	24,32
<b>Maďarsko</b>	<b>muži</b>	78,04	1,47	20,49
	<b>ženy</b>	78,68	1,56	19,76
<b>Nizozemsko</b>	<b>muži</b>	80,10	1,78	18,11
	<b>ženy</b>	78,67	2,15	19,18
<b>Rakousko</b>	<b>muži</b>	73,61	1,27	25,11
	<b>ženy</b>	73,84	0,94	25,22
<b>Švédsko</b>	<b>muži</b>	78,59	0,95	20,46
	<b>ženy</b>	77,03	0,73	22,23

Zdroj: data: Eurostat Database, vlastní výpočty

Nejvyšší podíl sňatků svobodných ze všech uzavřených sňatků mělo v roce 2003 Nizozemsko, kde byl sňatek uzavřen z více než 80 % dosud svobodným ženichem a více než 78 % dosud svobodnou nevěstou. Přes 78 % byl podíl svobodných ženichů a nevěst také v Maďarsku. V rámci evropských zemí se podíl prvních sňatků pohybuje okolo 80 %, ale vyšší

podíl - až 90% sňatků prvního pořadí - je zejména v tradičně katolických zemích jižní a jihovýchodní Evropy. V Rakousku a v České republice se svobodní na celkovém počtu uzavřených sňatků podíleli „pouze“ okolo 74 %, více svobodné ženy než muži. Vyšší podíl na celkovém počtu sňatků však měly v těchto dvou zemích osoby rozvedené, z více než 24 % (v Rakousku ženy více než muži). Ve všech zemích se nejméně podílejí na počtu uzavřených sňatků osoby ovdovělé, odpovídá to však také jejich nižšímu podílu na celkové populaci a faktu, že se často jedná o osoby ve vyšším věku.

## 6.2 Rozvodovost

Hodnoty úhrnné rozvodovosti<sup>4</sup> vypovídají o dalším aspektu chování obyvatelstva a to riziku, že existující manželství skončí rozvodem na základě měr rozvodovosti v daném roce. Nejvyšší hodnoty úhrnné rozvodovosti pak z námi sledovaných zemí mělo v letech 2000 až 2003 Švédsko, kdy by se více než polovina existujících manželství rozvedla. Naopak nejnižší hodnoty tohoto ukazatele patřily Maďarsku a Nizozemsku. Tento ukazatel je však také ovlivněn legislativou daného státu a dále společenskými postoji a například skutečností, do jaké míry jsou v zemi zastoupeny náboženské postoje. Úhrnná rozvodovost v Evropě obecně dlouhodobě spíše stoupá. V rámci Evropy se zvýšila úhrnná rozvodovost od sedmdesátých let v průměru třikrát a právě severské země, jako například Švédsko, patří mezi země s jejichmi nejvyššími hodnotami (Commission Européenne, 2006).

Tab. 8 – Úhrnná rozvodovost manželství, vybrané roky, 2000 až 2003

Rok	2000	2001	2002	2003
ČR	0,413	0,446	0,456	0,479
Maďarsko	0,375	0,391	0,417	0,417
Nizozemsko	0,383	0,413	0,372	0,355
Rakousko	0,434	0,459	0,446	-
Švédsko	0,549	0,542	0,551	0,540

Zdroj: Eurostat Database

Shrneme-li sňatkové chování mužů a žen v rámci srovnávaných vybraných zemí a také v širším kontextu ostatních zemí Evropy, je společným rysem tendence posouvání sňatků do vyššího věku, ale také celkový pokles sňatečnosti. V současnosti manželství začíná ustupovat jiným formám soužití, tedy častému společnému soužití partnerů bez uzavření manželství, které označujeme nejčastěji jako kohabitaci. Od přelomu tisíciletí však vývoj sňatečnosti má spíše stabilní charakter (Commission Européenne, 2006).

Sňatečnost je uskutečňována v nejnižším věku ve východoevropských zemích. Ze studovaných pěti zemí v České republice a v Maďarsku. Země jako Nizozemsko a Švédsko uskutečňují sňatky v pozdějším věku a jejich časování je rovnoměrněji rozloženo do ostatních věků a rozdíly mezi muži a ženami jsou nižší než ve východoevropských zemích. Ukazatele sňatečnosti Rakouska se pohybují mezi těmito dvěma skupinami. Naopak hodnoty úhrnné

<sup>4</sup> Úhrnná rozvodovost, Eurostat: Průměrný počet rozvodů připadající na jedno manželství v daném roce. Tento počet je vztážen k hypotetické kohortě existujících manželství v daném roce a je tvořen součtem měr rozvodovosti manželství dle délky trvání manželství v dokončených letech.

rozvodovosti se liší. Nizozemsko s téměř nejnižší úhrnnou rozvodovostí se liší od Švédska s nejvyšší úhrnnou rozvodovostí z vybraných pěti zemí. Rozvody se ve všech pěti zemích odehrávají nejčastěji okolo 3 až 5 let od uzavření sňatku. V Nizozemsku spíše okolo čtyř až pěti let. Průměrná délka manželství v dokončených letech v době rozvodu byla v roce 2003 nejdelší v Nizozemsku a to více než 13 let. V České republice, Maďarsku, Rakousku i Švédsku se pohybovala okolo hranice 12 let od uzavření sňatku.

### **6.3 Struktura obyvatelstva dle věku a rodinného stavu**

Dalším aspektem, který souvisí se sňatkovým chováním obyvatelstva je samotná struktura podle rodinného stavu a věku. Podrobná data o rodinném stavu obyvatelstva dle jednotek věku publikoval Eurostat na základě národních censů, které se konaly v roce 2001, pod názvem „Eurostat 2001 Census Round“<sup>5</sup>. Jedná se tak o původní zdroj dat o struktuře obyvatelstva dle rodinného stavu jednotlivých evropských zemí.

Ve všech zemích byl z celkové populace vyšší podíl svobodných mužů než svobodných žen, nejvíce ve Švédsku. Ve Švédsku, v Nizozemsku a v Rakousku to byl také u mužů rodinný stav s nejvyšším zastoupením. Švédsko mělo ze sledovaných pěti zemí nejvyšší podíl svobodných osob (u mužů dokonce více než 54 %) a nejnižší podíl osob v manželství (35,65 % mužů bylo ženatých a 35,02 % žen bylo vdaných). Naopak nejnižší podíl svobodných osob měla Česká republika. V České republice a v Maďarsku měli ženatí muži vyšší zastoupení než svobodní a kromě Švédska měly vdané ženy vyšší zastoupení než svobodné ve všech zemích. Nejvyšší podíl ovdovělých mužů i žen mělo Maďarsko a rozvedených pak Švédsko.

Věkové pyramidy pak odhalují další aspekty věkové struktury obyvatelstva. Ve věkové struktuře České republiky a Maďarska je zřetelné silné zastoupení věkových skupin 20 až 24 let a zejména pak 25 až 29 let. Jedná se o silné ročníky ze 70. let minulého století. U věkové pyramidy České republiky pak výrazněji „vyčnívají“ věkové skupiny 45-49 a 50-54 let, u Maďarska pak věková skupina 45 až 49 let. Zatímco v České republice se jedná o silné ročníky z let po druhé světové válce, v Maďarsku se jedná o silné generace z poloviny 50. let. Věkové struktury obou zemí jsou si však velmi podobné a zřetelný je pak vyšší a stoupající podíl ovdovělých žen zejména u věkových skupin nad 50 let.

U věkových pyramid Nizozemska a Rakouska je zase výraznější zastoupení věkových skupin 30-34 a hlavně 35-39 let, tedy generací z 60. let 20. století.

U všech pěti věkových pyramid je patrné snižující se zastoupení dětské složky a mladých věkových skupin do 25 let a zužující se základna věkové pyramidy. Výrazněji u České republiky a Maďarska, ale je zřejmé, že všech pět zemí čelí budoucímu stárnutí obyvatelstva.

Genderové rozdíly byly v oblasti struktury dle rodinného stavu nejvyšší v Maďarsku a nejnižší v Nizozemsku. Ve všech zemích měly ženy nižší procentuální zastoupení svobodných

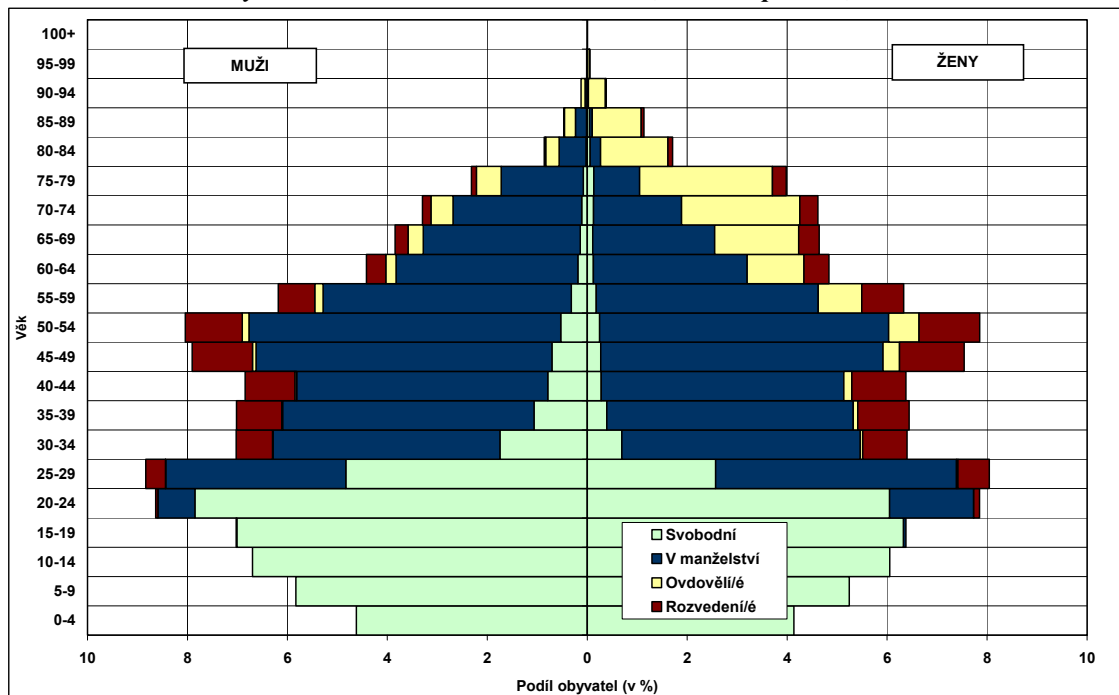
---

<sup>5</sup> Eurostat Census round 2001: Česká republika k 1.3. 2001 census tradiční formou sčítání lidu metodou dotazníků, Maďarsko k 1.2. 2001 census tradiční formou sčítání lidu metodou dotazníků, Nizozemsko k 1.1. 2001 census proveden jinou metodou (kombinací dotazování a zjišťování dat z registru obyvatelstva), Rakousko k 15.5. 2001 census kombinací tradiční formy sčítání lidu a registru obyvatelstva, Švédsko k 31.12. 2000 census na základě registru (Eurostat).



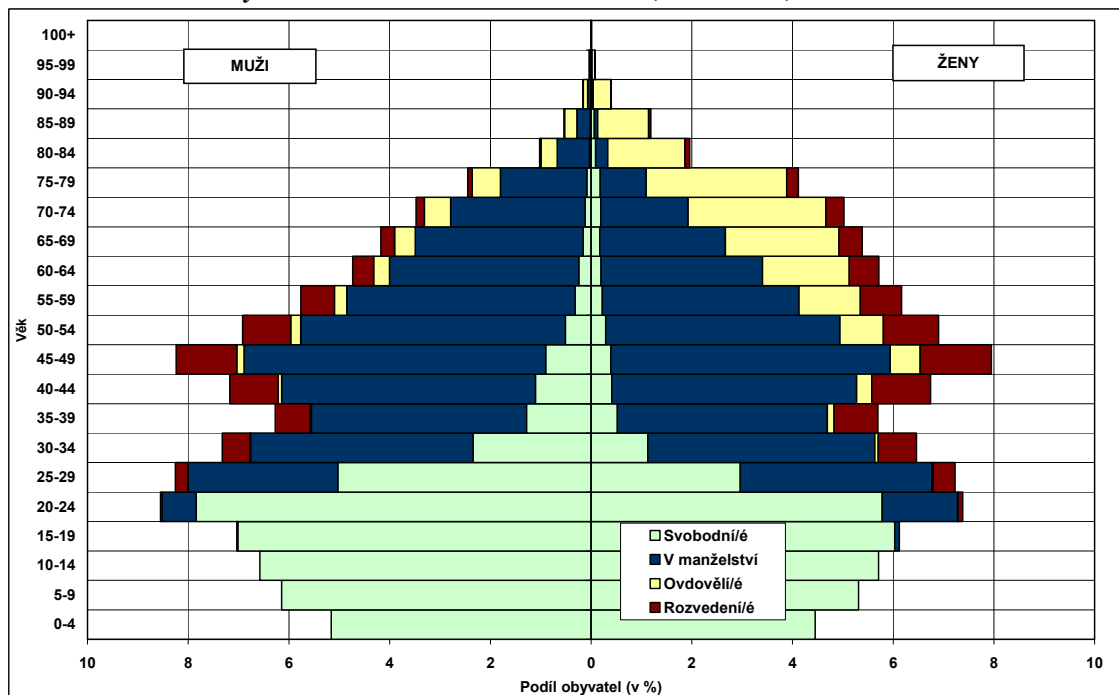
a v manželství než muži. Naopak ve všech pěti zemích byl až pětkrát vyšší podíl ovdovělých žen než mužů a 1,2krát vyšší podíl rozvedených žen než rozvedených mužů.

Obr. 1 – Struktura obyvatelstva dle věku a rodinného stavu, Česká republika, 2001



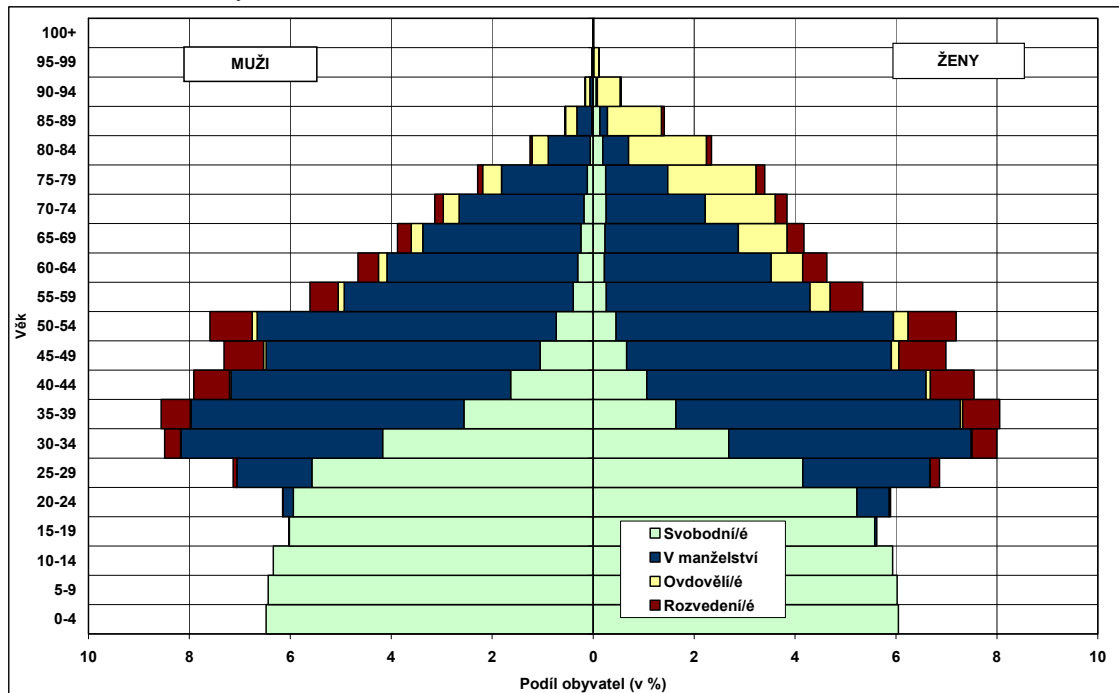
Zdroj: Eurostat Database, vlastní výpočty

Obr. 2 – Struktura obyvatelstva dle věku a rodinného stavu, Maďarsko, 2001



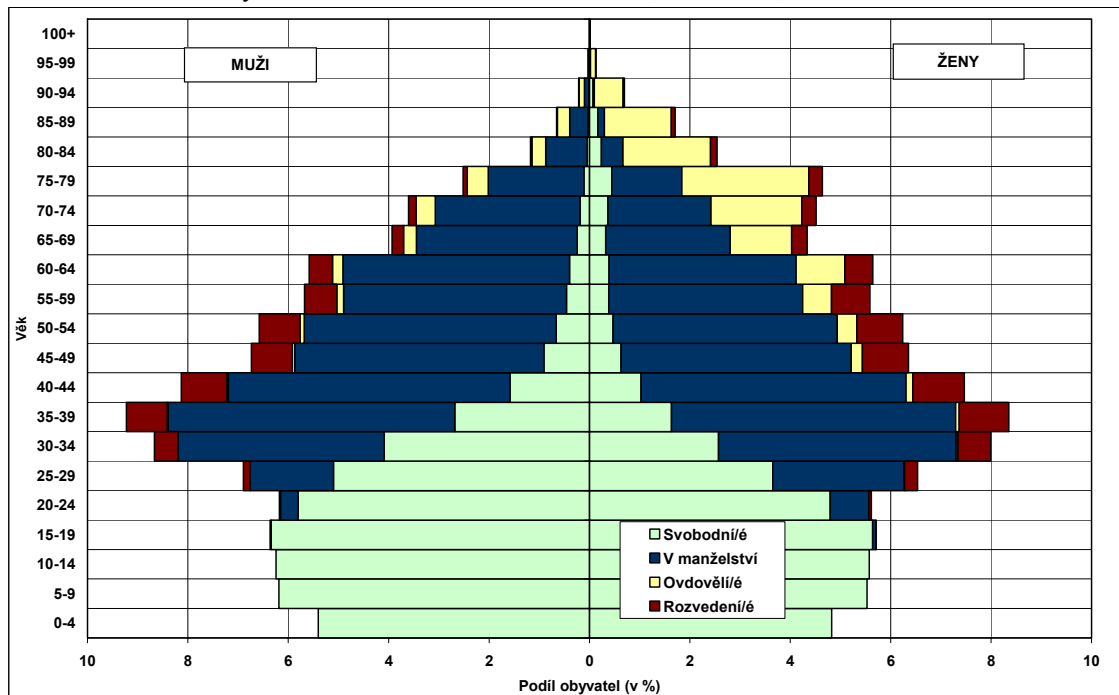
Zdroj: Eurostat Database, vlastní výpočty

Obr. 3 – Struktura obyvatelstva dle věku a rodinného stavu, Nizozemsko, 2001



Zdroj: Eurostat Database, vlastní výpočty

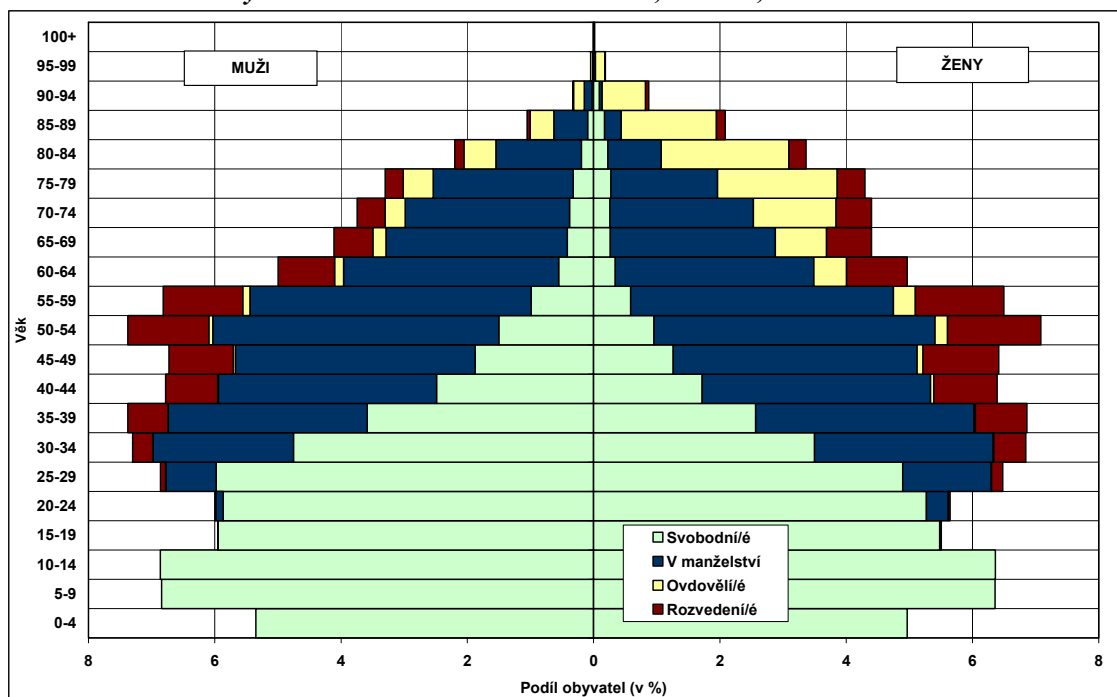
Obr. 4 – Struktura obyvatelstva dle věku a rodinného stavu, Rakousko, 2001



Zdroj: Eurostat Database, vlastní výpočty

Z pohledu věkové struktury je zajímavé sledovat, u kolika osob ze všech svobodných lze předpokládat, že neuzavřou manželství nikdy a naopak. Zda například vyšší podíl svobodných osob neznačí pouze mladší věkovou strukturu, tedy to, že tyto osoby manželství „dosud“ neuzavřely či je důvodem celkové populační klima a tyto osoby manželství „nikdy“ neuzavřou.

Obr. 5 – Struktura obyvatelstva dle věku a rodinného stavu, Švédsko, 2001



Zdroj: Eurostat Database, vlastní výpočty

Vymezili jsme si věkovou hranici 50 let, kdy předpokládáme, že dosud svobodné osoby starší 50 let mají velmi nízkou pravděpodobnost manželství uzavřít a vysokou pravděpodobnost, že zůstanou nadále svobodnými, v anglické terminologii pod označením „never married“. Dá se také předpokládat, že podíl svobodných osob ve věkové skupině mladší 50 let bude vyšší a naopak že mezi osobami staršími 50 let bude podíl osob, které alespoň jednou manželství uzavřely – „ever married“ – vyšší. Mezi osoby, které alespoň jednou uzavřely manželství, tedy „ever married“ počítáme muže či ženy v manželství, ovdovělé nebo rozvedené.

Tab. 9 – Obyvatelstvo dle rodinného stavu, v %, 2001

	Muži				Ženy			
	svobodní	ženatí	ovdovělí	rozvedení	svobodné	vdané	ovdovělé	rozvedené
ČR	42,56	47,87	2,47	7,11	33,06	45,45	12,69	8,80
Maďarsko	44,90	45,64	3,15	6,31	34,15	41,74	15,66	8,45
Nizozemsko	48,27	44,80	2,06	4,86	41,11	43,78	8,90	6,21
Rakousko	46,50	45,66	2,24	5,60	38,74	42,28	11,73	7,24
Švédsko	54,02	35,65	2,46	7,86	45,59	35,02	9,65	9,74

Zdroj: Eurostat Database, vlastní výpočty

Dle předpokladu převažují mezi osobami mladšími 50 let osoby dosud svobodné. Zatímco v České republice byli muži mladší 50 let svobodní z 58 %, ve Švédsku bylo svobodných ve stejné věkové skupině více než 75 %. Ve skupině žen mladších 50 let převažovaly větší rozdíly mezi vybranými zeměmi. Až na výjimku České republiky převažovaly mezi ženami mladšími 50 let ženy dosud svobodné. Nejvyšší podíl svobodných žen ve skupině do 50 let byl ve Švédsku (více než 68 %) a v Nizozemsku (téměř 60 %). V České republice ve stejné věkové skupině mírně převažovaly ženy, které již alespoň jednou manželství uzavřely (50,34 %).

**Tab. 10 – Podíl svobodných a alespoň jednou ženatých mužů ve vybraných věkových skupinách, v %, 2001**

Muži	Svobodní			Alespoň 1x ženatí		
	celkem	0-49 let	50 let a více	celkem	0-49 let	50 let a více
<b>ČR</b>	42,56	58,43	4,75	57,44	41,57	95,25
<b>Maďarsko</b>	44,90	61,37	5,12	55,10	38,63	94,88
<b>Nizozemsko</b>	48,27	65,22	7,10	51,73	34,78	92,90
<b>Rakousko</b>	46,50	63,33	7,18	53,50	36,67	92,82
<b>Švédsko</b>	54,02	75,02	13,20	45,98	24,98	86,80

Zdroj: Eurostat Database, vlastní výpočty

Ve skupině mužů a žen starších 50 let v každé z pěti zemí převažovaly z více než 90 % osoby, které již alespoň jednou uzavřely manželství. U mužů se na hranici 95 % pohybovali muži v České republice a v Maďarsku. Okolo hodnoty 92 % se podíl „ever married“ pohyboval u mužů v Rakousku a Nizozemsku a okolo 87 % se pohyboval ve Švédsku, kde ve skupině mužů starších 50 let zůstávalo více než 13 % svobodných. U žen bylo v této věkové skupině zastoupení těch, které manželství alespoň jednou uzavřely vyšší s výjimkou Rakouska. To mělo vyšší podíl dosud svobodných žen než dosud svobodných mužů.

**Tab. 11 – Podíl svobodných a alespoň jednou vdaných žen ve vybraných věkových skupinách, v %, 2001**

Ženy	Svobodné			Alespoň 1x vdané		
	celkem	0-49 let	50 let a více	celkem	0-49 let	50 let a více
<b>ČR</b>	33,06	49,66	2,93	66,94	50,34	97,07
<b>Maďarsko</b>	34,15	51,85	3,93	65,85	48,15	96,07
<b>Nizozemsko</b>	41,11	58,27	6,31	58,89	41,73	93,69
<b>Rakousko</b>	38,74	56,09	7,96	61,26	43,91	92,04
<b>Švédsko</b>	45,59	68,55	8,40	54,41	31,45	91,60

Zdroj: Eurostat Database, vlastní výpočty

Z hlediska struktury obyvatelstva dle rodinného stavu v jednotlivých zemích lze vytvořit některé závěry. Švédsko je zemí s nejvyšším podílem svobodných mužů i žen bez ohledu na věkovou skupinu mladších či starších 50 let a s nejnižším podílem osob, které alespoň jednou uzavřely manželství. Nizozemsko se svojí strukturou obyvatelstva přibližuje Švédsku, ale v celkovém pohledu pak převažují muži i ženy, které manželství alespoň jednou uzavřeli. Česká republika a Maďarsko se pohybují na druhém pólu sledované skupiny, kdy zejména zastoupení svobodných žen je nižší. V rámci genderových rozdílů byly ve skupině do 50 let nejvyšší odlišnosti v zastoupení osob svobodných a alespoň jednou vdaných či ženatých u Maďarska a u osob starších 50 let u Švédska.

Ukazatelem průměrného věku podle rodinného stavu jsme se snažili odhadnout zda rozdíly ve struktuře dle rodinného stavu v populacích jsou odrazem odlišné věkové struktury a případně ovlivněné stářím populace. Nejvyšší průměrný věk ze získaných dat mělo Švédsko. Vysoký podíl svobodných bude tedy specifikem této země, protože v rámci pěti studovaných zemí byl i průměrný věk svobodných mužů i svobodných žen nejvyšší. Nejnižší průměrný věk mužů i žen mělo Nizozemsko, což by vysvětlovalo i druhý nejvyšší podíl svobodných v celkové populaci. Očekávatelný byl vyšší průměrný věk ovdovělých žen než mužů. V Maďarsku, ale i v České republice tomu bylo naopak. Průměrný věk ovdovělých mužů byl vyšší

než průměrný věk ovdovělých žen. Tento fakt může mít přesah do následující kapitoly týkající se úmrtnosti, kdy můžeme nižší průměrný věk ovdovělých žen přičítat vyšším mírám úmrtnosti mužů ve středním věku.

**Tab. 12 – Průměrný věk dle rodinného stavu, 2001**

<b>Muži</b>	<b>Celkem</b>	<b>Svobodní</b>	<b>Ženatí</b>	<b>Ovdovělí</b>	<b>Rozvedení</b>
<b>ČR</b>	37,12	19,22	49,74	71,54	47,41
<b>Maďarsko</b>	37,13	19,64	50,52	69,89	48,44
<b>Nizozemsko</b>	37,11	20,95	51,39	73,13	50,56
<b>Rakousko</b>	37,90	21,39	51,65	72,99	48,81
<b>Švédsko</b>	39,02	24,26	55,37	76,66	54,49
<b>Ženy</b>	<b>Celkem</b>	<b>Svobodné</b>	<b>Vdané</b>	<b>Ovdovělé</b>	<b>Rozvedené</b>
<b>ČR</b>	40,27	17,28	46,73	71,32	48,54
<b>Maďarsko</b>	41,11	18,34	47,33	69,69	49,41
<b>Nizozemsko</b>	39,46	20,16	48,82	74,80	50,60
<b>Rakousko</b>	41,38	21,77	48,77	74,04	50,24
<b>Švédsko</b>	41,61	22,78	52,65	77,32	54,66

Zdroj: Eurostat Database, vlastní výpočty

## **Kapitola 7**

### **Úmrtnost a příčiny úmrtí**

#### **7.1 Úmrtnost**

Celková úroveň úmrtnosti je ovlivněna různými faktory, jejichž významnost se mění v závislosti na historickém období a stupni společenského vývoje. Nejméně ovlivnitelné jsou genetické faktory znamenající biologickou podmíněnost, například u nadúmrtnosti mužů. Vliv životního prostředí a životních nebo klimatických podmínek na úmrtnost obyvatelstva lze považovat za ekologický faktor. V současnosti však bývá nejvíce pozornosti směřováno k socioekonomickým faktorům a jejich vlivu na jedince. Mezi tyto vlivy lze zařadit životní úroveň, úroveň vzdělání, péči o vlastní zdraví a výživu nebo také úroveň životního prostředí, politickou a hospodářskou situaci dané země či úroveň lékařské péče a vyspělost medicíny v daném prostředí jedince.

S trendem klesající úmrtnosti se prodlužuje délka života obyvatelstva a objevují se otázky týkající se rozdílů mezi úmrtností mužů a úmrtností žen a odlišností mezi jednotlivými zeměmi. Postsocialistické země východní Evropy, v případě této práce Česká republika a Maďarsko, jsou zatíženy dědictvím demografické situace období před rokem 1989 a představují země s obecně vyšší intenzitou úmrtnosti. Patrné jsou nižší hodnoty střední délky života oproti zemím západní Evropy. Zároveň dá se předpokládat, že genderová diferenciacie v úmrtnosti bude v těchto zemích výraznější. Žádoucí však jsou co nejvyšší hodnoty střední délky života a snahou je snižování rozdílů mezi úmrtností mužů a úmrtností žen ve smyslu co nejnižších rozdílů ve střední délce života.

Během 20. století se úmrtnostní podmínky zejména v rozvinutých zemích významně měnily a zlepšováním lékařské péče, vynálezem antibiotik a preventivního očkování se hlavní příčiny úmrtí posouvaly do vyššího věku a také s vysokým věkem více souvisely. Docházelo k posunu od infekčních a parazitárních onemocnění k degenerativním onemocněním a tzv. civilizačním chorobám vyššího věku a začaly být více skloňovány novotvary a nemoci oběhové soustavy. Západoevropské a rozvinuté země měly a mají v tomto směru určitý náskok oproti zemím bývalého východního bloku.

Ke zvyšování rozdílů v úmrtnostních parametrech mezi zeměmi západní rozvinuté Evropy a zeměmi východního bloku začalo docházet v 70. letech 20. století (ČSÚ, 2005). Vlivem lepší lékařské péče a zdravějšího způsobu života docházelo v zemích západní Evropy ke zlepšování

úmrtnostních podmínek a prodlužování střední délky života. Později se také snižovala úmrtnost na kardiovaskulární nemoci.

V zemích východní Evropy a tehdejšího východního bloku docházelo ve stejném období spíše ke stagnaci růstu střední délky života a v některých parametrech spíše ke zhoršování úmrtnostních podmínek, zejména ve smyslu vysoké úmrtnosti na nemoci oběhového systému.

Po roce 1989 dochází ke změnám také v této oblasti a dochází ke zlepšování parametrů úmrtnosti, růstu stření délky života a snižování intenzity úmrtnosti. Přestože v rámci poměrně krátkého časového období došlo k významnému zlepšení úmrtnostních charakteristik v zemích bývalého východního bloku (mimo země bývalého SSSR), je dosud patrný odstup zemí východní Evropy oproti zemím Evropy západní (ČSÚ, 2005) a hodnoty střední délky života se ve východoevropských zemích stále pohybují na nižší úrovni. Horší parametry úmrtnosti jsou patrné zejména ve větších rozdílech mezi střední délkou života mužů a žen a v rámci dalších parametrů úmrtnosti zejména u mužů.

Kojenecká úmrtnost se ve vyspělých zemích během posledních 20 let výrazně snížila a její vliv na hodnoty naděje dožití při narození se stal minimální. V téměř celé Evropě se hodnoty kojenecké úmrtnosti během 90. let dostaly na velmi nízkou úroveň. Ve všech vybraných pěti zemích, kromě Maďarska, se hodnota kvocientu kojenecké úmrtnosti pohybuje již několik let okolo hranice 4 ‰ (Eurostat Database). Švédsko společně s Českou republikou s ještě nižšími hodnotami patří mezi země s nejnižším kvocientem kojenecké úmrtnosti vůbec. V Maďarsku byla v roce 2005 hodnota kojenecké úmrtnosti 6,2 ‰ (Eurostat Database).

Zdrojem dat studujících úmrtnost obyvatelstva v naší práci je statistická databáze publikována EHEMU<sup>6</sup>, která disponuje ukazateli jednotlivých členských zemí Evropské unie ve spolupráci s Eurostatem a Human Mortality Database. Pro naši práci byla kvůli zachování srovnatelnosti dat s ostatními ukazateli použita data za rok 2005 (respektive 2001) používající metodiku výpočtů Eurostat, kdy je zjišťována střední délka života v přesném věku od narození do věkové kategorie 85 a více let. Metoda Eurostat zjednodušuje výpočet naděje dožití v prvním roce života (věk 0) a to z důvodu menší náročnosti na datovou základnu a lepší srovnatelnosti dat v rámci jednotlivých zemí. Vstupními ukazateli jsou věkově specifické míry úmrtnosti v dokončeném věku, nejsou použity vyrovnávací metody ani korekce a konečným věkem je věková skupina 85 a více let (kategorie 85 +) s předpokladem, že k úmrtí v dané věkové skupině došlo v polovině roku (European Commission, 2007).

### 7.1.1 Střední délka života

Z tabulek číslo 13 a 14 zobrazujících hodnoty střední délky života při narození a ve věku 65 let za roky 2001 a 2005 je patrné, že ve všech zemích došlo k nárůstu střední délky života při narození jak mužů, tak u žen. Nejvyšší hodnotu střední délky života při narození mělo v obou obdobích Švédsko, kdy střední délka života při narození přesahovala u žen v obou letech 82 let a v roce 2005 dokonce 78 let u mužů. Zatímco u žen mělo druhé nejvyšší hodnoty střední

---

<sup>6</sup> European Health Expectancy Monitoring Unit byla zřízena Evropskou komisí v rámci DG SANCO (Commission's Directorate General for Health and Consumer Affairs) na základě dokumentu European Public Health programme 2004-2007 a spojuje evropské výzkumné instituce zabývající se zdravotním stavem a kvalitou života evropské populace. Cílem EHEMU je koordinace a distribuce dat o zdravotním stavu, úmrtnosti a kvalitě života evropské populace (Ehemu, 2008).

délky života při narození Rakousko (81,69 let a 82,27 let), mužů to bylo Nizozemsko. Na druhé straně stálo Maďarsko s nejnižšími hodnotami střední délky života při narození z pěti vybraných zemí, konkrétně 68,24 let pro muže a 76,65 let pro ženy v roce 2001 a 68,69 let pro muže a 77,17 let pro ženy v roce 2005.

Na počátku devadesátých let byly patrné velké rozdíly mezi zeměmi západní a východní Evropy, kdy země východní Evropy měly obecně nižší střední délku života a celkově horší úmrtnostní charakteristiky. Dle předpokladu v zemích východní Evropy docházelo během devadesátých let k nárůstu střední délky života a některé se svými hodnotami začaly přibližovat zemím západním. Za hlavní faktory zlepšující úmrtnostní podmínky bylo považováno zlepšení lékařské péče, změny životního stylu a také snižování úmrtnosti v důsledku chronických civilizačních onemocnění u skupin staršího obyvatelstva.

**Tab. 13 – Střední délka života při narození, 2001 a 2005**

e(0)	2001		2005	
	muži	ženy	muži	ženy
<b>ČR</b>	72,08	78,60	72,92	79,25
<b>Maďarsko</b>	68,24	76,65	68,69	77,17
<b>Nizozemsko</b>	75,83	80,79	77,25	81,72
<b>Rakousko</b>	75,66	81,69	76,69	82,27
<b>Švédsko</b>	77,58	82,17	78,49	82,90

Zdroj: Ehemu Database & Information System

Při porovnání hodnot střední délky života z roku 2001 a 2005 však k vyššímu nárůstu hodnot došlo v zemích západní Evropy. Nejvíce se zvýšily hodnoty střední délky života při narození mužů v Nizozemsku, o 1,42 roku a v Rakousku, o 1,03 roku. K nárůstu střední délky života při narození došlo i u žen nejvíce v Nizozemsku (o 0,93 roku) a ve Švédsku (0,73 roku). V Maďarsku se hodnota střední délky života zvýšila u obou pohlaví přibližně o půl roku (o 0,45 roku u mužů a 0,52 roku u žen), v České republice o něco více (0,84 roku u mužů a 0,65 u žen). U všech zemí, až na výjimku Maďarska, se zvýšila hodnota střední délky života při narození více u žen než u mužů

**Tab. 14 – Střední délka života ve věku 65 let, 2001 a 2005**

e(65)	2001		2005	
	muži	ženy	muži	ženy
<b>ČR</b>	13,96	17,31	14,42	17,72
<b>Maďarsko</b>	13,18	17,00	13,30	17,18
<b>Nizozemsko</b>	15,55	19,38	16,44	20,13
<b>Rakousko</b>	16,35	19,96	17,02	20,36
<b>Švédsko</b>	16,93	20,15	17,44	20,74

Zdroj: Ehemu Database & Information System

Vzhledem k charakteru úmrtnosti má dnes význam sledování ukazatelů úmrtnosti také ve vyšším věku. Střední délka života ve věku 65 let byla v roce 2001 a 2005 nejvyšší opět ve Švédsku a poté v Rakousku. Naopak nejnižší byla v Maďarsku a v České republice. Je zde patrné rozdělení na země východní Evropy (Česká republika a Maďarsko) a země západní Evropy, kde nejlepší ukazatele hodnotící charakter úmrtnosti vykazuje Švédsko. Také u střední délky života ve věku 65 let došlo k nárůstu hodnot u obou pohlaví avšak oproti hodnotám



střední délky života při narození se ve věku 65 let více zvýšily hodnoty střední délky života u mužů než u žen. Přesně naopak tomu bylo u Maďarska. Nejvíce se hodnoty tohoto ukazatele zvýšily v Nizozemsku (o 0,89 roku u mužů a 0,75 roku u žen), k nejmenšímu nárůstu střední délky života ve věku 65 let došlo k Maďarsku (pouze o 0,12 roku u mužů a o 0,18 u žen). Více se však zvýšily hodnoty střední délky života při narození než ve věku 65 let.

Z pohledu genderové diferenciacie, kdy sledujeme rozdíly v hodnotách střední délky života mužů a žen (tabulka 15) a kromě vyšší střední délky života je také žádoucí zmenšování rozdílu mezi pohlavími, byl stav v letech 2001 i 2005 opět lepší v západoevropských zemích v čele se Švédskem oproti Maďarsku a České republice, která se však hodnotou rozdílu mezi pohlavími přibližovala hodnotám Rakouska. Rozdíl mezi hodnotami střední délky života mužů a žen byl vyšší při narození než ve věku 65 let. Mezi roky 2001 a 2005 pak došlo k jeho snížení. Výjimkou však bylo již zmiňované Maďarsko, kde se rozdíl mezi hodnotami střední délky života mužů a žen při narození i ve věku 65 let zvýšil.

**Tab. 15 – Rozdíl ve střední délce života žen a mužů (ženy – muži), v letech, 2001 a 2005**

Rozdíl Ž-M	2001		2005	
	e(0)	e(65)	e(0)	e(65)
<b>ČR</b>	6,52	3,35	6,33	3,30
<b>Maďarsko</b>	8,41	3,82	8,48	3,88
<b>Nizozemsko</b>	4,96	3,83	4,47	3,69
<b>Rakousko</b>	6,03	3,61	5,58	3,34
<b>Švédsko</b>	4,59	3,22	4,41	3,30

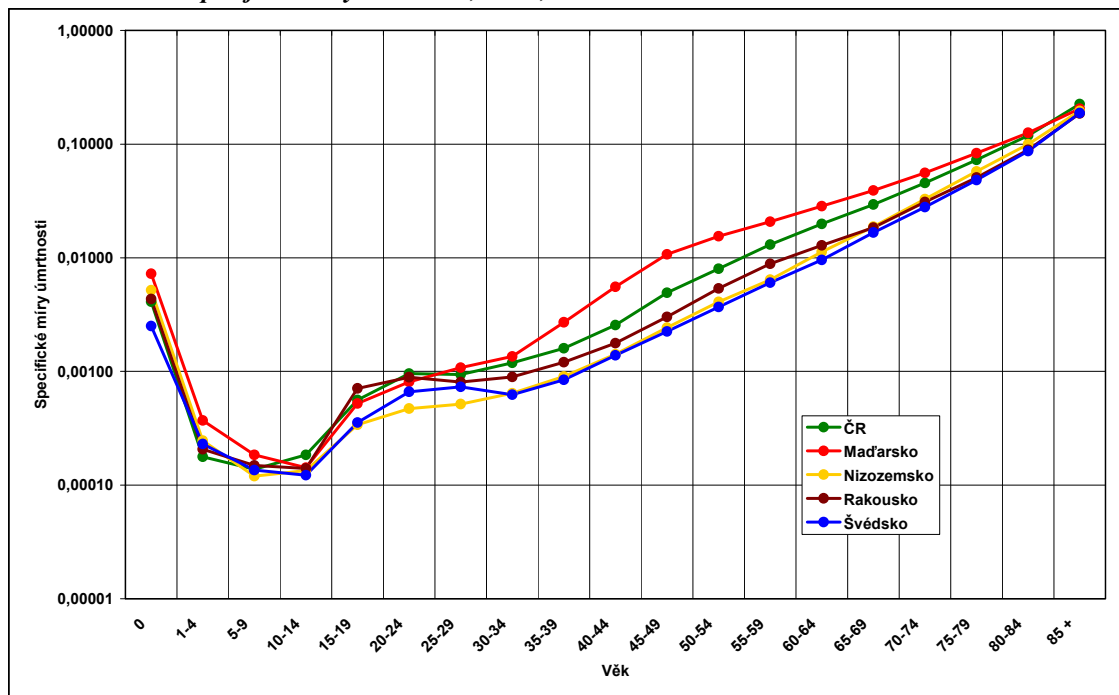
Zdroj: Ehemu Database & Information System, vlastní výpočty

### 7.1.2 Míry úmrtnosti dle věku

Ze zobrazení specifických měr úmrtnosti dle věku můžeme sledovat průběh daného jevu během života člověka. Typický „J“ tvar křivky zobrazující průběh úmrtnosti dle věku je ovlivněn vyšší mírou úmrtnosti v prvním roce života a velmi nízkou úmrtností před dosažením puberty u obou pohlaví. U mužů pak dochází k výkyvu způsobenému zvýšenou úmrtností v období rané dospělosti až do věku okolo 30 let, poté mírným snížením úmrtnosti a následně postupným zvyšováním úmrtnosti od zhruba čtyřicátého roku života. U žen nedochází k tak výraznému výkyvu způsobenému vyšší úmrtností v rané dospělosti a úmrtnost se plynule zvyšuje prakticky již od třicátého roku života.

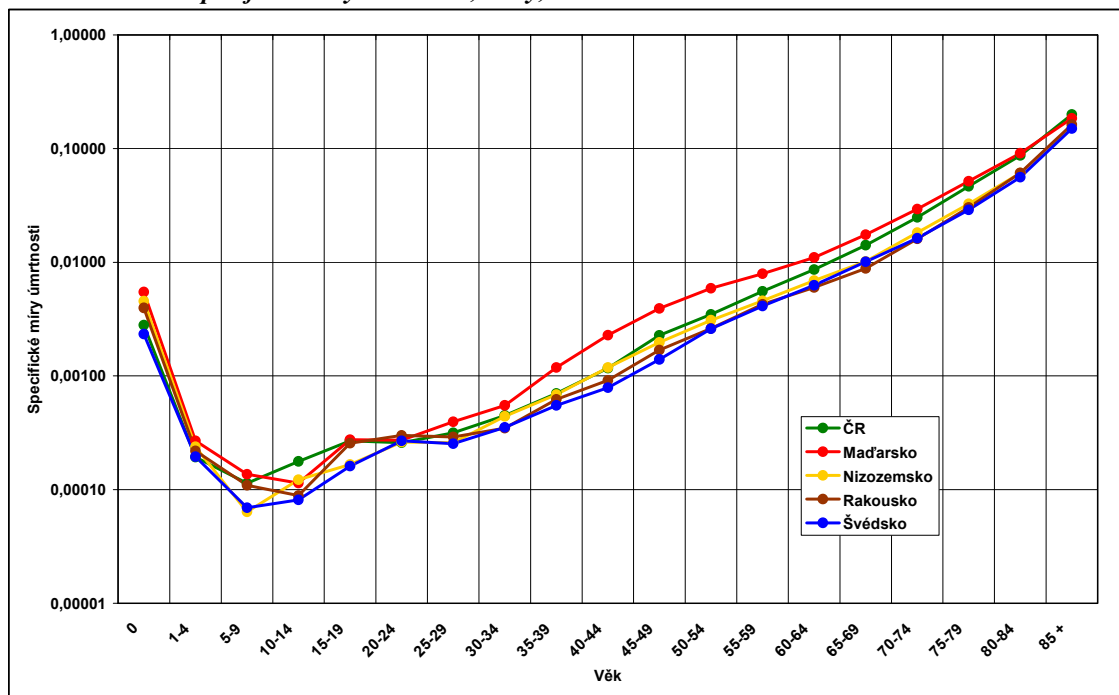
Z porovnání křivek věkově specifické úmrtnosti mužů ve sledované pětici zemí v roce 2005 jsou patrné menší rozdíly mezi zeměmi v dětském věku a výraznější rozdíly ve vyšším věku (obr. 6). Z hlediska srovnání mezi zeměmi vykazuje nenižší míry úmrtnosti křivka Švédska pro téměř všechny věky s výjimkou lehce výraznější nadúmrtnosti věkových skupin 20-24 let a 25-29 let v porovnání s křivkou úmrtnosti mužů v Nizozemsku. Ostatní země vykazují v tomto období úmrtnost vyšší. Maďarsko pak oproti ostatním zemím vykazuje výrazněji vyšší míry úmrtnosti ve věku od 40 do 75 let. Spolu s křivkou České republiky vykazují oproti ostatním studovaným zemím vyšší specifické míry úmrtnosti mužů zejména ve věku od 30 do 70 let věku. Naopak křivka specifických měr úmrtnosti Rakouska odhaluje oproti křivkám Švédska a Nizozemska vyšší úmrtnost již v rané dospělosti a ve vyšším věku.

Obr. 6 – Věkově specifické míry úmrtnosti, Muži, 2005



Zdroj: Ehemu Database & Information System, vlastní výpočty

Obr. 7 – Věkově specifické míry úmrtnosti, Ženy, 2005



Zdroj: Ehemu Database & Information System, vlastní výpočty

Křivky věkově specifických měr úmrtnosti žen v roce 2005 (obr. 7) odhalují menší rozdíly mezi zeměmi než křivky věkově specifickým měr úmrtnosti mužů. Rozdíly jsou patrné ve věkových skupinách od 25 let až do vyššího věku, kde na jedné straně křivka specifických měr úmrtnosti Švédska zobrazuje oproti ostatním zemím nižší míry úmrtnosti pro všechny věky a na druhé straně křivka specifických měr úmrtnosti Maďarska odhaluje vyšší úmrtnost od věku

25 let až do věku 70 let. Specifické míry úmrtnosti Rakouska vykazují vyšší hodnoty ve věku 15 až 19 let.

Pokud bychom sledovali genderové rozdíly v průběhu křivek věkově specifických měr úmrtnosti v rámci jednotlivých zemí (viz příloha II) v roce 2005, je u všech pěti zemí patrná mužská nadúmrtnost a genderové rozdíly zejména ve vyšším věku. Křivky České republiky a Maďarska odhalují vyšší rozdíly mezi křivkou mužů a křivkou žen než u zbylých tří zemí. V případě České republiky jsou nejvýraznější genderové rozdíly u věkové skupiny 20 až 24 let a poté se pouze mírně snižují. V případě Maďarska je genderový rozdíl mezi křivkami víceméně stejně veliký od věkové skupiny 20-24 let až do nejvyššího věku. Naopak u Nizozemska jsou patrné velmi nízké rozdíly a křivky specifických měr úmrtnosti obou pohlaví se téměř kopírují až na výjimku výraznějších rozdílů u mladších věkových skupin od 15 do 29 let.

### 7.1.3 Standardizované míry úmrtnosti

Zatímco předchozí části této kapitoly se věnovaly studiu úmrtnosti na základě vývoje intenzity úmrtnosti dle věku, ukazatel hrubé míry úmrtnosti je založen na celkovém počtu zemřelých a poskytuje informaci o celkové intenzitě úmrtnosti. Samotný ukazatel hrubé míry úmrtnosti můžeme chápat jako aritmetický průměr měr úmrtnosti podle věku, kde vahou jsou počty žijících v jednotlivých věkových skupinách. Je tedy závislý na věkové struktuře dané populace a přestává být objektivním ukazatelem vývoje intenzity úmrtnosti, dochází-li například ke zvyšování podílu starších osob nebo při srovnávání různých populací.

Pomocí přímé standardizace, která eliminuje vliv věkové struktury jednotlivých zemí a nahrazuje je její vlastní – tzv. standardní věkovou strukturou – získáme standardizované hrubé míry úmrtnosti mužů a žen v jednotlivých zemích za rok 2001 a 2005. Při výpočtu standardizované hrubé míry úmrtnosti byly specifické míry úmrtnosti standardizovány věkovou strukturou tzv. evropského standardu neboli evropskou standardní populací doporučenou Světovou zdravotnickou organizací (WHO, 2003).

Tab. 16 – Standardizovaná hrubá míra úmrtnosti (na 100 000 obyvatel), 2001 a 2005

	2001		2005	
	muži	ženy	muži	ženy
ČR	1134,1	687,3	1076,4	657,2
Maďarsko	1391,3	775,4	1373,1	754,7
Nizozemsko	860,7	551,3	767,4	506,5
Rakousko	834,1	507,0	773,4	481,8
Švédsko	738,7	490,3	687,1	459,5

Zdroj: Ehemu Database & Information System, WHO (2003), vlastní výpočty

Metoda přímé standardizace odstraňuje zkreslující vliv věkové struktury jednotlivých zemí a předchází mylným interpretacím hodnot kazatele hrubé míry úmrtnosti. Po přímé standardizaci hodnoty hrubé míry úmrtnosti opět potvrzují rozdělení pětice zemí na Švédsko následované Rakouskem a Nizozemskem a na druhé straně stojící dvojici Maďarska a České republiky s výrazně vyššími hodnotami standardizované míry úmrtnosti, zejména u mužů. Standardizovaná hrubá míra úmrtnosti mužů má ve všech pěti zemích logicky vyšší hodnotu než u žen, nejvyšší genderový rozdíl byl patrný u Maďarska, kde hrubá míra úmrtnosti mužů byla 1,8krát vyšší než žen (v roce 2001 i v roce 2005). Ve Švédsku byla standardizovaná hrubá

míra úmrtnosti mužů vyšší 1,5krát. Ve všech pěti zemích však mezi roky 2001 a 2005 došlo ke snížení standardizovaných měr úmrtnosti u obou pohlaví.

#### 7.1.4 Věkově specifické míry úmrtnosti v porovnání s EU

Elodie Niederlaender (2006) v publikaci Evropské komise zabývající se příčinami úmrtí v Evropské unii rozlišuje několik typů úmrtnosti podle profilu a průběhu specifických měr úmrtnosti dle věku na základě ukazatelů z let 2001 až 2003. Specifické míry úmrtnosti jednotlivých zemí jsou zde srovnávány s hodnotami celé Evropské unie, respektive s průměrem za 15 členských zemí EU, a vymezují tak 6 typů průběhu úmrtnosti u mužů a 6 typů úmrtnosti u žen. V rámci typologie mužské úmrtnosti představují typy číslo 1 a 2 zástupce zemí původních členů Evropské unie a typy 3 až 6 představují průběh úmrtnosti nových členských zemí.

Typ 1 se svým profilem průběhu specifických měr úmrtnosti blíží průměru EU včetně kojenecké úmrtnosti, mírně vyšší hodnoty měr úmrtnosti se objevují pouze u věkových skupin 15 až 29 let a u věkových skupin nad 30 let jsou naopak nižší nežli průměr EU. Do této skupiny je z naší pětice studovaných zemí zařazeno **Rakousko** (dále pak Belgie, Řecko, Španělsko, Francie, Itálie, Kypr, Lucembursko, Portugalsko, Slovinsko a Finsko).

Typ 2 představuje nižší míry úmrtnosti od narození až do věku 74 let, poté je naopak vyšší míry úmrtnosti. Do této skupiny je pak zařazeno kromě Dánska, Německa, Malty a Spojeného království také **Nizozemsko** a **Švédsko**.

Typ 3 speciálně vymezuje průběh úmrtnosti pouze **České republiky**, pro kterou platí vyšší míry úmrtnosti ve všech věkových skupinách, zejména od věku 45 let.

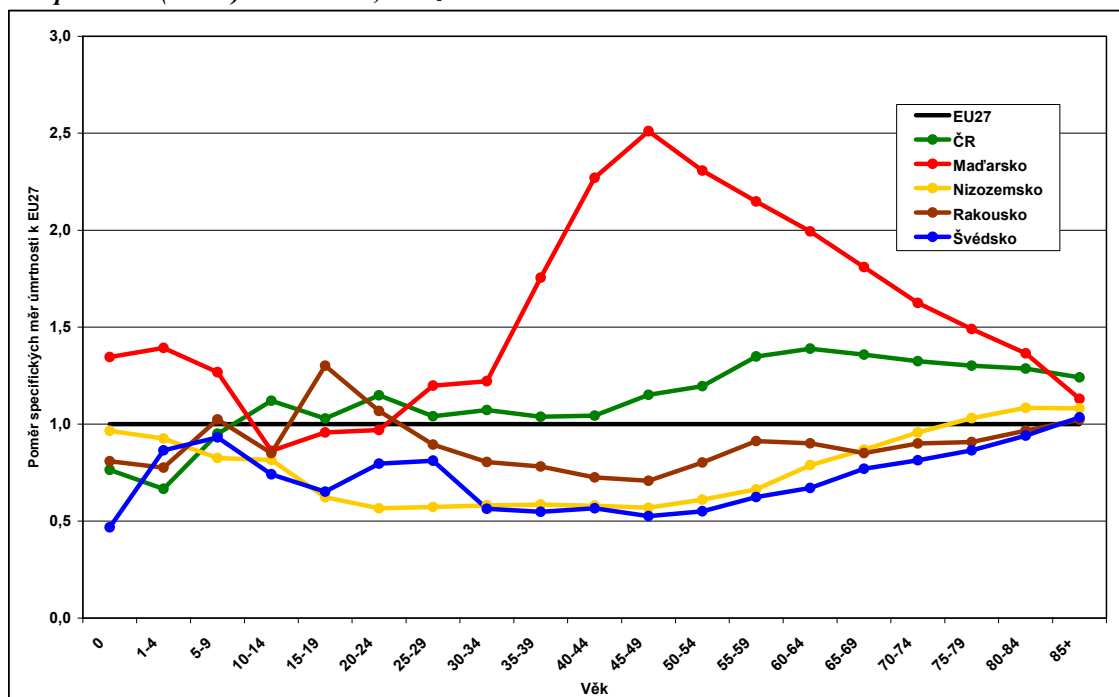
Typ 4 představuje vyšší míry úmrtnosti ve věkové skupině 0-14 let a průměrné míry úmrtnosti pro věk 15-24 let, poté jsou míry úmrtnosti opět vyšší, nejvíce však v rozmezí 36 až 69 let. Tento typ zahrnuje Polsko a **Maďarsko**.

Typ 5 představuje pobaltské země s vyšší kojeneckou úmrtností a výraznou nadúmrtností od 20 do 60 let. Typ 6 pak speciálně zastupuje Slovensko s vysokou úmrtností do 14 let a poté od 30 do 64 let a nižší úmrtností od 80 let věku.

Typologie úmrtnosti žen je podle Niederlaender (2006) více variabilní a opět vymezuje první dva typy pro původních 15 zemí EU (kromě Dánska), zatímco typ 3 odpovídající mužskému typu 4 zahrnuje Dánsko, Maltu a **Maďarsko**. Česká republika opět představuje samostatný typ 4 a zbývající, nové členské země EU, jsou rozděleny mezi typy 5 a 6 (Niederlaender, 2006).

Obrázky 8 a 9 zobrazují věkově specifické míry úmrtnosti mužů a žen v pětici vybraných zemí ve vztahu k celkové úrovni věkově specifických měr úmrtnosti za 27 současných členských zemí Evropské unie v roce 2005. Z průběhu křivek pak vyplývá obdobné rozdělení zemí ve vztahu k průměru EU jako podle Niederlaender (2006).

**Obr. 8 – Poměr věkově specifických měr úmrtnosti jednotlivých zemí k průměrným hodnotám Evropské unie (EU27) v roce 2005, Muži**



Zdroj: Ehemu Database & Information System, vlastní výpočty

Specifické míry úmrtnosti mužů se vůči průměru za 27 současných členských zemí EU (dále jen EU27) vyznačují vyšší variabilitou. Specifické míry úmrtnosti České republiky vykazují vyšší hodnoty již od věku 10 let na úrovni 1,2 až 1,3 násobku EU27, nejvíce pak u věkových skupin od 55 let věku, zatímco do 10 let věku představují spíše podprůměr EU27. V mnohem větší míře přesahují úroveň úmrtnosti EU27 míry úmrtnosti Maďarska. A to jak v období do 10 let věku (1,3-krát vyšší míry úmrtnosti), tak zejména ve věku od 35 let do 84 let. Nejvyšší rozdíl oproti průměru EU27 však představují míry úmrtnosti v Maďarsku u věkové skupiny 45-49 let, až 2,5-násobek průměru EU27.

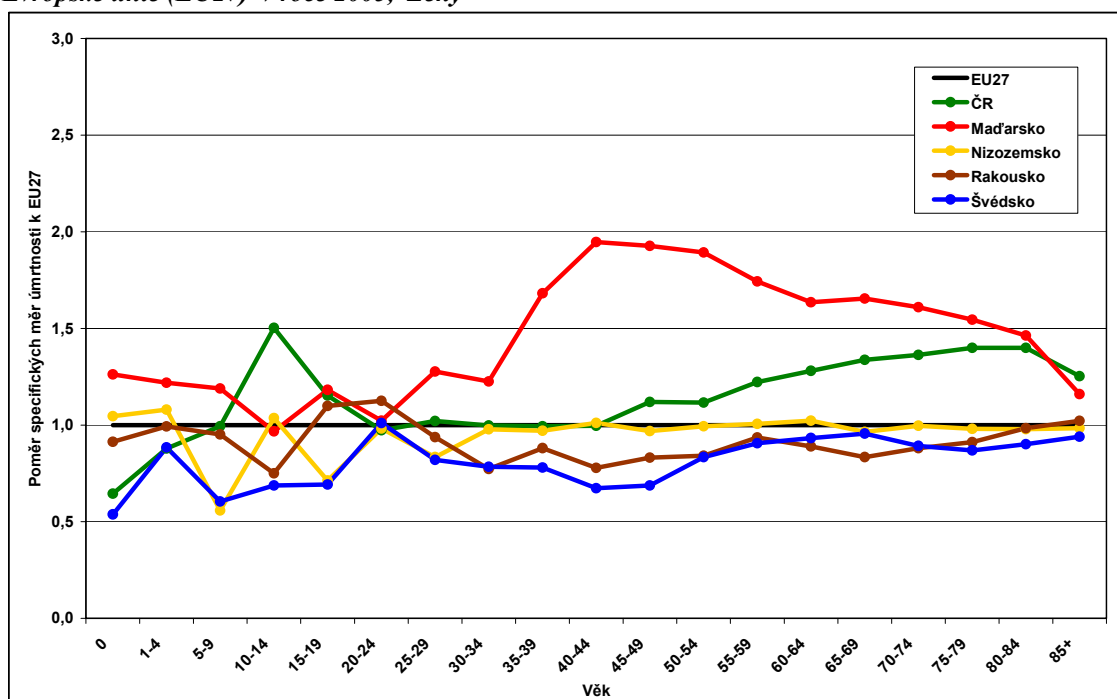
Rakousko kromě relativní nadúmrtnosti věkové skupiny 15 až 19 let pak vykazuje nižší věkově specifické míry úmrtnosti. Švédsko spolu s Nizozemskem pak představují nižší věkově specifické míry úmrtnosti mužů pro všechny věkové skupiny, s výjimkou nižšího rozdílu Švédska oproti EU27 u věkových skupin 20-24 a 25-29 let.

Křivky zobrazující profil specifických měr úmrtnosti žen vůči EU27 nemají tak jednoznačný průběh a jejich hodnota se liší v závislosti na věkových skupinách.

Křivka zobrazující specifické míry úmrtnosti Maďarska však i u žen zobrazuje nejvyšší rozdíly vůči EU27 a to výraznou nadhodnotu u věkových skupin od 30 let. Nejvíce u věkových skupin od 40 do 50 let a to téměř 2-násobek průměru EU27.

U křivky České republiky je pak zajímavá nadprůměrná hodnota specifických měr úmrtnosti věkové skupiny 10-14 let oproti průměrným hodnotám okolních věkových skupin. Nadprůměrné hodnoty specifických měr pak sledujeme u věkových skupin od 45 let věku, kde maximum, 1,4-krát vyšší hodnoty, mají skupiny 75-79 a 80-84 let.

Obr. 9 – Poměr věkově specifických měr úmrtnosti jednotlivých zemí k průměrným hodnotám Evropské unie (EU27) v roce 2005, Ženy



Zdroj: Ehemu Database & Information System, vlastní výpočty

Rakousko vykazuje nadprůměrné hodnoty ukazatele u mladších věkových skupin 15-19 a 20-24 let, jinak se míry úmrtnosti žen dle věku pohybují pod průměrem EU27. Nizozemsko se svými specifickými mírami úmrtnosti žen pohybovalo okolo průměru EU27 s výjimkou mírně vyšších hodnot ukazatele v nejmladších věkových kategoriích 0 a 1-4 roky a naopak výrazněji nižších hodnot u věkových kategoriích 5-9 a 15-19 let. Švédsko, stejně jako u věkově specifických měr úmrtnosti mužů zde vykazuje podprůměrné hodnoty měr úmrtnosti pro všechny věkové kategorie a představovalo v roce 2005 v rámci pětice srovnávaných zemí příklad s mírami úmrtnosti pod průměrem 27 současných členských zemí EU.

## 7.2 Příčiny úmrtí

Při sledování rozdílů v úmrtnosti mužů a žen je důležitým faktorem úmrtnost dle jednotlivých příčin úmrtí, která se významně podílí na rozdílech v úmrtnosti nejen v rámci jednotlivých zemí, ale také v jednotlivých věkových skupinách a ovlivňuje tak celkovou úroveň úmrtnosti dané země.

### 7.2.1 Klasifikace příčin úmrtí

Úmrtnost dle příčin úmrtí je klasifikována podle v současnosti platné 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů vydané Světovou zdravotnickou organizací (WHO, 2007) a dle základní definice se příčina úmrtí vztahuje k původní příčině, která je podle Světové zdravotnické organizace nemocí nebo zraněním, které započaly řadu po sobě jdoucích chorobných stavů vedoucích k úmrtí nebo se jedná o okolnosti nehody či násilí, které způsobily smrtelná zranění (Eurostat, 2007a). Data o příčinách úmrtí jsou sbírána na základě protokolů o úmrtí (v České republice tzv. List o prohlídce mrtvého), kdy je ve všech

členských zemích EU zákonnou povinností lékařská prohlídka mrtvého a zanesení přesné definice příčiny úmrtí podle zmíněné Mezinárodní klasifikace nemocí (dále pouze MKN). V mezinárodním srovnání je důležité brát v úvahu, že údaje závisí na přesnosti vyplněné diagnózy a na možnosti odlišného výkladu některých definic. Při srovnávání dat v rámci vybraných pěti zemí předpokládáme, že se jedná o státy, které se (nejen) členstvím v Evropské unii řídí pravidly a metodikou Mezinárodní klasifikace nemocí a v tomto ohledu je úroveň dat relativně homogenní.

Pro účel této práce byla použita data publikovaná statistickou databází Eurostat, která publikuje data o příčinách úmrtí za všechny členské země ve zkrácené verzi 20 hlavních skupin nemocí a celkově 65 příčin úmrtí včetně jednotlivých přiřazených diagnóz v dané skupině nemocí. K dispozici jsou každoroční absolutní počty zemřelých dle příčin úmrtí a standardizované míry úmrtnosti dle příčin podle pohlaví a pětiletých věkových skupin.

Při studiu úmrtnosti dle příčin nás zajímají nejčastější příčiny úmrtí celkové populace a obou pohlaví v závislosti na věku a také nejčastější věkové skupiny v rámci jednotlivých příčin úmrtí.

### **7.2.2 Standardizované míry úmrtnosti dle příčin úmrtí**

Tabulky číslo 17 a 18 zobrazují standardizované míry úmrtnosti pro muže a ženy podle hlavních skupin příčin úmrtí v letech 2001 a 2005 na základě přímé standardizace za použití věkové struktury evropské populace (tzv. evropského standardu).

V roce 2001 měly nejvyšší hodnoty standardizované míry úmrtnosti u obou pohlaví Maďarsko a Česká republika a nejnižší pak Švédsko. U všech zemí a u obou pohlaví měly nejvyšší hodnoty standardizované míry úmrtnosti na skupinu nemocí oběhové soustavy (dle MKN skupina IX.). Na prvním místě Maďarsko, kde standardizované míry úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy dosahovaly u mužů hodnoty 635,2 úmrtí a u žen hodnoty 409,3 úmrtí na 100 000 obyvatel. Česká republika měla v této kategorii příčin úmrtí zhruba o 10 % nižší hodnoty, avšak oproti zbývajícím trojici zemí velmi vysoké jak pro ženy, tak pro muže. Nejnižší standardizované míry úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy mělo Nizozemsko pro obě pohlaví, oproti Maďarsku byly tyto hodnoty méně než poloviční (45 % u mužů a 43 % u žen). Také míry úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy Švédska byly o více než polovinu nižší než u Maďarska. Všechny země v rámci měř úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy vykazovaly nejvyšší míry úmrtnosti na ischemické choroby srdeční (dle MKN diagnózy I20-I25).

Druhé nejvyšší hodnoty standardizované míry úmrtnosti ve všech zemích vykazovaly novotvary (dle MKN skupina II.). Nejvyšší míry pak mělo opět Maďarsko (378,5 úmrtí na 100 000 obyvatel u mužů a 194,5 úmrtí na 100 000 obyvatel u žen) a poté Česká republika, kde byla míry úmrtnosti na novotvary nižší o 20 % u mužů a o 9 % u žen. Nejnižší hodnoty tohoto ukazatele mělo u mužů Švédsko (191,1 úmrtí na 100 000 obyvatel) a u žen Rakousko (138,6 úmrtí na 100 000 žen). V rámci úmrtnosti na novotvary se nejčastěji jednalo o úmrtnost na zhoubné novotvary (dle MKN diagnózy C00-C97), kde rozdíl mezi zeměmi a mezi pohlavím byly více patrné. Kromě Švédska, které mělo v rámci úmrtnosti na zhoubné novotvary mužů nejvyšší standardizované míry (37,0) u úmrtí na zhoubný novotvar prostaty

(dle MKN diagnóza C61), byly v ostatních zemích mezi zhoubnými novotvarami mužů nejvyšší míry úmrtnosti na zhoubné novotvary hrtanu, průdušnice, průdušky a plic (diagnózy C32-C34), nejvyšší míry mezi muži mělo Maďarsko (124,2 úmrtí) a Česká republika (90,6 úmrtí na 100 000 obyvatel). Mezi ženami ve všech pěti zemích měly v rámci novotvarů nejvyšší hodnoty standardizované míry úmrtnosti na zhoubné novotvary prsu (diagnóza C50 dle MKN), konkrétně Nizozemsko, 33,1 úmrtí, Maďarsko, 31,6 úmrtí, Česká republika 27,4 úmrtí, Rakousko 25,9 a Švédsko 22,1 úmrtí na 100 000 žen. Na druhém místě pak byly míry úmrtnosti na zhoubné novotvary hrtanu, průdušnice, průdušky a plic (diagnózy C32-C34).

Zajímavé jsou rozdíly mezi hodnotami standardizované míry úmrtnosti na nemoci dýchací soustavy (diagnózy J00-J99 dle MKN), kde nejvyšší hodnoty měr úmrtnosti mělo Nizozemsko, vykazující hodnoty až dvakrát vyšší než Rakousko a Švédsko a 1,8krát vyšší než Česká republika s Maďarskem u mužů a dvakrát vyšší než Maďarsko a Rakousko a 1,5krát vyšší než Česká republika a Švédsko u žen.

Maďarsko zase vynikalo vysokými hodnotami standardizovaných měr úmrtnosti na nemoci trávicí soustavy (skupina XI., diagnózy K00-K93), zejména u mužů (až 120,5 úmrtí na 100 000 obyvatel).

Mezi hodnotami standardizovaných měr úmrtnosti na skupinu vnějších příčin (skupina XX., diagnózy V01-Y98) byly patrné rozdíly mezi pohlavím, kdy úmrtnost na vnější příčiny nemocnosti byla spíše fenoménem mužů, kdy nejvyšší hodnoty mělo Maďarsko (122,9) a Česká republika (90,1) oproti relativně nízkým hodnotám Švédska (58,5) a Nizozemska (38,9).

Z tabulky číslo 14 je patrné, že v roce 2005 došlo oproti roku 2001 ke snížení celkové úmrtnosti ve všech zemích. K poklesu v mírách úmrtnosti docházelo více u mužů než u žen, nejvíce pak v Nizozemsku, kde standardizovaná míra úmrtnosti pro všechny příčiny úmrtí klesla oproti roku 2001 o 12,2 %. Nejvíce se snížily míry úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy (skupina IX.) a to u všech zemí. K největšímu poklesu došlo v Rakousku, o více než 25 % u mužů a více než 22 % u žen. V Nizozemsku a ve Švédsku se standardizované míry úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy snížily u obou pohlaví přibližně o 18 %, u mužů nepatrně více, k nejnižšímu poklesu měr úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy došlo v Maďarsku (u mužů mírný nárůst o 1,4 % a u žen snížení o 2,0 %) a v České republice (k snížení došlo o 10,5 % u mužů a o 7,7 % u žen). Maďarsko tak i v roce 2005 zůstalo zemí s nejvyššími standardizovanými mírami úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy (u mužů 643,9 úmrtí a u žen 401,4 úmrtí na 100 000 obyvatel).

V roce 2005 došlo také u všech pěti zemí k poklesu standardizovaných měr úmrtnosti na novotvary (skupina II., diagnózy C00-D48) u mužů i u žen, nejvíce v Maďarsku, kde u mužů došlo k poklesu hodnot standardizovaných měr úmrtnosti na novotvary o 9,3 % a u žen o 7,8 %, a pak v České republice, kde se hodnota standardizované míry úmrtnosti na novotvary snížila více u žen (o 7,6 %) než u mužů (6,5 %).



Tab. 17 – Standardizované míry úmrtnosti dle hlavních příčin úmrtí, na 100 000 obyvatel, 2001

	ČR		Maďarsko		Nizozemsko		Rakousko		Švédsko	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
<b>Souhrn všech příčin úmrtí (A00-Y89)</b>	1134,2	687,3	1391,2	775,3	860,9	551,5	807,0	501,3	739,4	490,6
<b>I. Infekční a parazitární nemoci (A00-B99)</b>	3,1	2,1	8,3	2,8	9,7	7,1	3,7	2,3	8,0	5,8
<b>II. Novotvary (C00-D48)</b>	316,0	178,7	378,5	194,5	262,4	161,5	224,6	138,6	191,1	145,1
<b>III. Nemoci krve a imunity (D50-D89)</b>	0,7	0,8	1,2	1,0	1,8	1,9	1,3	0,8	1,6	1,4
<b>IV. Nemoci endokrinní a metabolické (E00-E90)</b>	10,6	9,5	15,2	14,2	26,0	22,7	13,7	11,1	17,0	12,0
<b>V. Nemoci duševní a poruchy chování (F00-F99)</b>	1,6	0,6	10,8	3,8	21,3	25,4	8,3	2,3	23,9	21,7
<b>VI.-VIII. Nemoci nervové soustavy, nemoci oka a očních adnex, nemoci ucha (G00-H95)</b>	16,4	12,5	18,4	11,2	16,3	13,8	12,1	8,5	15,5	13,1
<b>IX. Nemoci oběhové soustavy (I00-I99)</b>	561,3	378,3	635,2	409,3	286,9	173,7	360,2	249,5	318,6	193,9
<b>X. Nemoci dýchací soustavy (J00-J99)</b>	55,0	26,4	52,4	22,1	90,6	43,9	45,5	22,5	46,2	28,8
<b>XI. Nemoci trávicí soustavy (K00-K93)</b>	50,5	25,7	120,5	49,7	28,7	22,6	43,2	22,0	23,7	15,9
<b>XII. Nemoci kůže a podkožního vaziva (L00-L99)</b>	0,1	0,2	0,2	0,2	1,7	2,0	0,2	0,3	0,9	0,8
<b>XIII. Nemoci kosterní a svalové soustavy (M00-M99)</b>	0,3	0,4	1,8	2,8	3,3	4,9	0,8	1,0	2,1	3,7
<b>XIV. Nemoci močové a pohlavní soustavy (N00-N99)</b>	14,0	9,8	10,1	6,3	14,5	11,5	9,4	6,5	11,2	5,7
<b>XV. Těhotenství, porod a šestinedělí (O00-O99)</b>	-	0,1	-	0,1	-	0,2	0,0	0,1	-	0,1
<b>XVI. Příčiny perinatálního původu (P00-P96)</b>	3,7	2,8	8,7	6,9	4,6	3,8	4,9	2,5	3,0	2,3
<b>XVII. Vrozené vady, deformace, malformace (Q00-Q99)</b>	2,7	1,9	5,2	4,9	4,8	3,9	3,8	2,6	3,6	3,1
<b>XVIII. Příznaky, znaky a nálezy nezařazené jinde (R00-R99)</b>	8,1	4,1	1,8	1,3	49,1	32,8	6,9	7,0	14,6	13,4
<b>XX. Vnější příčiny nemocnosti (V01-Y98)</b>	90,1	33,6	122,9	44,3	38,9	19,8	68,4	23,8	58,5	23,7

Poznámka: V přímé standardizaci použita věková struktura evropského standardu dle doporučení WHO (WHO, 2008)

Zdroj: Eurostat Database

Tab. 18 – Standardizované míry úmrtnosti dle hlavních příčin úmrtí, na 100 000 obyvatel, 2005

	ČR		Maďarsko		Nizozemsko		Rakousko		Švédsko	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
<b>Souhrn všech příčin úmrtí (A00-Y89)</b>	1076,8	657,4	1373,0	754,7	767,0	506,2	773,2	481,7	688,2	460,5
<b>I. Infekční a parazitární nemoci (A00-B99)</b>	3,7	2,7	6,2	2,5	9,7	7,3	7,8	4,0	10,1	6,6
<b>II. Novotvary (C00-D48)</b>	296,7	166,1	346,2	180,5	245,5	160,5	220,7	136,2	187,4	140,8
<b>III. Nemoci krve a imunity (D50-D89)</b>	0,8	0,9	2,0	1,5	2,3	2,1	1,2	1,2	2,0	1,5
<b>IV. Nemoci endokrinní a metabolické (E00-E90)</b>	12,5	10,2	31,7	25,8	21,3	18,0	42,6	30,2	17,7	11,9
<b>V. Nemoci duševní a poruchy chování (F00-F99)</b>	4,0	1,2	13,6	5,0	23,2	26,4	11,7	3,4	23,7	22,8
<b>VI.-VIII. Nemoci nervové soustavy, nemoci oka a očních adnex, nemoci ucha (G00-H95)</b>	18,9	14,2	18,3	10,0	18,4	14,0	17,8	12,6	18,8	16,2
<b>IX. Nemoci oběhové soustavy (I00-I99)</b>	507,9	351,1	643,9	401,4	239,5	147,7	287,2	203,0	273,9	163,7
<b>X. Nemoci dýchací soustavy (J00-J99)</b>	65,9	33,5	72,7	32,0	85,2	46,3	51,6	25,2	43,0	29,2
<b>XI. Nemoci trávicí soustavy (K00-K93)</b>	52,4	26,8	105,4	42,4	27,3	21,0	41,9	19,7	24,0	14,5
<b>XII. Nemoci kůže a podkožního vaziva (L00-L99)</b>	0,1	0,3	0,8	0,8	1,4	1,7	0,3	0,5	0,6	0,6
<b>XIII. Nemoci kosterní a svalové soustavy (M00-M99)</b>	0,2	0,4	2,3	3,3	2,9	3,7	1,8	2,7	2,0	3,2
<b>XIV. Nemoci močové a pohlavní soustavy (N00-N99)</b>	14,5	11,0	9,0	5,6	14,1	10,1	9,1	6,7	8,6	4,5
<b>XV. Těhotenství, porod a šestinedělí (O00-O99)</b>	-	0,1	-	0,1	-	0,2	0,0	0,1	-	0,1
<b>XVI. Příčiny perinatálního původu (P00-P96)</b>	4,1	2,3	6,6	4,6	4,6	3,6	3,7	4,2	2,1	1,6
<b>XVII. Vrozené vady, deformace, malformace (Q00-Q99)</b>	1,8	1,8	5,0	3,9	3,8	3,7	3,7	3,4	3,1	3,0
<b>XVIII. Příznaky, znaky a nálezy nezařazené jinde (R00-R99)</b>	10,5	5,6	1,7	1,1	31,4	21,3	5,0	5,1	16,4	15,5
<b>XX. Vnější příčiny nemocnosti (V01-Y98)</b>	82,8	29,4	107,9	34,1	36,6	18,7	67,2	23,6	54,9	24,8

Poznámka: V přímé standardizaci použita věková struktura tzv. Evropského standardu dle doporučení WHO (WHO, 2008)

Zdroj: Eurostat Database

Ke změnám oproti roku 2001 došlo v roce 2005 také z hlediska nejvyšších hodnot měr úmrtnosti na jednotlivé druhy novotvarů. U mužů stále platily nejvyšší hodnoty míry úmrtnosti pro zhoubné novotvary hrtanu, průdušnice, průdušky a plic (diagnózy C32-C34), kromě Švédska, které mělo o něco vyšší míry úmrtnosti na zhoubné novotvary prostaty (diagnóza C61) (35,3 oproti 32,8 úmrtí). Nejvyšší standardizované míry úmrtnosti diagnóz C32-C34 mělo stále Maďarsko (112,6) následované Českou republikou (82,1) a Nizozemskem (53,0).

Míry úmrtnosti na zhoubné novotvary prsu (diagnóza C50) byly nejvyššími hodnotami ze všech měr úmrtnosti na novotvary u žen v České republice (26,2) a v Rakousku (24,7), u ostatních zemí byly u žen vyšší hodnoty standardizované míry úmrtnosti na zhoubné novotvary hrtanu, průdušnice, průdušky a plic (C32-C34), nejčastěji okolo 30 zemřelých na 100 000 žen s výjimkou Švédska, kde byla tato míra úmrtnosti nižší (23,4).

K mírnému nárůstu standardizovaných měr úmrtnosti u všech zemí a obou pohlaví došlo u skupiny nemocí dýchací soustavy (skupina X., diagnózy J00-J99) a skupiny nemocí krve a imunity (skupina III., diagnózy D50-D89). U skupiny duševních nemocí a poruch chování (skupina V., diagnózy F00-F99) kromě Švédska, kde míra úmrtnosti mužů mírně klesla.

Také u vnějších příčin nemocnosti (skupina XX., diagnózy V01-Y89) došlo spíše k poklesu standardizovaných měr úmrtnosti, nejvíce pak u maďarské populace (o 13,9 % u mužů a o 29,9 % u žen) a populace České republiky (o 8,8 % u mužů a o 14,3 % u žen). Naopak u žen ve Švédsku došlo k mírnému nárůstu standardizovaných měr úmrtnosti na skupinu vnějších příčin. Zatímco u mužů byly skupině vnějších příčin vyšší hodnoty měr úmrtnosti u diagnóz vztahujících se k dopravním nehodám (V01-V99 dle MKN), u žen byly vyšší míry úmrtnosti vykazovány u úmrtí následkem nehod a úrazů (W00-W19).

### **7.2.3 Podíl příčin úmrtí dle věku**

V následující části kapitoly studující příčiny úmrtí nás zajímají procentuální podíly jednotlivých příčin úmrtí a to zejména podle věku, respektive pětiletých věkových skupin. Obrázky příloze III zobrazují procentuální rozložení hlavních příčin úmrtí v roce 2005 odděleně pro muže a ženy v každé z vybraných pěti zemí.

Ve všech zemích mají nejvyšší podíl ze všech hlavních příčin úmrtí nemoci oběhové soustavy (I00-I99). U žen pak vždy více než u mužů. V této skupině příčin úmrtí převládají ischemické choroby srdeční (I20-I25). Nejvyšší podíl úmrtí na nemoci oběhové soustavy má Maďarsko a Česká republika a to je odděluje od zbývajících tří zemí. U žen Maďarska a České republiky převažují tyto příčiny úmrtí s více než 50% podílem (Maďarsko 58,08 % a Česká republika 56,77 %), u mužů pak s více než 45% podílem (Maďarsko 46,77 % a Česká republika 45,44 %). Oproti roku 2001 došlo v České republice k mírnému snížení podílu úmrtí na nemoci oběhové soustavy o zhruba 2 procentní body u obou pohlaví, v Maďarsku se naopak tento podíl o více než 1 procentní bod zvýšil.

Nejnižší podíl nemocí oběhové soustavy mělo v roce 2005 Nizozemsko. U žen (32,23 %) byl tento podíl vyšší než u mužů (31,3 %), kteří v roce 2005 vykazovali vyšší podíl úmrtí na novotvary (32,73 %) než na nemoci oběhové soustavy. V roce 2001 tomu tak ještě nebylo. Výrazný rozdíl byl mezi podílem úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy u Rakouska. V roce 2005 byl podíl úmrtí u žen na tuto skupinu příčin 48,72 %, zatímco podíl úmrtí mužů byl

„pouze“ 37,29 %. Obdobný rozdíl mezi oběma pohlavími však byl patrný i v roce 2001, kdy podíl úmrtí žen na nemoci oběhové soustavy přesahoval 56 % a mužů 48 %. Podíl zemřelých na nemoci oběhové soustavy ve Švédsku byl u žen 42,36 % a u mužů 41,79 %. Oproti roku 2001 došlo i zde ke snížení tohoto podílu, avšak ne v takové míře jako u Rakouska, kde podíl žen zemřelých na nemoci oběhové soustavy byl v roce 2001 vyšší téměř o 10 procentních bodů.

Další významnou skupinou z pohledu nejčastějších příčin úmrtí byly novotvary. Ve všech zemích tento podíl v roce 2005 přesahoval 20 % u žen a 25 % u mužů, a v naprosté většině (z 95 až 99 %) se jednalo o úmrtí na zhoubné novotvary. Nejvyšší podíl zemřelých na novotvary u obou pohlaví byl v Nizozemsku, kde u mužů dosahoval 32,73 % a u žen pak 26,63 %. U mužů byl ve všech zemích podíl zemřelých na novotvary vyšší než u žen. Nejnižší podíl zemřelých na novotvary mělo Maďarsko, kde podíl zemřelých u mužů byl v roce 2005 25,7 % a u žen 21,44 %. Více než 29 % činil podíl zemřelých na novotvary mužů v Rakousku a České republice a nad 26 % ve Švédsku. U žen se podíl zemřelých na novotvary v České republice, Rakousku i Švédsku pohyboval okolo 23 %, v Maďarsku nad 21 % a v Nizozemsku přes 26 %.

Rozdíly mezi zeměmi i mezi pohlavím se projeví u dalších nejčastějších příčin úmrtí. Zatímco u mužů v České republice, Maďarsku a Rakousku hrály významnou roli vnější příčiny nemocnosti (8,01 % v České republice, 7,8 % v Maďarsku, 8,26 % v Rakousku), v Nizozemsku a ve Švédsku byl významnější podíl zemřelých na nemoci dýchacího ústrojí (11,01 % v Nizozemsku a 6,74 % ve Švédsku). U žen šlo také více o nemoci dýchacího ústrojí (přes 5 % v České republice a Rakousku, 6,79 % ve Švédsku a 10,01 % v Nizozemsku) a dále o nemoci trávicího ústrojí (4,79 % v Maďarsku).

Posuzujeme-li četnost jednotlivých příčin úmrtí podle věku, jsou u všech zemí patrné pravidelnosti (viz. Příloha 3) v rozložení hlavních příčin úmrtí dle věku. Kromě prvního roku života, kdy naprostá většina úmrtí souvisí se skupinou příčin perinatálního původu (diagnózy P00-P96), případně se skupinou vrozených vad, deformací a malformací se úmrtnost v dětském věku do 15 let týká zejména skupiny vnějších příčin úmrtí, skupiny novotvarů a skupiny nemocí nervové soustavy, oka a ucha (skupiny VI.-VIII., diagnózy G00-H95).

U osob v mladším dospělém věku téměř výhradně převažuje úmrtnost na skupinu vnějších příčin nemocnosti (skupina XX., diagnózy V01-Y89). U měla skupina vnějších příčin nemocnosti podíl na všech zemřelých vyšší než 50 % u skupin od 15 let věku do věku 34 respektive 39let. V České republice měla tato skupina příčin úmrtí nejvyšší podíl mezi věky 20 a 24 let a to až 76,8 %. Ve Švédsku pak u stejné věkové skupiny podíl činil 79,9 %. U ostatních zemí tento byl tento podíl o něco nižší. Úmrtnost na vnější příčiny byla u mužů v Nizozemsku a Maďarsku nejčastější skupinou příčin úmrtí do 40 let, v České republice a Rakousku až do 45 let, ve Švédsku dokonce až do 50 let věku.

U žen byl podíl zemřelých u skupiny vnějších příčin nemocnosti vyšší než 50 % a dosahoval téměř 60 % zejména u věkových skupin 15-19 a 20-24 let. Ve Švédsku ještě u věkové skupiny 25-29 let byl tento podíl 56 %. Naopak v Nizozemsku podíl úmrtí u skupiny vnějších příčin nemocnosti nebyl vyšší než 43 % ani u věků 20 až 24 let. Úmrtnost na vnější příčiny nemocnosti byla u žen České republiky, Rakouska a Švédska hlavní příčinou úmrtí až do věku 35 let, v Maďarsku a Nizozemsku pouze do 30 let.

Skupina novotvarů se stala nejčastější skupinou příčin úmrtí u mužů v Nizozemsku již u věkové skupiny 40-44 let, v České republice a Rakousku u skupiny 45-49 let věku a ve Švédsku a v Maďarsku u skupiny 50-54 let. V Maďarsku byly u mužů věkových skupin 40-44 a 45-49 let nejčastější skupinou příčin úmrtí nemoci oběhové soustavy (26 až 28 %). Zatímco v České republice, Rakousku a Švédsku dosahoval podíl příčin úmrtí na novotvary nejvíce 40 % u skupin 60-64 a 65-69 let, v Maďarsku tento podíl činil maximálně 34,5 % a naopak v Nizozemsku více než 44 %, u věkové skupiny 60-64 let dokonce 46,1 %. Novotvary byly nejčastější skupinou příčin úmrtí v Maďarsku pouze do 55 let, v České republice do 65 let, v Rakousku a ve Švédsku do 75 let a v Nizozemsku až do 80 let. Ze skupiny novotvarů byl u mužů nejčastější příčinou úmrtí zhoubný novotvar hrtanu, průdušnice, průdušky a plic (diagnózy C32-C34) a to z jedné třetiny všech úmrtí na novotvary, nejvíce u věkových skupin 50 až 64 let. Výjimkou bylo Švédsko, kde nejčastějším zhoubným novotvarem byl novotvar prostaty a to u mužů ve vyšším věku, zejména nad 75 let.

U žen byly podíly úmrtnosti na novotvary dle věkových skupin vyšší. Nejvyšší hodnoty dosahoval podíl u věkových skupin 50-54 a 55-59 let. U Rakouska více než 55 % a u Nizozemska a Švédska dokonce až 60 %. V České republice byly podíly u těchto věkových skupin o něco nižší (okolo 50 %), protože již v těchto věkových skupinách nabývala na významu úmrtnost na nemoci oběhové soustavy. Novotvary byly nejčastější skupinou úmrtnosti žen v Maďarsku do 65 let, v České republice do 70 let a v Nizozemsku, Rakousku a ve Švédsku do 75 let. Nejčastějším novotvarem u žen byl zhoubný novotvar prsu a zhoubné novotvary hrtanu, průdušnice, průdušky a plic. V České republice (15,4 % zhoubných novotvarů), Nizozemsku (18,2 %) a Rakousku (17,3 %) převažoval zhoubný novotvar prsu, v Maďarsku (17,0 %) a ve Švédsku (15,2 %) byl častější zhoubný novotvar hrtanu, průdušnice, průdušky a plic. Zhoubný novotvar prsu byl častější u věkových skupin od 30 do 50 let, zatímco zhoubný novotvar hrtanu, průdušnice, průdušky a plic byl významnější u starších věkových skupin od 45 do zhruba 60 let.

Nemoci oběhové soustavy byly nejčastějšími příčinami úmrtí zejména u osob vyššího věku a jejich četnost s věkem také stoupala. U mužů se nemoci oběhové soustavy staly hlavní příčinou úmrtí u věkových kategorií od 60 let v Maďarsku (zde však nemoci oběhové soustavy byly hlavní příčinou úmrtí již u mladších věkových skupin 50-54 a 55-59 let), od 65 let v České republice, v Rakousku a ve Švédsku od 75 let a v Nizozemsku až od 80 let. Nejvyšší podíl měly nemoci oběhové soustavy u nejstarší věkové kategorie 85 a více let. Zatímco v České republice a v Maďarsku to bylo 67,3 respektive 69,8 %, v Rakousku a ve Švédsku pak přes 50 % a v Nizozemsku pouze 35 %.

U žen byl vývoj obdobný, kdy se nemoci oběhové soustavy staly hlavní příčinou úmrtí od věkových skupin od 65 let v Maďarsku, 70 let v České republice a od 75 let ve Švédsku, v Rakousku a v Nizozemsku. U nejstarší věkové skupiny činil podíl zemřelých na nemoci oběhové soustavy mezi ženami více než 74 % v České republice a v Maďarsku, více než 63 % však také v Rakousku a více než 50 % ve Švédsku. V Nizozemsku však pouze 37 % úmrtí.

Závěrem lze zkonstatovat, že v rozdělení úmrtnosti podle příčin úmrtí můžeme pětiici vybraných zemí rozdělit na východoevropské země, tedy Maďarsko a Českou republiku vyznačující se vysokou úmrtností na nemoci oběhové soustavy, Rakousko svými hodnotami

tyto dvě země předstihující a na druhé straně Švédsko s nižším podílem zhoubných novotvarů hrtanu, průdušnice, průdušky a plic avšak vyšším podílem novotvarů prostaty u mužů, který se týká zejména mužů ve věku nad 75 let a také Nizozemsko s nejnižším podílem úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy a nižším podílem vnějších příčin úmrtí, avšak s vyšším podílem nemoci dýchací soustavy.

### **7.2.5 Dekompozice rozdílu střední délky života při narození podle věku a příčin úmrtí**

Závěrečná část této kapitoly se věnuje analýze rozdílu mezi hodnotami střední délky života při narození mužů a žen v závislosti na úmrtnosti dle věku a dle hlavních příčin úmrtí pomocí metody dekompozice podle J.F. Pollarda (Pollard, 1993). Jejím cílem je vysvětlit rozdíl mezi hodnotami střední délky života mužů a žen z hlediska věkových skupin a hlavních příčin úmrtí. Tedy jak vysoký podíl mají na daném rozdílu střední délky života úmrtnosti jednotlivých věkových skupin a do jaké míry se na tomto rozdílu podílejí jednotlivé příčiny úmrtí. Tabulka 19 zobrazuje celkový rozdíl mezi střední délkou života při narození mužů a žen v roce 2005 a také, kolik let z tohoto rozdílu má „na svědomí“ daná skupina příčin úmrtí (dle MKN) či daná věková skupina.

V České republice se na rozdílu ve střední délce života při narození se nejvíce podílela mužská nadúmrtnost na novotvary a nemoci oběhové soustavy věkových skupin od 55 do 74 let. Příspěvek zmíněné mužské nadúmrtnosti daných věkových skupin činil téměř 2,5 roku (respektive 2,45 roku) z celkového genderového rozdílu střední délky života při narození 6,3 roku. Více než 0,5 roku přispěla k tomuto rozdílu také nadúmrtnost mužů věkových skupin 20 až 39 let na vnější příčiny nemocnosti. Nejvýznamnější vliv na nižší střední délkou života mužů měla zejména jejich nadúmrtnost u věkové skupiny 60-64 let. Z více než 50 % se na genderovém rozdílu střední délky života podílely věkové skupiny od 55 do 74 let.

Také v Maďarsku, kde genderový rozdíl ve střední délce života při narození činil 8,45 roku se na mužské nadúmrtnosti nejvíce podílely starší věkové skupiny. Nadúmrtnost mužů na novotvary věkových skupin v rozmezí od 50 do 69 let a nadúmrtnost na nemoci oběhové soustavy věkových skupin od 55 do 74 se součtem podílely na celkovém rozdílu střední délky života téměř 3 lety (2,99 roku). Celkově se věkové skupiny 55-69 let podílely na rozdílu střední délky života mužů a žen z více než 50 %. U mladších věkových skupin, zejména od 30 do 49 let věku se projevovala mužská nadúmrtnost u vnějších příčin úmrtí. Nadúmrtnost mužů na nemoci oběhové soustavy byla hlavním zdrojem rozdílu mezi střední délkou života mužů a žen. Z pětiletých věkových skupin měla na celkovém rozdílu největší podíl stejně jako v České republice nadúmrtnost věkové skupiny 60-64 let

V Nizozemsku měla nadúmrtnost mužů na novotvary a nemoci oběhové soustavy vliv u starších věkových skupin než v České republice a Maďarsku. Věkové skupiny od 70 do 84 let svojí nadúmrtností na novotvary přispěly k rozdílu střední délky života hodnotou 0,85 roku a věkové skupiny od 65 do 79 let nadúmrtností na nemoci oběhové soustavy přispěly k celkovému rozdílu 0,72 roku. Na celkovém rozdílu střední délky života při narození, který činil 4,4 roku, se nadúmrtnost mužů ve věkových skupinách 65 až 84 let podílela z více než 62 %.

Tab. 19 – 1. část – Podíly věkových skupin a příčin úmrtí na změně střední délky života při narození mezi muži a ženami, vybrané země, 2005

ČR	Novotvary	Nemoci oběhové soustavy	Nemoci dýchací soustavy	Nemoci trávicí soustavy	Vnější příčiny nemocnosti	Ostatní příčiny nemocnosti	Celkem	Podíl v %
0	-0,0017	-0,0001	0,0012	0,0029	0,0006	0,0967	<b>0,0996</b>	1,58%
1-4	0,0028	-0,0016	-0,0051	0,0000	-0,0040	0,0033	<b>-0,0047</b>	-0,07%
5-9	0,0012	-0,0016	0,0013	-0,0016	0,0142	-0,0053	<b>0,0083</b>	0,13%
10-14	-0,0015	-0,0001	-0,0002	-0,0001	-0,0044	0,0085	<b>0,0023</b>	0,04%
15-19	0,0059	0,0033	0,0007	-0,0001	0,0749	0,0011	<b>0,0858</b>	1,36%
20-24	0,0047	0,0071	0,0013	0,0014	<b>0,1600</b>	0,0130	<b>0,1876</b>	2,97%
25-29	0,0021	0,0085	0,0026	0,0059	0,1299	0,0026	<b>0,1516</b>	2,40%
30-34	-0,0023	0,0173	0,0040	0,0083	0,1228	0,0121	<b>0,1622</b>	2,57%
35-39	-0,0166	0,0252	0,0059	0,0183	0,1240	0,0182	<b>0,1750</b>	2,77%
40-44	-0,0049	0,0645	0,0066	0,0279	0,1177	0,0235	<b>0,2353</b>	3,72%
45-49	0,0367	0,1365	0,0125	0,0606	0,1043	0,0342	<b>0,3848</b>	6,09%
50-54	0,0988	0,2020	0,0238	0,0713	0,1158	0,0413	<b>0,5530</b>	8,75%
55-59	<b>0,1962</b>	<b>0,2934</b>	0,0396	0,0757	0,0994	0,0334	<b>0,7377</b>	11,67%
60-64	<b>0,2927</b>	<b>0,3586</b>	0,0425	0,0731	0,0571	0,0307	<b>0,8547</b>	13,52%
65-69	<b>0,2986</b>	<b>0,3850</b>	0,0677	0,0395	0,0363	0,0199	<b>0,8469</b>	13,40%
70-74	<b>0,2859</b>	<b>0,3402</b>	0,0622	0,0201	0,0295	0,0269	<b>0,7649</b>	12,10%
75-79	0,2114	0,2514	0,0622	0,0103	0,0156	0,0189	<b>0,5699</b>	9,02%
80-84	0,1423	0,1244	0,0381	0,0083	0,0120	0,0118	<b>0,3370</b>	5,33%
85+	0,0972	0,0158	0,0345	0,0039	0,0087	0,0078	<b>0,1679</b>	2,66%
<b>Celkem</b>	<b>1,6494</b>	<b>2,2301</b>	<b>0,4014</b>	<b>0,4258</b>	<b>1,2144</b>	<b>0,3986</b>	<b>6,3197</b>	100,00%
<b>Podíl v %</b>	26,10%	35,29%	6,35%	6,74%	19,22%	6,31%	100,00%	

Maďarsko	Novotvary	Nemoci oběhové soustavy	Nemoci dýchací soustavy	Nemoci trávicí soustavy	Vnější příčiny nemocnosti	Ostatní příčiny nemocnosti	Celkem	Podíl v %
0	0,0012	-0,0033	0,0096	0,0058	-0,0022	0,1174	<b>0,1284</b>	1,52%
1-4	-0,0093	0,0025	0,0009	-0,0031	0,0165	0,0210	<b>0,0286</b>	0,34%
5-9	0,0020	-0,0002	0,0012	0,0013	0,0072	0,0043	<b>0,0158</b>	0,19%
10-14	0,0018	-0,0011	-0,0011	0,0000	0,0105	-0,0016	<b>0,0084</b>	0,10%
15-19	0,0110	0,0041	0,0017	0,0017	0,0448	0,0053	<b>0,0685</b>	0,81%
20-24	0,0025	0,0064	0,0035	-0,0015	0,1049	0,0200	<b>0,1358</b>	1,61%
25-29	0,0048	0,0136	0,0010	0,0074	0,1233	0,0063	<b>0,1563</b>	1,85%
30-34	-0,0143	0,0218	0,0046	0,0269	0,1151	0,0094	<b>0,1636</b>	1,94%
35-39	-0,0122	0,0680	0,0101	0,0381	0,1498	0,0186	<b>0,2724</b>	3,22%
40-44	0,0346	0,1362	0,0130	0,1135	<b>0,1713</b>	0,0380	<b>0,5066</b>	6,00%
45-49	0,1852	0,2853	0,0255	<b>0,1682</b>	0,1667	0,0587	<b>0,8896</b>	10,53%
50-54	0,2550	0,3655	0,0404	<b>0,1628</b>	0,1349	0,0700	<b>1,0286</b>	12,17%
55-59	<b>0,3123</b>	<b>0,4413</b>	0,0439	0,1342	0,1132	0,0510	<b>1,0959</b>	12,97%
60-64	<b>0,3499</b>	<b>0,4667</b>	0,0543	0,1294	0,0786	0,0522	<b>1,1312</b>	13,39%
65-69	<b>0,3136</b>	<b>0,4707</b>	0,0477	0,0832	0,0600	0,0298	<b>1,0050</b>	11,89%
70-74	0,2348	0,3852	0,0741	0,0494	0,0367	0,0290	<b>0,8093</b>	9,58%
75-79	0,1737	0,2731	0,0609	0,0237	0,0246	0,0157	<b>0,5716</b>	6,76%
80-84	0,0921	0,1503	0,0407	0,0060	0,0172	0,0106	<b>0,3168</b>	3,75%
85+	0,0541	0,0024	0,0299	0,0043	0,0142	0,0127	<b>0,1176</b>	1,39%
<b>Celkem</b>	<b>1,9927</b>	<b>3,0886</b>	<b>0,4619</b>	<b>0,9511</b>	<b>1,3874</b>	<b>0,5684</b>	<b>8,4500</b>	100,00%
<b>Podíl v %</b>	23,58%	36,55%	5,47%	11,26%	16,42%	6,73%	100,00%	

Zdroj: vlastní výpočty

Tab. 19 – 2. část – Podíly věkových skupin a příčin úmrtí na změně střední délky života při narození mezi muži a ženami, vybrané země, 2005

Nizozemsko	Novotvary	Nemoci oběhové soustavy	Nemoci dýchací soustavy	Nemoci trávicí soustavy	Vnější příčiny nemocnosti	Ostatní příčiny nemocnosti	Celkem	Podíl v %
0	-0,0002	0,0015	0,0048	-0,0001	-0,0012	0,0469	<b>0,0517</b>	1,18%
1-4	-0,0029	0,0073	-0,0024	-0,0008	0,0060	-0,0046	<b>0,0027</b>	0,06%
5-9	0,0061	0,0021	-0,0045	0,0007	0,0090	0,0067	<b>0,0202</b>	0,46%
10-14	-0,0012	-0,0029	-0,0007	-0,0007	0,0081	0,0014	<b>0,0040</b>	0,09%
15-19	0,0089	0,0005	0,0005	-0,0007	0,0355	0,0092	<b>0,0539</b>	1,23%
20-24	-0,0009	0,0022	-0,0007	0,0000	0,0595	0,0001	<b>0,0603</b>	1,38%
25-29	0,0025	0,0078	0,0031	0,0000	0,0513	0,0025	<b>0,0672</b>	1,54%
30-34	-0,0084	0,0052	-0,0029	0,0020	0,0474	0,0047	<b>0,0481</b>	1,10%
35-39	-0,0263	0,0169	0,0012	0,0028	0,0409	0,0107	<b>0,0462</b>	1,06%
40-44	-0,0558	0,0301	0,0001	0,0054	0,0419	0,0219	<b>0,0436</b>	1,00%
45-49	-0,0535	0,0493	0,0004	0,0115	0,0374	0,0297	<b>0,0748</b>	1,71%
50-54	-0,0209	0,0905	-0,0050	0,0092	0,0290	0,0358	<b>0,1385</b>	3,17%
55-59	0,0068	0,1139	0,0102	0,0101	0,0261	0,0442	<b>0,2112</b>	4,84%
60-64	0,1051	0,1901	0,0038	0,0216	0,0130	0,0673	<b>0,4010</b>	9,18%
65-69	0,2281	<b>0,2232</b>	0,0327	0,0201	0,0136	0,0787	<b>0,5963</b>	13,65%
70-74	<b>0,3108</b>	<b>0,2405</b>	0,0826	0,0114	0,0131	0,0568	<b>0,7152</b>	16,38%
75-79	<b>0,3073</b>	<b>0,2527</b>	0,1215	0,0096	0,0123	0,0585	<b>0,7618</b>	17,44%
80-84	<b>0,2351</b>	0,1904	0,1432	0,0132	0,0146	0,0441	<b>0,6405</b>	14,67%
85+	0,2006	0,1144	<b>0,1606</b>	-0,0002	0,0118	-0,0570	<b>0,4302</b>	9,85%
<b>Celkem</b>	<b>1,2411</b>	<b>1,5356</b>	<b>0,5486</b>	<b>0,1151</b>	<b>0,4692</b>	<b>0,4578</b>	<b>4,3674</b>	100,00%
<b>Podíl v %</b>	<b>28,42%</b>	<b>35,16%</b>	<b>12,56%</b>	<b>2,63%</b>	<b>10,74%</b>	<b>10,48%</b>	<b>100,00%</b>	

Rakousko	Novotvary	Nemoci oběhové soustavy	Nemoci dýchací soustavy	Nemoci trávicí soustavy	Vnější příčiny nemocnosti	Ostatní příčiny nemocnosti	Celkem	Podíl v %
0	0,0020	0,0020	-0,0021	0,0020	0,0157	0,0112	<b>0,0307</b>	0,56%
1-4	-0,0003	-0,0059	-0,0020	0,0019	0,0029	-0,0002	<b>-0,0037</b>	-0,07%
5-9	0,0046	0,0016	-0,0018	0,0016	0,0076	0,0007	<b>0,0144</b>	0,26%
10-14	0,0052	-0,0002	0,0013	0,0000	0,0088	0,0022	<b>0,0173</b>	0,32%
15-19	0,0009	0,0012	0,0000	0,0012	<b>0,1141</b>	0,0233	<b>0,1407</b>	2,56%
20-24	0,0019	0,0020	0,0010	0,0032	<b>0,1183</b>	0,0425	<b>0,1690</b>	3,08%
25-29	0,0048	0,0060	0,0010	0,0020	0,0981	0,0227	<b>0,1345</b>	2,45%
30-34	0,0027	0,0082	0,0008	0,0041	0,0846	0,0285	<b>0,1287</b>	2,34%
35-39	-0,0132	0,0219	0,0030	0,0155	0,0724	0,0241	<b>0,1237</b>	2,25%
40-44	-0,0067	0,0383	0,0036	0,0290	0,0628	0,0342	<b>0,1613</b>	2,94%
45-49	0,0039	0,0514	0,0016	0,0398	0,0754	0,0450	<b>0,2171</b>	3,96%
50-54	0,0724	0,1070	0,0123	0,0524	0,0865	0,0516	<b>0,3823</b>	6,96%
55-59	0,1291	0,1528	0,0185	0,0840	0,0705	0,0716	<b>0,5265</b>	9,59%
60-64	0,1658	0,2172	0,0305	0,0755	0,0644	0,0812	<b>0,6346</b>	11,56%
65-69	<b>0,2055</b>	<b>0,2430</b>	0,0454	0,0523	0,0530	0,0747	<b>0,6738</b>	12,27%
70-74	<b>0,2461</b>	<b>0,2701</b>	0,0693	0,0488	0,0536	0,0509	<b>0,7389</b>	13,46%
75-79	<b>0,2214</b>	<b>0,2457</b>	0,0762	0,0179	0,0384	0,0471	<b>0,6465</b>	11,78%
80-84	0,1880	0,1764	0,0709	0,0022	0,0188	0,0301	<b>0,4862</b>	8,86%
85+	0,1602	-0,0189	0,0831	0,0020	0,0344	0,0069	<b>0,2676</b>	4,87%
<b>Celkem</b>	<b>1,3941</b>	<b>1,5196</b>	<b>0,4127</b>	<b>0,4355</b>	<b>1,0801</b>	<b>0,6482</b>	<b>5,4902</b>	100,00%
<b>Podíl v %</b>	<b>25,39%</b>	<b>27,68%</b>	<b>7,52%</b>	<b>7,93%</b>	<b>19,67%</b>	<b>11,81%</b>	<b>100,00%</b>	

Zdroj: vlastní výpočty



Tab. 19 – 3. část – Podíly věkových skupin a příčin úmrtí na změně střední délky života při narození mezi muži a ženami, vybrané země, 2005

Švédsko	Novotvary	Nemoci oběhové soustavy	Nemoci dýchací soustavy	Nemoci trávicí soustavy	Vnější příčiny nemocnosti	Ostatní příčiny nemocnosti	Celkem	Podíl v %
<b>0</b>	0,0046	-0,0017	-0,0018	0,0015	-0,0033	0,0118	<b>0,0112</b>	0,26%
<b>1-4</b>	-0,0052	0,0061	0,0014	-0,0016	0,0011	0,0092	<b>0,0109</b>	0,25%
<b>5-9</b>	0,0162	0,0014	-0,0001	0,0000	0,0120	-0,0052	<b>0,0243</b>	0,56%
<b>10-14</b>	0,0029	0,0043	0,0010	0,0000	0,0028	0,0028	<b>0,0140</b>	0,32%
<b>15-19</b>	0,0082	0,0095	-0,0001	0,0000	0,0403	0,0036	<b>0,0614</b>	1,43%
<b>20-24</b>	-0,0016	0,0032	0,0022	-0,0012	<b>0,1067</b>	0,0070	<b>0,1163</b>	2,70%
<b>25-29</b>	0,0074	0,0133	-0,0001	-0,0010	0,0851	0,0226	<b>0,1273</b>	2,96%
<b>30-34</b>	-0,0063	0,0061	0,0016	0,0023	0,0556	0,0072	<b>0,0664</b>	1,54%
<b>35-39</b>	-0,0198	0,0134	-0,0029	0,0005	0,0588	0,0164	<b>0,0664</b>	1,54%
<b>40-44</b>	-0,0212	0,0338	-0,0001	0,0144	0,0561	0,0318	<b>0,1149</b>	2,67%
<b>45-49</b>	-0,0292	0,0515	0,0032	0,0166	0,0628	0,0397	<b>0,1446</b>	3,36%
<b>50-54</b>	-0,0587	0,1010	-0,0012	0,0218	0,0571	0,0380	<b>0,1580</b>	3,67%
<b>55-59</b>	-0,0402	0,1515	0,0047	0,0264	0,0543	0,0339	<b>0,2306</b>	5,35%
<b>60-64</b>	0,0174	0,1919	0,0024	0,0294	0,0376	0,0414	<b>0,3201</b>	7,43%
<b>65-69</b>	0,1271	0,2638	0,0055	0,0113	0,0434	0,0363	<b>0,4873</b>	11,31%
<b>70-74</b>	<b>0,1717</b>	<b>0,3131</b>	0,0243	0,0164	0,0292	0,0639	<b>0,6186</b>	14,36%
<b>75-79</b>	<b>0,1997</b>	<b>0,3355</b>	0,0414	0,0167	0,0218	0,0479	<b>0,6629</b>	15,39%
<b>80-84</b>	<b>0,1705</b>	<b>0,2791</b>	0,0550	0,0145	0,0203	0,0428	<b>0,5822</b>	13,52%
<b>85+</b>	0,1967	0,2138	0,0821	0,0139	0,0285	-0,0453	<b>0,4896</b>	11,37%
<b>Celkem</b>	<b>0,7403</b>	<b>1,9905</b>	<b>0,2185</b>	<b>0,1818</b>	<b>0,7703</b>	<b>0,4057</b>	<b>4,3071</b>	100,00%
<b>Podíl v %</b>	17,19%	46,21%	5,07%	4,22%	17,88%	9,42%	100,00%	

Zdroj: vlastní výpočty

Ve věkové skupině 80-84 let měla v Nizozemsku kromě nadúmrtnosti na novotvary a nemoci oběhové soustavy také významnější podíl mužská nadúmrtnost na nemoci dýchací soustavy. Nejvíce se na rozdíl ve střední délce života mužů a žen, z více než 17 %, podílela věková skupina 75-79 let.

V Rakousku byla situace obdobná a nadúmrtnost mužů na novotvary a nemoci oběhové soustavy měla na rozdíl střední délky života také nejvýznamnější podíl. Nejvíce pak u věkových skupin od 65 do 79 let. Celkově činil příspěvek nadúmrtnosti mužů ve věku 65 až 79 let na obě příčiny úmrtí 1,43 roku. K celkovému rozdílu střední délky života při narození v roce 2005, tedy hodnotě 5,5 roku, přispívala také nadúmrtnost mužů na vnější příčiny úmrtí, zejména pak v mladší věkové skupině 20-24 let. Nejvíce k rozdílu mezi hodnotami naděje dožití mužů a žen přispívala nadúmrtnost věkové skupiny 70-74 let.

Nejnižší genderový rozdíl ve střední délce života, jak jsme uvedli již v počátku kapitoly, vykazovalo Švédsko. Také podíly jednotlivých příčin úmrtí na změně střední délky života při narození se oproti ostatním zemím lišily. Zejména se jednalo o výrazně vyšší podíl úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy jako příčiny přispívající k rozdílu střední délky života při narození mužů a žen. Nadúmrtnost mužů na nemoci oběhové soustavy měla u všech zemí nejvyšší podíl na celkovém rozdílu mezi hodnotami naděje dožití mužů a žen. V České republice, Maďarsku a Nizozemsku více než 35 %, v Rakousku pak pouze 27,7 %. Ve Švédsku tento podíl činil více než 46 % a spolu s nadúmrtností na novotvary se na změně střední délky života při narození mužů a žen podílel více než 63 % respektive 2,73 roku (z celkového genderového rozdílu

střední délky života při narození 4,3 roku). Stejně jako v Maďarsku, Rakousku a České republice se u mladších věkových skupin projevil vliv nadúmrtnosti na vnější příčiny úmrtí. Zde u věkových skupin 20-24 a 25-29 let. Hodnota této nadúmrtnosti na celkovém rozdílu neměla u obou věkových skupin podíl vyšší než 3 %. Věkovou skupinou, která svojí nadúmrtností přispívala k rozdílu mezi hodnotami mužů a žen nejvíce, byla stejně jako v Nizozemsku věková skupina 75-79 let.

Je zřejmé, že k počtu let, kterými převyšuje stření délka života žen při narození stejný ukazatel u mužů, nejvíce přispívá nadúmrtnost mužů ve vyšším věku a nadúmrtnost na nemoci oběhové soustavy a na novotvary. V tomto směru jsou u všech zemí patrné rezervy pro snižování genderových rozdílů v úmrtnosti. Obě skupiny příčin úmrtí však patří k negativním projevům civilizačního vývoje a úzce souvisí s životním stylem rozvinuté západní společnosti.

## Kapitola 8

### Zdravotní stav populace

S rapidním snižováním úmrtnosti ve vyspělých zemích a s rostoucí střední délkou života se pozornost od čistě kvantitativního počítání délky života přesouvá směrem k hodnocení kvality života. Vyskytuje se tak otázka, zda prodlužující se střední délka života znamená také prodlužující se dobu prožitou v „dobrém“ zdravotním stavu nebo naopak znamená pouze nárůst počtu let prožitých ve „špatném“ zdravotním stavu.

V rámci sledování souvislostí mezi rostoucí délkou života a změnami ve zdravotním stavu populace jsou zmiňovány tři teorie popisující scénář vývoje úmrtnosti a zdravotního stavu (REVES, 1995; Rychtaříková, 2007). První teorie označována jako *teorie komprese morbidity*<sup>7</sup> předpokládá, že v souvislosti se snižováním úmrtnosti se bude zlepšovat zdravotní stav populace. V druhé teorii nazývané *teorií expanze morbidity*<sup>8</sup> se naopak očekává, že pokles úmrtnosti je pouze poklesem míry fatality chronických onemocnění, ale nikoli poklesem jejich míry incidence a prodlužující se délka života znamená pouze delší dobu prožitou s chronickým onemocněním. Třetí teorie, tzv. *teorie dynamické rovnováhy*<sup>9</sup> kombinuje oba aspekty v tom smyslu, že nárůst střední délky života je částečně dílem zpomalení progresu chronických onemocnění, avšak zvyšuje se také prevalence méně závažných chronických stavů (REVES, 1995; Rychtaříková, 2007).

Proto se v současnosti stále častěji uplatňuje ukazatel kombinující střední délku života a zdravotní stav - tzv. „Health Expectancy“ neboli naděje dožití ve zdraví či zdravá délka života - ukazatel rozděluje naději dožití při narození na časová období prožitá v různém zdravotním stavu. Ukazatel naděje dožití ve zdraví kvalitativně hodnotí délku života a prevalenci morbidity (chronické nemoci), disability (zdravotních omezení) nebo subjektivního zdraví odrážejícího zdravotní stav jedince na základě otázky subjektivního hodnocení vlastního zdravotního stavu. Nejčastější a nejjednodušší metodou výpočtu ukazatele naděje dožití ve zdraví využívanou Světovou zdravotnickou organizací i Eurostatem je Sullivanova metoda, která vznikla v roce 1971 (REVES, 1995) a je založena na datech o úmrtnosti a mírách prevalence, tedy věkově specifickém podílu populace v daném zdravotním stavu. Výhodou této metody je kromě jednoduchosti také nezávislost na velikosti a věkové struktuře populace.

<sup>7</sup> Podle REVES (1995) (str.7) a Rychtaříkové (2007) (str.61) formulována v roce 1980 J.F. Friesem.

<sup>8</sup> Podle REVES (1995) (str. 7) a Rychtaříková (2007)(str. 61) tuto teorii formulovali E.M. Gruenberg v roce 1977, M. Kramer v roce 1980 a S.J. Olshansky et al. v roce 1991.

<sup>9</sup> Podle REVES (1995) (str. 7) a Rychtaříková (2007)(str. 61) vytvořil koncept K.G. Manton v roce 1982.

Při výpočtu se využívá kombinace úmrtnostních tabulek a sledované prevalence dané kategorie zdravotního stavu (Eurostat, 2007b), kdy je počet člověkoroků v daném věku  $L_x$  násoben podílem osob  $s_{x,j}$  v daném věku  $x$  a v daném zdravotním stavu  $j$  (Eurostat, 2007b; Rychtaříková, 2007). Výstupem jsou pak ukazatele naděje na dožití podle věku a daného zdravotního stavu  $e_{x,j}$  (při zachování prevalence daného roku) (Eurostat, 2007b).

Pro zajištění jednotnosti definice zdraví a zdravotního stavu a srovnatelnosti zjišťovaných dat se jeví nejlepší cestou použití stejně formulovaných otázek. Evropská komise proto zahrнула ukazatele zdravotního stavu v rámci Community Statistical Programme 2003-2007 mezi strukturální ukazatele Evropského statistického systému (ESS) a mezi tzv. European Community Health Indicators (ECHI). Otázky zjišťující míru chronické nemoci, funkčních omezení a subjektivního zdraví se tak pod koordinací EU objevily v průzkumech (Eurostat, 2007b; Rychtaříková, 2007) jako například European Community Household Panel (ECHP), v letech 1995-2001 probíhající šetření v 15 členských zemích Evropské Unie, nebo výběrové šetření Eurobarometer probíhající roku 2002 a následně od roku 2004 celoevropské šetření European Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) zahrnující 13 členských zemí Evropské Unie. To nahradilo původní šetření ECHP a od roku 2005 zahrnuje populaci ve věku 16 let až 85 let ve 25 členských zemích EU (Eurostat, 2007b). V současnosti má na starost distribuci a celou koordinaci dat o úmrtnosti v Evropské unii jednotka EHEMU (European Health Expectancy Monitoring Unit), která publikuje data o úmrtnosti a zdravotním stavu obyvatelstva na základě zmíněných šetření. Pro účel této práce je proto nejvhodnější, aby za sledovanou pěticí zemí České republiky, Maďarska, Nizozemska, Rakouska a Švédska byla použita data EHEMU z roku 2005, která vznikla na základě posledního šetření EU-SILC (Ehemu, 2007).

## 8.1 Chronická nemocnost

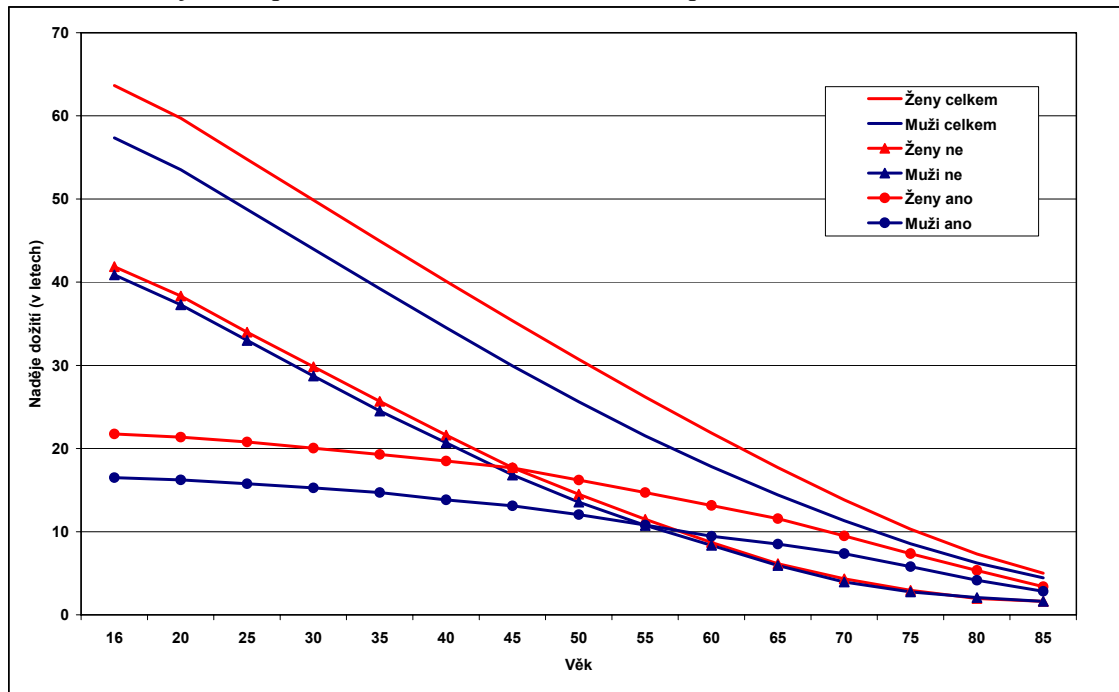
Prevalence chronické nemoci byla zjišťována v rámci šetření EU-SILC 2005 otázkou zjišťující, zda respondent „trpí nějakým chronickým (dlouhodobým) onemocněním nebo zdravotními problémy“ („*Suffer from any chronic (long-standing) illness or condition (health problem)*“) (Ehemu, 2007). Nabízené možnosti odpovědi, 1-Ano či 2-Ne rozdělují soubor dotazovaných na skupinu s prevalencí chronického onemocnění a bez chronického onemocnění. Na jejich základě byly Eurostatem spočítány Sullivanovou metodou „tabulky života ve zdraví“ (Health Expectancy Table), jejichž výstupem byly naděje dožití s chronickým nebo bez chronického onemocnění pro věky v pětiletých intervalech 16 až 85 let. Můžeme předpokládat, že dané prevalence chronické nemoci se vztahují k celým pětiletým intervalům mezi vybranými roky.

### 8.1.1 Naděje dožití podle chronické nemoci

Vypočtené hodnoty naděje dožití s nebo bez chronického onemocnění v roce 2005 (obr. 10 až 14) byly u všech věků dle předpokladů nižší pro muže než pro ženy. Můžeme obecně shrnout, že v mladším věku měly osoby před sebou více let prožitých bez chronického onemocnění než s ním, zatímco ve vysokém věku tomu bylo obráceně. Hodnoty naděje dožití

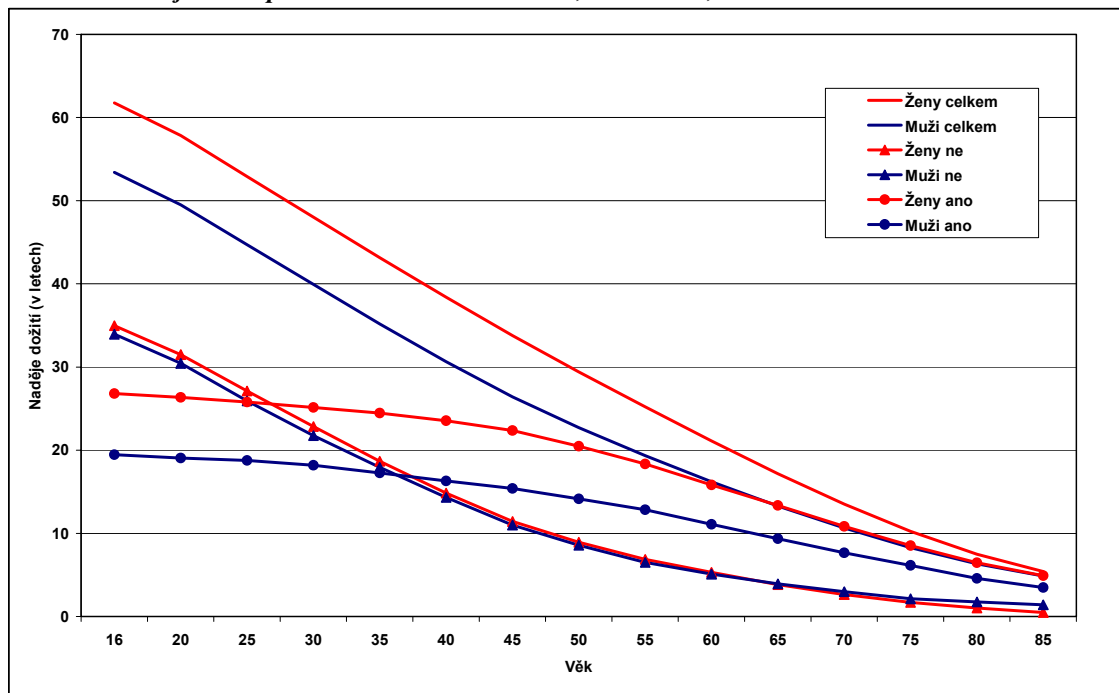
podle chronické nemocnosti byly v České republice nižší u mužů než u žen. Zatímco u křivek naděje dožití bez chronické nemoci nebyly patrné žádné větší genderové rozdíly, u hodnot naděje dožití s chronickou nemocností byly hodnoty žen zejména v mladším věku do 30 let vyšší až o 5 let než mužů. S věkem se tyto rozdíly snižovaly.

**Obr. 10 – Naděje dožití podle chronické nemocnosti, Česká republika, 2005**



Zdroj: Ehemu Database & Information System

**Obr. 11 – Naděje dožití podle chronické nemocnosti, Maďarsko, 2005**

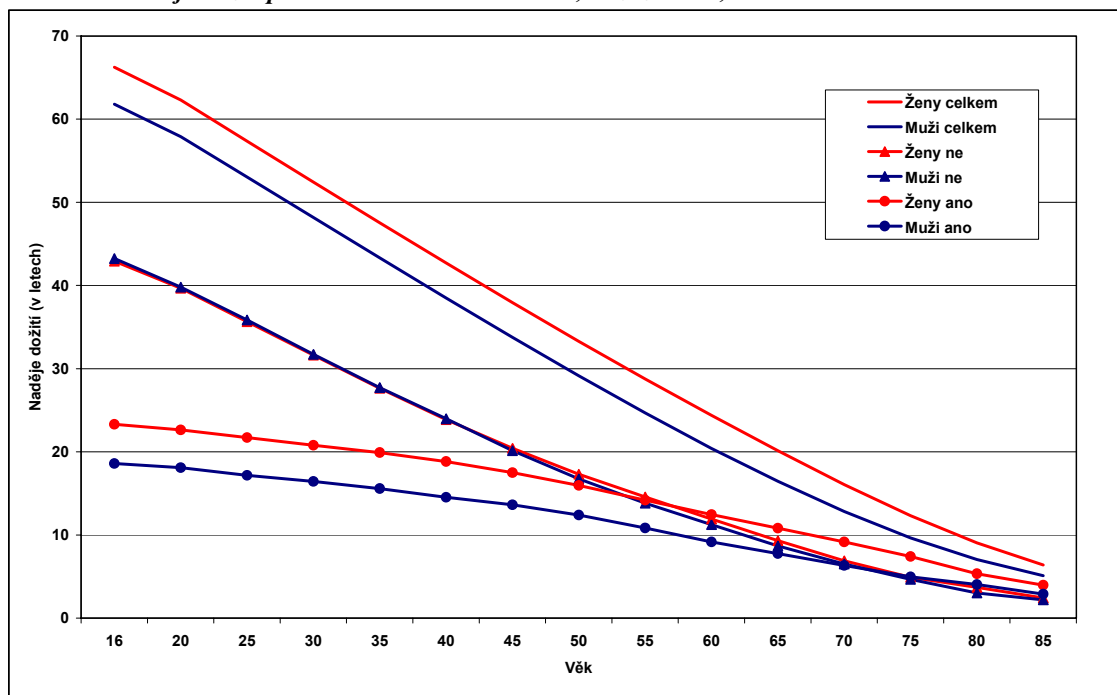


Zdroj: Ehemu Database & Information System

Naděje dožití bez chronické nemocnosti byly v mladším věku vyšší než naděje dožití s chronickým onemocněním, ve vyšším věku se vztah otočil. Dle těchto hodnot by měly ženy

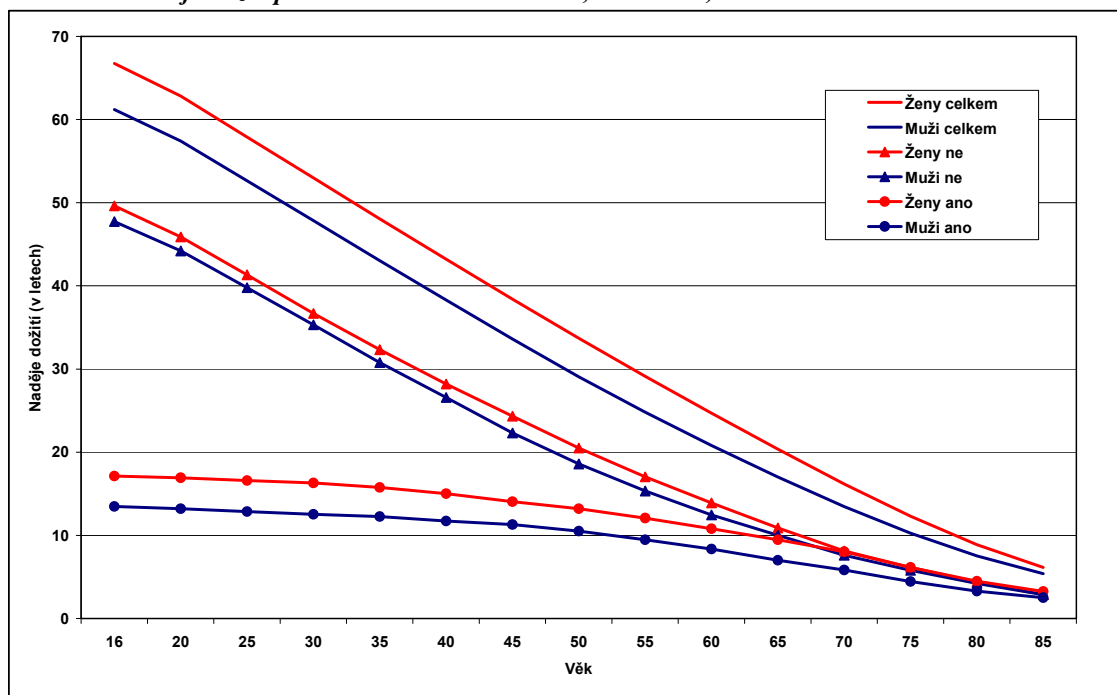
v České republice od 50 let věku před sebou více let prožitých s chronickým onemocněním než bez něj. Muže by stejný scénář čekal od 55 let věku.

**Obr. 12 – Naděje dožití podle chronické nemoci, Nizozemsko, 2005**



Zdroj: Ehemu Database & Information System

**Obr. 13 – Naděje dožití podle chronické nemoci, Rakousko, 2005**

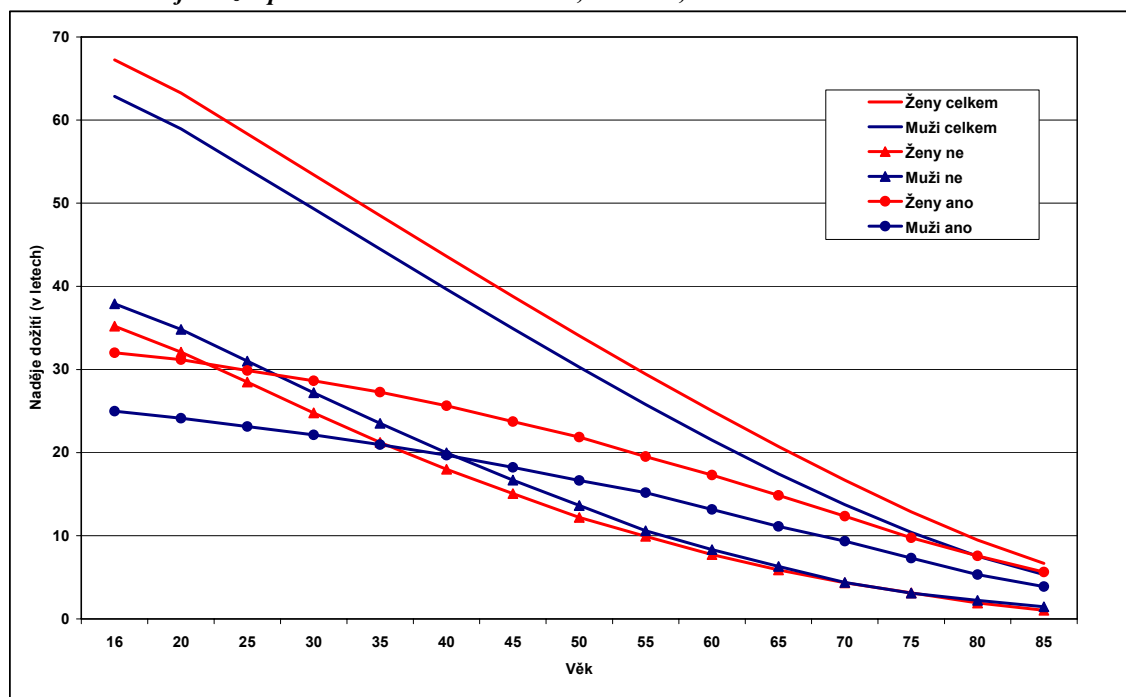


Zdroj: Ehemu Database & Information System

V Maďarsku byly genderové rozdíly u hodnot naděje dožití s chronickou nemocí vyšší než v České republice. Hodnoty žen do 40 let věku byly vyšší o více než 7 let. Naopak nad 65 let věku měli muži vyšší naději dožití bez chronické nemoci než ženy. Delší dobu s chronickou nemocí než bez ní měly před sebou ženy již ve 30 letech a muži ve 40 letech.

V Nizozemsku měli muži do věku 40 let mírně vyšší hodnoty naděje dožití bez chronické nemoci než ženy, maximálně však o 0,3 roku. Nadějí dožití s chronickým onemocněním měly pro všechny věky vyšší ženy, do 40 let o více než 4 roky. Spolu s Rakouskem mělo obyvatelstvo Nizozemska oproti ostatním zemím mnohem déle vyšší předpoklad prožít zbytek života spíše bez chronických obtíží než s obtížemi. V Nizozemsku až do 80 let u žen a do 60 let věku u mužů. V Rakousku to bylo u žen do 80 let věku. Muži měli před sebou po celou dobu teoreticky více let prožitých bez chronického onemocnění než s onemocněním. Genderové rozdíly v Rakousku nebyly oproti ostatním zemím tak výrazné. Muži měly vždy nižší hodnoty naděje dožití než ženy.

**Obr. 14 – Naděje dožití podle chronické nemoci, Švédsko, 2005**



Zdroj: Ehemu Database & Information System

Naprosto odlišným charakterem vývoje naděje dožití podle chronické nemoci v závislosti na věku se vyznačovalo Švédsko. Genderové rozdíly u naděje dožití s chronickou nemocí byly téměř stejně veliké jako u Maďarska. Hodnoty tohoto ukazatele byly v mladším věku u žen až o 7 let vyšší než u mužů, od 30 let do 50 let věku pak o více než 5 let. Švédsko bylo naopak jedinou zemí, která měla hodnoty naděje dožití bez chronické nemoci pro všechny věky vyšší u mužů než u žen. Do věku 35 let to bylo o více než 2 roky. Výjimečný oproti ostatním zemím byl vztah obou nadějí dožití. Ve Švédsku byla hodnota naděje dožití s chronickým onemocněním u žen již v 25 letech vyšší než hodnota naděje dožití bez chronické nemoci. U mužů nastal stejný jev ve věku 45 let. Zjištění, že ženy a muži ve Švédsku mají před sebou pravděpodobně více let s chronickým onemocněním než bez něj, se zdá být paradoxem. Vzhledem k hodnotám jiných ukazatelů hodnotících kvalitu života či úmrtnost (viz předchozí kapitola a další část této kapitoly) bychom mohli očekávat spíše opačný trend. Prvotním, avšak neprůkazným vysvětlením, které se nabízí, mohou být odlišné životní postoje a mentalita severovýchodních zemí.

**Tab. 20 – Naděje dožití podle chronické nemocnosti, vybrané věky, 2005**

e(16)	Bez chronického onemocnění		S chronickým onemocněním	
	muži	ženy	muži	ženy
ČR	40,88	41,88	16,49	21,76
Maďarsko	33,94	34,77	19,46	26,80
Nizozemsko	43,23	42,93	18,58	23,31
Rakousko	47,72	49,61	13,48	17,13
Švédsko	37,89	35,21	24,97	32,02
e(65)	Bez chronického onemocnění		S chronickým onemocněním	
	muži	ženy	muži	ženy
ČR	5,92	6,16	8,50	11,56
Maďarsko	3,93	3,83	9,37	13,35
Nizozemsko	8,68	9,32	7,77	10,82
Rakousko	10,01	10,89	7,01	9,47
Švédsko	6,31	5,89	11,13	14,85

Zdroj: Ehemu Database & Information System

Samotné hodnoty naděje dožití dle chronické nemocnosti je nutno posuzovat velmi opatrně a přihlížet také k celkové hodnotě naděje dožití, jejíž částí tvoří roky prožité v obou stavech zdraví. Nejdelsí dobu bez dlouhodobých nemocí měli před sebou ve věku 16 i 65 let obyvatelé Rakouska a naopak nejnižší obyvatelé Maďarska. Nejvíce let s chronickým onemocněním před sebou mělo ve věku 16 i 65 let obyvatelstvo Švédska. Přihlédneme-li však celkové hodnotě naděje dožití, tedy počtu let, který má obyvatelstvo na základě výpočtů daného roku v daném věku před sebou, nejvyšší hodnoty měli muži i ženy ve Švédsku a poté v Rakousku a Nizozemsku.

### 8.1.2 Prevalence chronické nemocnosti dle věku

Prevalence chronické nemocnosti (Příloha IV) dle pětiletých věkových skupin na základě šetření EU-SILC 2005 ukazuje, že podíl osob s dlouhodobým nebo chronickým onemocněním se ve všech pěti zemích zvyšoval s rostoucím věkem. U České republiky a Maďarska byl zřejmý strmější vzestup zhruba od 65 let, zatímco v Rakousku a Nizozemsku měl průběh mírnější charakter. U všech zemí byly patrné mírné výkyvy, kdy se prevalence chronického onemocnění oproti předešlé věkové skupině mírně snížila. U mužů se jednalo o věkové skupiny 40-44 let, 60-64 let a 85 let a více v České republice, věkové skupiny 80-84 let a 85 let a více v Maďarsku, 25-29, 40-44, 60-64 a 75-79 let v Nizozemsku, 30-34, 40-44, 65-69 a 80-84 let v Rakousku a 50-54 let, 65-69 let a 80-84 let ve Švédsku. U žen výkyvy mezi jednotlivými věkovými skupinami nebyly tak časté. Objevily se pouze u věkových skupin 60-64 let a 80-84 let v Nizozemsku, 45-49 a 80-84 let v Rakousku a 25-29 a 75-79 ve Švédsku. Možným vysvětlením těchto výkyvů může být generace těchto věkových skupin. Nejčastěji se totiž jedná o starší skupiny obyvatel z generací narozených ve válečných letech minulého století, tedy o odolné ročníky posílené nepříznivou dobou.

Důležitým mezníkem ve srovnání prevalence chronické nemocnosti jsou ty věkové skupiny obyvatelstva, ve kterých se mění prevalence zdravotního stavu. Místo prevalence bez chronického onemocnění již naopak větší část obyvatel vykazuje dlouhodobé nebo chronické onemocnění. U žen ke změně prevalence docházelo v mladších věkových skupinách než u mužů. Nejmladších věkových skupin se změny týkaly v Maďarsku.



U žen vykazovala již věková skupina 50-54 let a u mužů věková skupina 55-59 let prevalenci chronického onemocnění (u žen téměř 54 % a u mužů více než 59 %). Poněkud překvapivě následovalo Švédsko, kdy se prevalence chronického onemocnění týkala u žen, stejně jako v Maďarsku, věkové skupiny 50-54 let a u mužů věkové skupiny 60-64 let. U obou pohlaví byla v těchto věkových skupinách prevalence chronického onemocnění více než 52 %. V České republice začala převládat chronická onemocnění u žen ve věkové skupině 65-69 let a u mužů 70-74 let, v Nizozemsku ve věkové skupině 75-79 let u žen a věkové skupině až 80-84 let u mužů. V Rakousku ve všech sledovaných věkových kategoriích u mužů převažoval dle odpovědí zdravotní stav bez chronického nebo dlouhodobého onemocnění, u věkové kategorie 85 a více let dokonce z více než 53 %. U žen v Rakousku zdravotní stav s chronickým onemocněním převažoval až u věkové skupiny 85 a více let.

**Tab. 21 – Prevalence chronické nemoci ve věkové skupině 65-69 let, v %, 2005**

65-69 let	Bez chronického onemocnění		S chronickým onemocněním	
	muži	ženy	muži	ženy
<b>ČR</b>	0,5383	0,4387	0,4617	0,5613
<b>Maďarsko</b>	0,3234	0,2895	0,6766	0,7105
<b>Nizozemsko</b>	0,5786	0,5647	0,4214	0,4353
<b>Rakousko</b>	0,6434	0,6353	0,3566	0,3647
<b>Švédsko</b>	0,4741	0,3623	0,5259	0,6377

Zdroj: Ehemu Database & Information System

Genderové rozdíly v prevalenci chronické nemoci dle věku byly na základě uvedených ukazatelů nejčastější ve Švédsku. U věkové skupiny 50-54 let byl rozdíl v prevalenci chronické nebo dlouhodobé nemoci mužů a žen více než 16 procentních bodů, u věkové skupiny 65-69 a 85 a více let přes 11 procentních bodů a u věkové skupiny 40-44 let byl rozdíl 8 procentních bodů. Ve všech těchto případech měly ve Švédsku vyšší prevalenci chronického onemocnění ženy než muži. V Nizozemsku, kde u věkové skupiny 75-79 byla prevalence chronické nemoci žen o 17 procentních bodů vyšší pak u ostatních věkových skupin nedosáhla vyšších genderových rozdílů. Maďarsko vykazovalo výrazně vyšší prevalenci chronického onemocnění u žen, o více než 19 procentních bodů, pouze u věkové skupiny 85 a více let. Česká republika s Rakouskem oproti ostatním zemím nevykazovaly tak časté genderové rozdíly prevalence v závislosti na věku. Největším rozdílem bylo 9 procentních bodů u věkové skupiny 40-44 v Rakousku a 65-69 let v České republice.

## 8.2 Zdravotní omezení každodenních aktivit

Na základě vlastního hodnocení respondentem a otázkou týkající se omezení běžných denních aktivit ze zdravotních důvodů byla v rámci šetření EU-SILC 2005 zjišťována prevalence disability neboli zdravotního omezení každodenních aktivit. Otázka zněla, zda respondent(ka) byl(a) za posledních 6 měsíců omezen(a) v běžných každodenních aktivitách z důvodu zdravotních problémů („*Limitation in activities people usually do because of a health problems for at least the last 6 months*” (Ehemu, 2007)). Kromě záporné odpovědi: 3-Ne neomezen(a), byla u kladné odpovědi možnost specifikace: 1-Ano silně omezen(a) a 2-Ano omezen(a). Výsledkem bylo rozdělení souboru podle na tři prevalence podle disability neboli zdravotního

omezení, na jejichž základě pak, stejným způsobem jako u morbidit, byly spočítány naděje dožití a míry prevalence pro obyvatelstvo zemí Evropské unie od narození do věku 85 let.

### 8.2.1 Naděje dožití podle zdravotního omezení

Pro mezinárodní srovnání je pak zajímavý ukazatel naděje dožití při narození bez disability, tzv. Disability-free Life Expectancy (DFLE), který udává, kolik let prožitých bez zdravotního omezení má v daném věku člověk před sebou. Nejvyšší naději dožití při narození bez zdravotního omezení (DFLE) mělo u obou pohlaví Nizozemsko a nejnižší naopak Maďarsko. V České republice, Maďarsku a Rakousku byla hodnota střední délky života bez zdravotního omezení při narození nižší pro muže než pro ženy. Naopak ve Švédsku a v Nizozemsku byly hodnoty ukazatele překvapivě vyšší u mužů. Hodnota podílu DFLE na celkové naději dožití při narození pak vypovídá jak velkou část života prožitou bez zdravotních obtíží má daná osoba teoreticky před sebou. Muži před sebou měli teoreticky delší část života prožitou bez disability než ženy. Největší část života bez zdravotních omezení, přes 80 %, čekala při narození muže ve Švédsku a v Nizozemsku. Nejnižší podíl DFLE na celkové střední délce života mělo Maďarsko, kde u mužů tento podíl činil 75,75 % a u žen méně než 70 %. Genderové rozdíly podílu DFLE na celkové naději dožití při narození tak naznačují, že zdravotní omezení se týká ve větší míře života žen než mužů a roky života navíc u žen, znamenají spíše roky života s disabilitou.

**Tab. 22 – Naděje dožití bez zdravotního omezení při narození, 2005**

e(0)	DFLE			Podíl DFLE na střední délce života při narození		
	muži	ženy	rozdíl Ž-M	muži	ženy	rozdíl Ž-M
<b>ČR</b>	57,85	59,86	2,01	79,34%	75,54%	-3,80%
<b>Maďarsko</b>	52,03	53,94	1,91	75,75%	69,89%	-5,86%
<b>Nizozemsko</b>	64,99	63,11	-1,88	84,13%	77,23%	-6,90%
<b>Rakousko</b>	57,79	59,59	1,80	75,36%	72,44%	-2,91%
<b>Švédsko</b>	64,20	63,08	-1,12	81,79%	76,08%	-5,71%

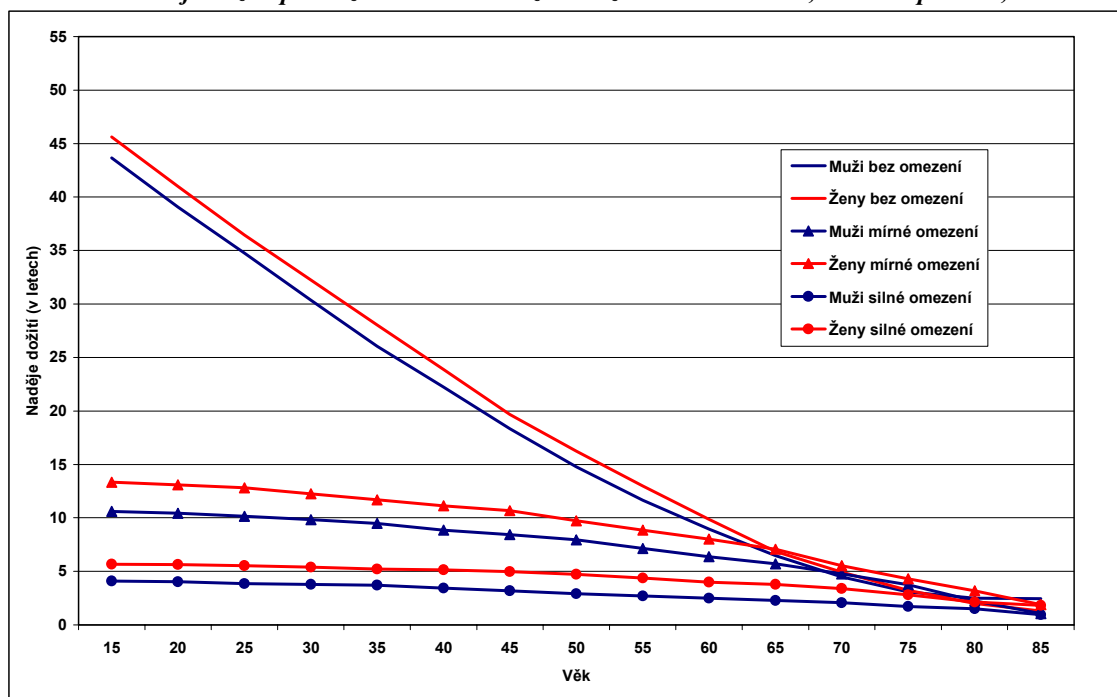
Zdroj: Ehemu Database & Information System

Vývoj naděje dožití dle věku na základě jednotlivých prevalencí se lišil jak v rámci jednotlivých zemí tak také z hlediska genderových rozdílů (obr. 15 až 19).

V České republice byla naděje dožití bez zdravotního omezení vyšší u žen do věku 75 let, od věku 80 let pak byla vyšší u mužů. Hodnoty naděje dožití se zdravotním omezením a se silným zdravotním omezením byly v České republice vždy vyšší u žen než u mužů. Muži měli pro všechny věkové kategorie od 15 do 85 let nejvyšší hodnoty u naděje dožití bez zdravotního omezení a nejnižší pak u naděje dožití se silným zdravotním omezením.

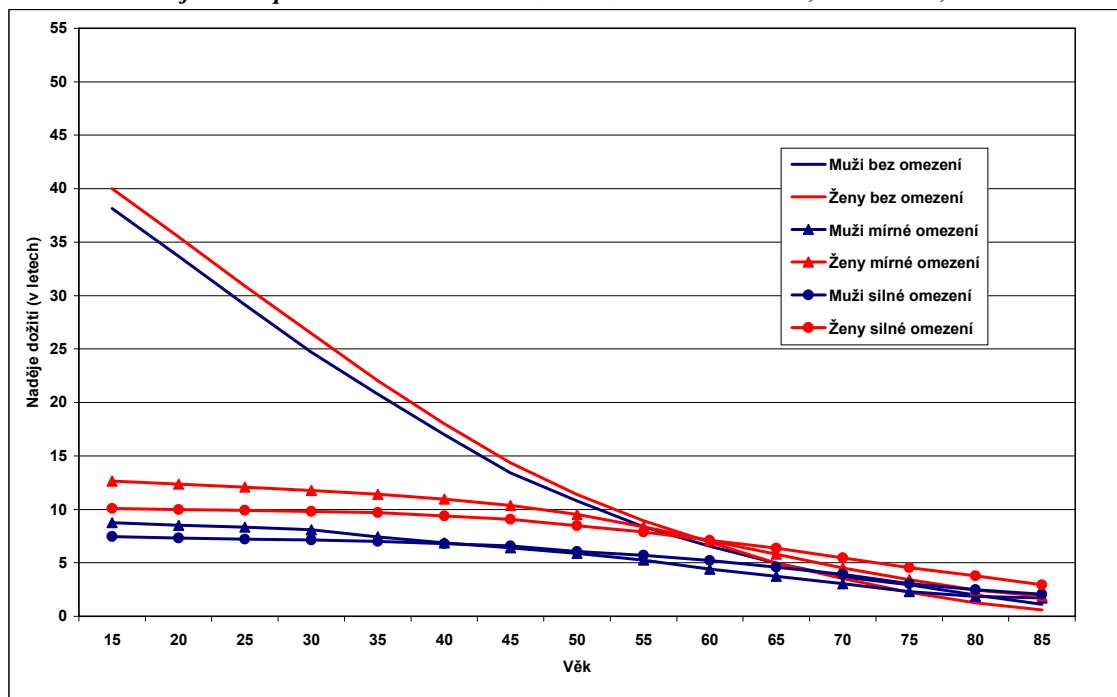
U žen byla do věku 60 let nejvyšší naděje dožití bez disability, zatímco od 65 let věku měla nejvyšší hodnoty naděje dožití se zdravotním omezením. Ve věku 80 let byla u žen vyšší naděje dožití jak se zdravotním omezením (3,19 roku), tak se silným zdravotním omezením (2,15 roku) oproti naději dožití bez zdravotního omezení (2 roky).

Obr. 15 – Naděje dožití podle zdravotního omezení každodenních aktivit, Česká republika, 2005



Zdroj: Ehemu Database & Information System

Obr. 16 – Naděje dožití podle zdravotního omezení každodenních aktivit, Maďarsko, 2005

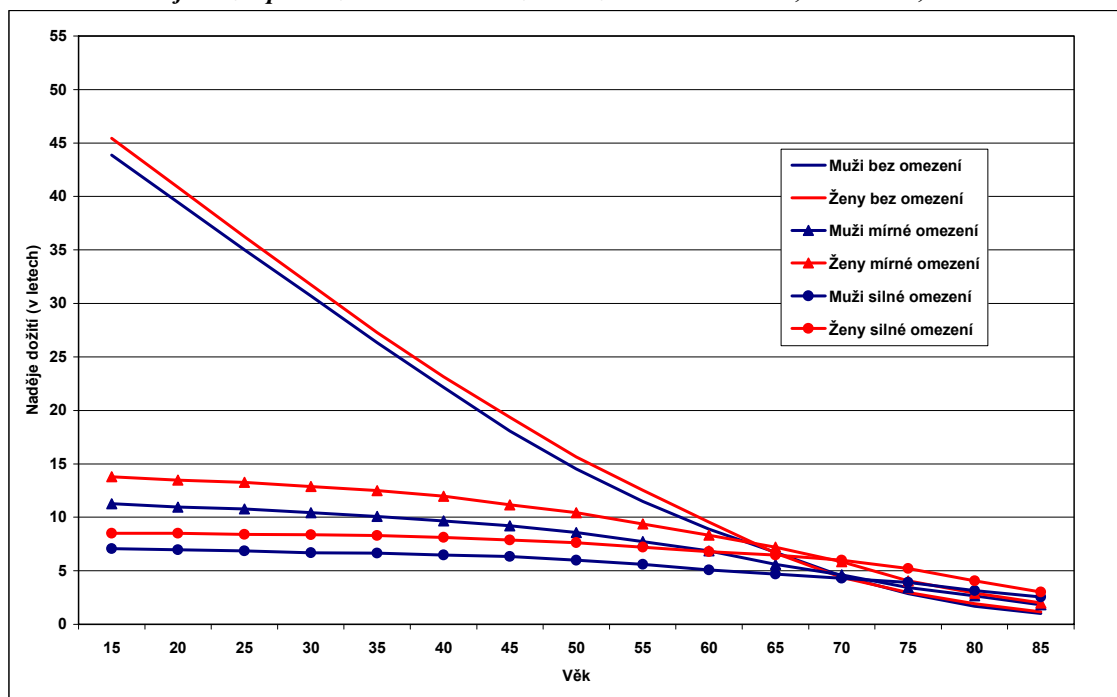


Zdroj: Ehemu Database & Information System

Maďarsko mělo oproti ostatním zemím nejnižší hodnoty naděje dožití bez disability. Až do věku 60 let měl tento ukazatel vyšší hodnoty u žen než u mužů. Ve věku 65 let byla hodnota ukazatele bez zdravotního omezení shodná pro obě pohlaví a od věku 70 let byla vyšší u mužů. Naděje dožití se zdravotním omezením a se silným zdravotním omezením byla pro všechny věky v Maďarsku vyšší u žen než u mužů. Naděje dožití bez zdravotního omezení byla ze všech tří nadějí dožití podle disability nejvyšší u žen do věku 55 let a u mužů do věku

65 let. Od 60 let věku u žen a od 70 let věku u mužů začal mít nejvyšší hodnotu ukazatel naděje dožití se silným zdravotním omezením.

**Obr. 17 – Naděje dožití podle zdravotního omezení každodenních aktivit, Rakousko, 2005**



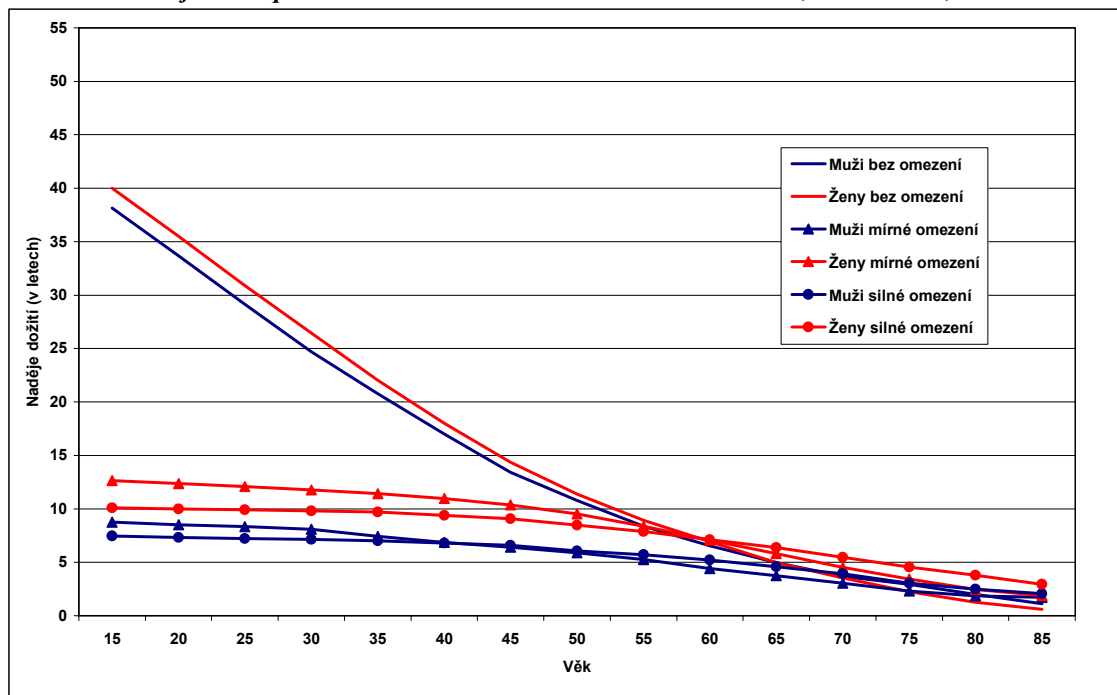
Zdroj: Ehemu Database & Information System

V Rakousku pak, na rozdíl od předešlé dvojice zemí, byla naděje dožití bez zdravotního omezení ve všech věkových kategoriích vyšší u mužů než u žen. Do 65 let věku byla naděje dožití bez zdravotního omezení u mužů nejvyšší, od 70 let byla vyšší naděje dožití se zdravotním omezením a od věku 75 let pak měla nejvyšší hodnotu naděje dožití se silným zdravotním omezením. U žen měly naděje dožití dle disability stejný průběh, ale ke změnám docházelo u věkových skupin o 5 let mladších.

Charakter křivek naděje dožití podle věku a dané prevalence zdravotního omezení měl v Nizozemsku a ve Švédsku velmi podobný průběh. V Nizozemsku a ve Švédsku měli do 45 let věku muži vyšší naději dožití bez disability než ženy. V Nizozemsku pak byla vyšší naděje dožití bez disability žen až do věku 70 let, ve Švédsku pak do věku 80 let.

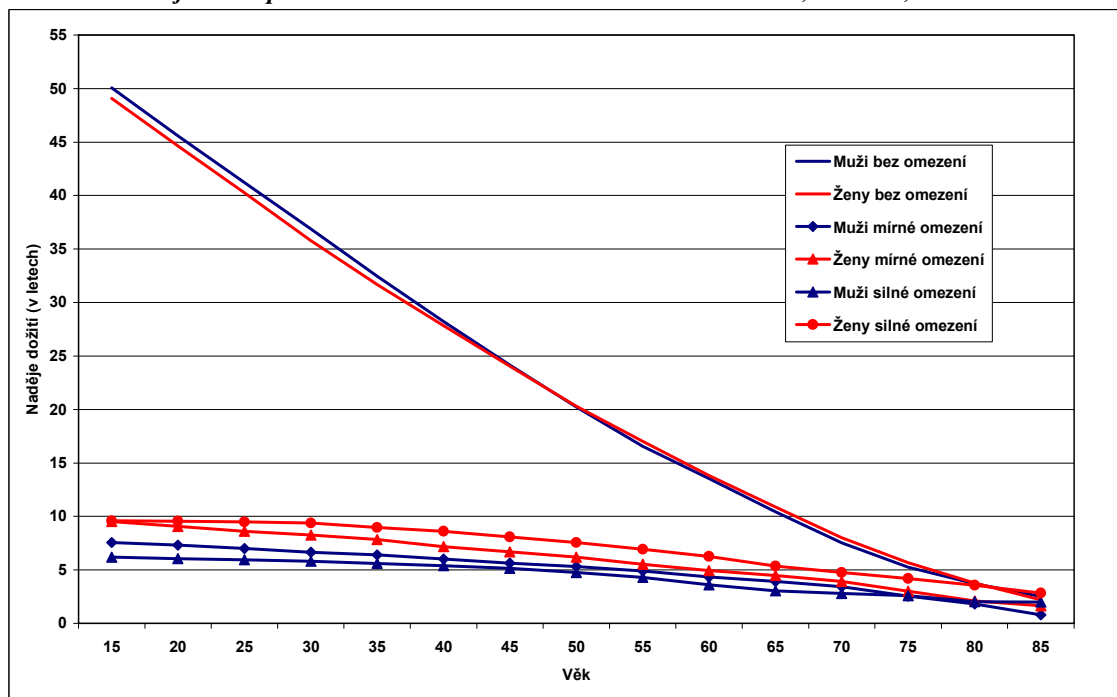
V obou zemích měla pro všechny věky u mužů nejvyšší hodnoty naděje dožití bez zdravotního omezení. Od 75 let věku pak byla u mužů v obou zemích naděje dožití se silným zdravotním omezením vyšší než naděje dožití pouze se zdravotním omezením. U žen v obou zemích pak měla až do věku 80 let nejvyšší hodnoty naděje dožití bez disability. Zatímco v Nizozemsku byla u žen věkové kategorie 85 a více let nejvyšší naděje dožití se zdravotním omezením, ve Švédsku byla v této věkové kategorii nejvyšší naděje dožití se silným zdravotním omezením. Ve Švédsku měly ženy od 15 let věku vyšší naději dožití se silným omezením než pouze s omezením.

Obr. 18 – Naděje dožití podle zdravotního omezení každodenních aktivit, Nizozemsko, 2005



Zdroj: Ehemu Database & Information System

Obr. 19 – Naděje dožití podle zdravotního omezení každodenních aktivit, Švédsko, 2005



Zdroj: Ehemu Database & Information System

Charakterem i hodnotami naděje dožití podle disability si jsou Nizozemsko a Švédsko velmi podobné a odlišují se tak od zbylých tří zemí. Srovnatelné jsou také ukazatele České republiky a Rakouska až na výjimku delší naděje dožití se silným zdravotním omezením u žen i mužů v Rakousku. O tuto hodnotu je pak delší celková hodnota naděje dožití v Rakousku. Jedná se tedy spíše o nárůst počtu let se zdravotním omezením než bez něj.

**Tab. 23 – Naděje dožití podle zdravotního omezení každodenních aktivit, vybrané věky, 2005**

e(15)	Bez zdravotního omezení		S mírným zdravotním omezením		Se silným zdravotním omezením	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
<b>ČR</b>	43,66	45,62	10,62	13,34	4,09	5,67
<b>Maďarsko</b>	38,16	40,01	8,76	12,65	7,46	10,1
<b>Nizozemsko</b>	50,84	49,12	6,93	11,95	5,04	6,16
<b>Rakousko</b>	43,86	45,44	11,27	13,79	7,06	8,5
<b>Švédsko</b>	50,08	49,08	7,56	9,53	6,2	9,6

e(65)	Bez zdravotního omezení		S mírným zdravotním omezením		Se silným zdravotním omezením	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
<b>ČR</b>	6,46	6,87	5,69	7,07	2,27	3,78
<b>Maďarsko</b>	4,99	4,99	3,74	5,81	4,58	6,39
<b>Nizozemsko</b>	10,39	10,89	3,29	5,98	2,76	3,27
<b>Rakousko</b>	6,73	6,65	5,59	7,22	4,7	6,48
<b>Švédsko</b>	10,45	10,9	3,93	4,47	3,05	5,37

Zdroj: Ehemu Database & Information System

Maďarsko se pak svými hodnotami dostává na samostatnou pozici. Má nejnižší hodnoty naděje dožití bez disability a také nejdelší naději dožití při narození se silným zdravotním omezením (7,61 let u mužů a 10,21 let u žen). Nejdelší naději dožití při narození se zdravotním omezením však měla Česká republika (9,05 let u mužů a 13,03 let u žen). Celková hodnota naděje dožití mužů a žen při narození v Maďarsku a v České republice patří v rámci sledované pětice zemí k nejnižším. Proto je zřejmé, že delší naděje dožití se zdravotním omezením a se silným zdravotním omezením nemusí nutně zvyšovat hodnotu celkové naděje dožití.

### 8.2.2 Prevalence zdravotního omezení dle věku

Na základě rozdělení prevalence zdravotního omezení každodenních aktivit dle věku zjišťujeme, že prevalence zdravotního stavu bez omezení každodenních aktivit ze zdravotních důvodů se u všech pěti zemí různě snižovala s rostoucím věkem (viz příloha V). Ke strmějšímu poklesu docházelo většinou až ve vyšším věku a dříve u žen než u mužů. Mírnější průběh klesající prevalence bez disability, avšak již od mladšího věku byl patrný v Maďarsku. Podíl osob vykazujících nějaké zdravotní omezení (prevalence se zdravotním omezením nebo se silným zdravotním omezením) byl u žen ve věkové skupině 50-54 let a u mužů ve věkové skupině 55-59 let vyšší než podíl osob nevykazujících žádná zdravotní omezení. Od věkové skupiny 65-69 u mužů a věkové skupiny 75-79 u žen pak byla silnější prevalence zdravotního stavu se silným omezením každodenních aktivit než prevalence pouze s omezením každodenních aktivit.

V České republice i v Rakousku docházelo ke strmějšímu poklesu prevalence bez disability zhruba od věkové skupiny 60-64 let. Zdravotní stav bez omezení každodenních aktivit však u žen v České republice převažoval až do věkové skupiny 60-64 let a v Rakousku do věkové skupiny 65-69 let. U mužů v obou zemích převažoval zdravotní stav bez disability do věkové skupiny 65-69 let. S rostoucím věkem se naopak zvyšovala prevalence zdravotního stavu s omezením nebo se silným omezením každodenních aktivit. Zatímco v České republice prevalence silného omezení každodenních aktivit nepřesáhla prevalenci omezení každodenních

aktivit ani u jednoho pohlaví, v Rakousku byla u mužů i žen od věkové skupiny 75-79 vyšší prevalence silného omezení každodenních aktivit.

**Tab. 24 – Prevalence zdravotního omezení každodenních aktivit ve věkové skupině 65-69 let, v %, 2005**

65-69 let	Bez omezení		S omezením		Se silným omezením	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
<b>ČR</b>	55,41	46,92	34,16	39,90	10,42	13,18
<b>Maďarsko</b>	43,12	36,47	27,31	34,74	29,58	28,79
<b>Nizozemsko</b>	69,56	70,07	19,18	18,47	11,26	11,46
<b>Rakousko</b>	55,00	50,60	28,97	33,43	16,03	15,97
<b>Švédsko</b>	73,82	67,43	16,30	15,37	9,88	17,21

Zdroj: Ehemu Database & Information System

Vysoký podíl osob s prevalencí bez zdravotního omezení byl patrný až do vysokého věku ve Švédsku a v Nizozemsku. Nejdéle převažovaly osoby s prevalencí bez disability ve Švédsku, u mužů do věkové skupiny 80-84 let a u žen do 75-79 let. V Nizozemsku pak do věkové skupiny 75-79 let respektive 70-74 let. Zatímco u mužů byla prevalence silné disability u některých věkových skupin silnější než prevalence disability (u věkové skupiny 85 a více let a v Nizozemsku také u věkové skupiny 75-79 let), u žen byla vždy silnější prevalence s disability než se silnou disability.

### 8.3 Subjektivně vnímané zdraví

Subjektivní hodnocení celkového zdravotního stavu a ukazatel subjektivního zdraví je pravděpodobně nejdůležitějším ukazatelem při hodnocení zdravotního stavu obyvatelstva. Subjektivní hodnocení vlastního zdravotního stavu odráží různé okolnosti životního stylu a kvality života včetně omezení nebo potíží, které se nemusely projevit u předchozích dvou otázek zjišťujících prevalenci morbidit a disability. Subjektivní zdravotní stav byl v rámci šetření EU-SILC 2005 zjišťován otázkou týkající se celkového zdravotního stavu neboli „general health“ („Jaký je Váš celkový zdravotní stav?“ „*How is your health in general?*“) (Ehemu, 2007) s možností pěti odpovědí: 1-velmi dobrý, 2-dobrá, 3-uspokojivý, 4-špatný a 5-velmi špatný. Pro účely Ehemu (Ehemu, 2007) byly sloučeny dvě kategorie hodnotící zdravotní stav kladně (velmi dobrý a dobrý) a dvě kategorie hodnotící zdravotní stav záporně (špatný a velmi špatný), proto je subjektivní zdraví v této práci hodnoceno třemi kategoriemi. Na základě zjištěných prevalencí dle subjektivně vnímaného zdraví byly spočítány naděje dožití podle subjektivního zdravotního stavu pro muže a ženy ve věku od 16 do 85 let.

#### 8.3.1 Naděje dožití podle subjektivního zdravotního stavu

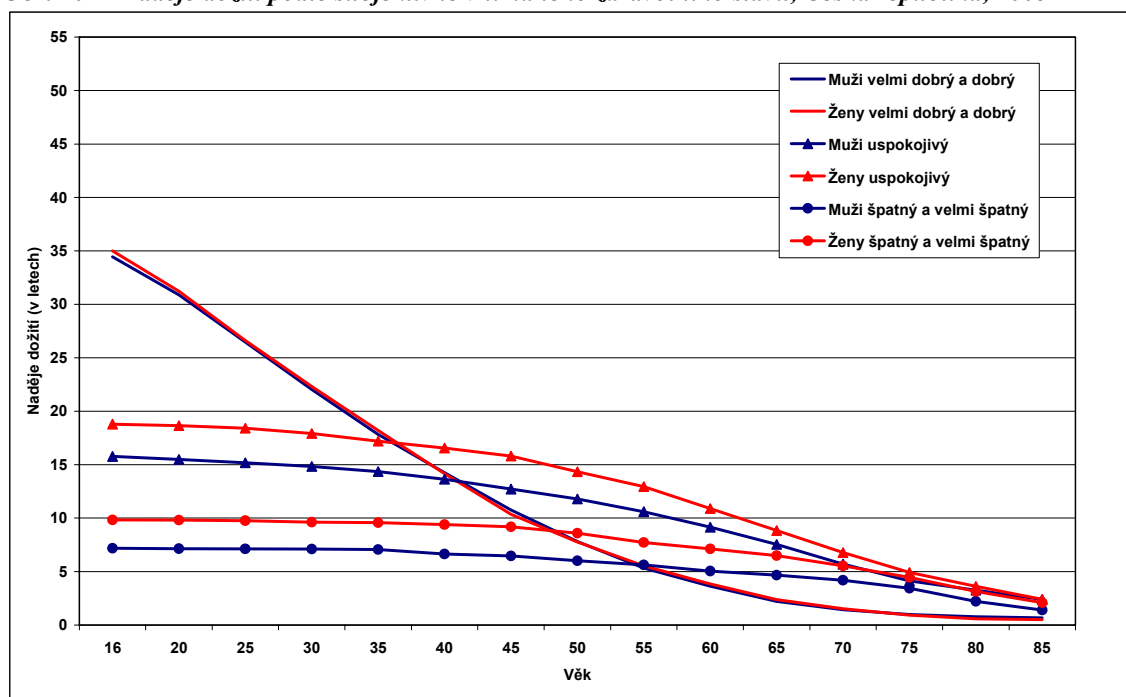
K největším rozdílům mezi jednotlivými zeměmi docházelo u hodnot naděje dožití ve velmi dobrém a dobrém zdravotním stavu dle věku. Ta byla spočítána pro věky 16 až 85 let.

V České republice byla naděje dožití ve velmi dobrém a dobrém zdravotním stavu vyšší u žen než u mužů až do věku 70 let. Od věku 75 let byla tato hodnota vyšší u mužů. Naděje dožití v uspokojivém zdravotním stavu a naděje dožití ve špatném a velmi špatném zdravotním stavu pak byla v České republice vyšší u žen než u mužů ve všech věkových kategoriích. Zajímavý pro mezinárodní srovnání je věk, kdy pro muže a pro ženy přestává být nejdéle

naděje dožití ve velmi dobrém a dobrém zdravotním stavu a mají tak před sebou teoreticky více let naděje dožití v uspokojivém nebo dokonce špatném (a velmi špatném) zdravotním stavu. V České republice dochází k této změně poměrně brzy, když ve věku 40 let u žen a ve věku 45 let u mužů jsou hodnoty naděje dožití v uspokojivém zdravotním stavu vyšší než hodnoty naděje dožití v dobrém a velmi dobrém zdravotním stavu. Ve věku 50 let u žen a ve věku 60 let u mužů je v České republice naděje dožití ve velmi dobrém a dobrém zdravotním stavu dokonce nižší než naděje dožití ve špatném a velmi špatném zdraví.

Ještě dříve však ke stejnému jevu dochází v Maďarsku. Ženy ve věku 25 let a muži ve věku 30 let mají před sebou více let naděje dožití v uspokojivém nebo špatném zdravotním stavu než ve velmi dobrém a dobrém zdravotním stavu. Pro muže je v Maďarsku dokonce hodnota naděje dožití v dobrém (a velmi dobrém) zdravotním stavu vyšší než pro ženy až do věku 80 let.

**Obr. 20 – Naděje dožití podle subjektivně vnímaného zdravotního stavu, Česká republika, 2005**



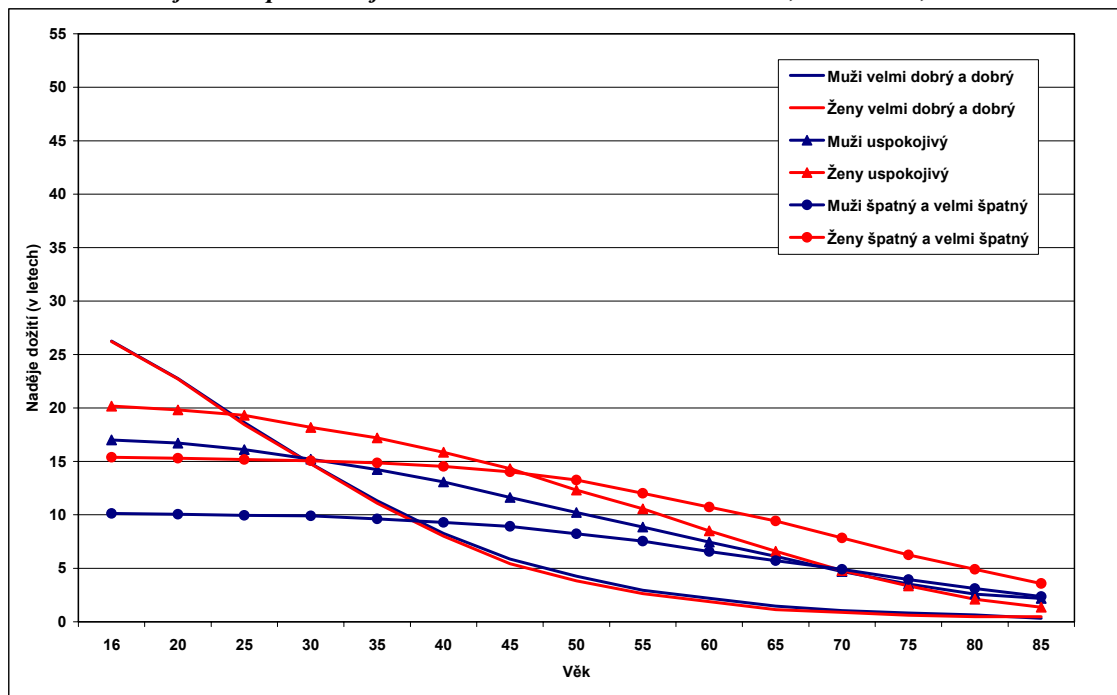
Zdroj: Ehemu Database & Information System

Naopak naděje dožití v uspokojivém zdravotním stavu je v Maďarsku vyšší u žen než u mužů až do věku 70 let a naděje dožití ve špatném zdravotním stavu je vyšší u žen ve všech věkových kategoriích. Muži měli před sebou nejvíce let naděje dožití v uspokojivém zdravotním stavu od 30 do 65 let a ženy od 25 do 45 let. Ve vyšších věkových kategoriích měla obě pohlaví před sebou nejvíce let ve špatném zdravotním stavu.

V Rakousku byla naděje dožití v dobrém a velmi dobrém zdravotním stavu žen vyšší než naděje dožití mužů ve všech věkových kategoriích. Naděje dožití v uspokojivém zdravotním stavu a naděje dožití ve špatném a velmi špatném zdravotním stavu byla u žen také vyšší než u mužů. Věk, kdy muži a ženy před sebou měli delší naději dožití v uspokojivém a nebo špatném zdravotním stavu než v dobrém a velmi dobrém zdravotním stavu, nastal u mužů ve věku 70 let a u žen ve věku 60 let. U obou pohlaví ve vyšším věku převládala naděje dožití v uspokojivém zdravotním stavu. U žen od 75 let převládala naděje dožití ve špatném a velmi špatném zdravotním stavu.

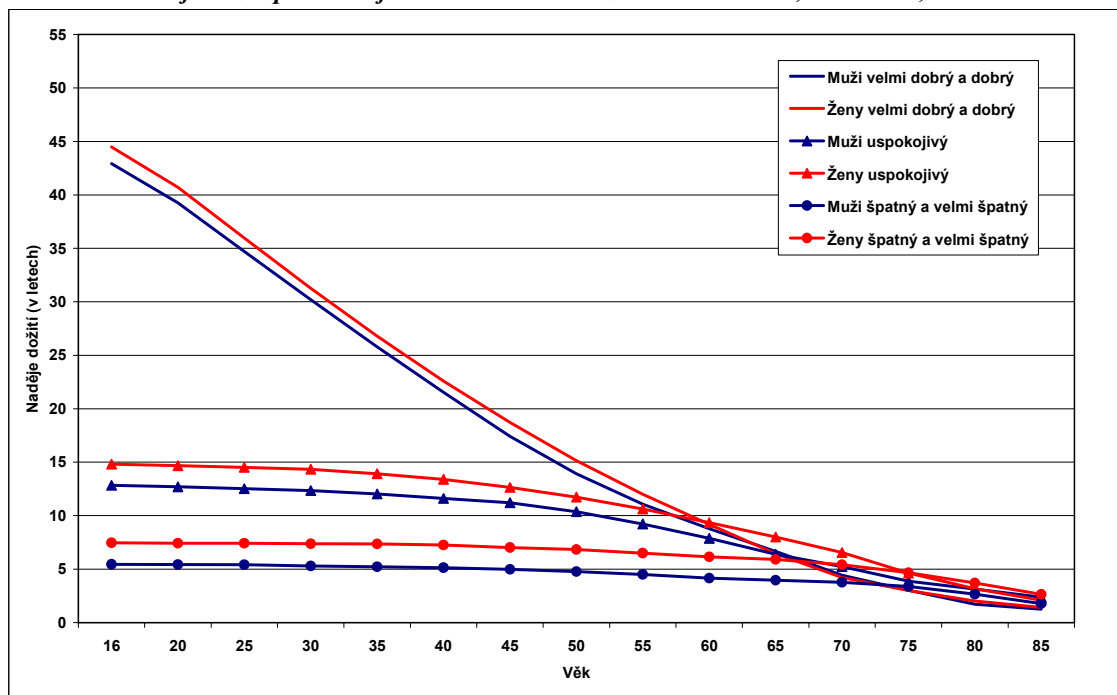


Obr. 21 – Naděje dožití podle subjektivně vnímaného zdravotního stavu, Maďarsko, 2005



Zdroj: Ehemu Database & Information System

Obr. 22 – Naděje dožití podle subjektivně vnímaného zdravotního stavu, Rakousko, 2005

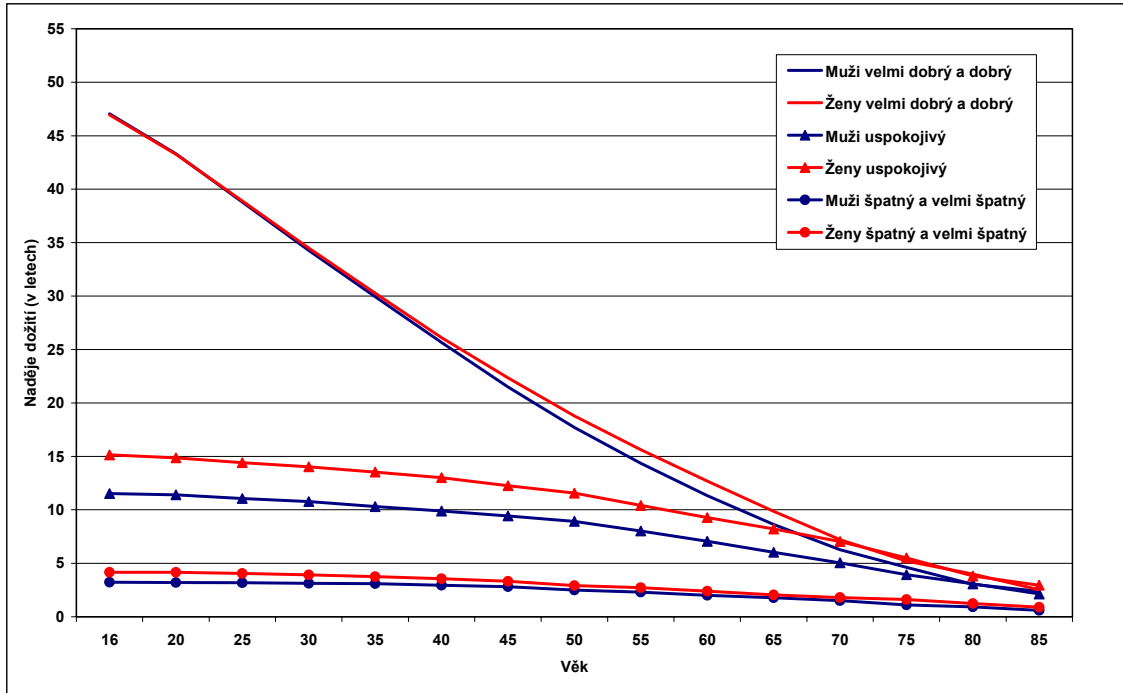


Zdroj: Ehemu Database & Information System

V Nizozemsku a ve Švédsku byla v mladším věku vyšší naděje dožití v dobrém a velmi dobrém zdravotním stavu než u žen. Ve Švédsku do 35 let a v Nizozemsku do 20 let věku. Naděje dožití v uspokojivém a ve špatném a velmi špatném zdravotním stavu byly vyšší u žen než u mužů ve všech věkových kategoriích (výjimkou je věková skupina 85 let ve Švédsku, kde byla naděje dožití mužů v uspokojivém zdravotním stavu vyšší než žen). Muži v obou zemích měli až do věku 75 let před sebou nejdelší naději dožití ve velmi dobrém a dobrém

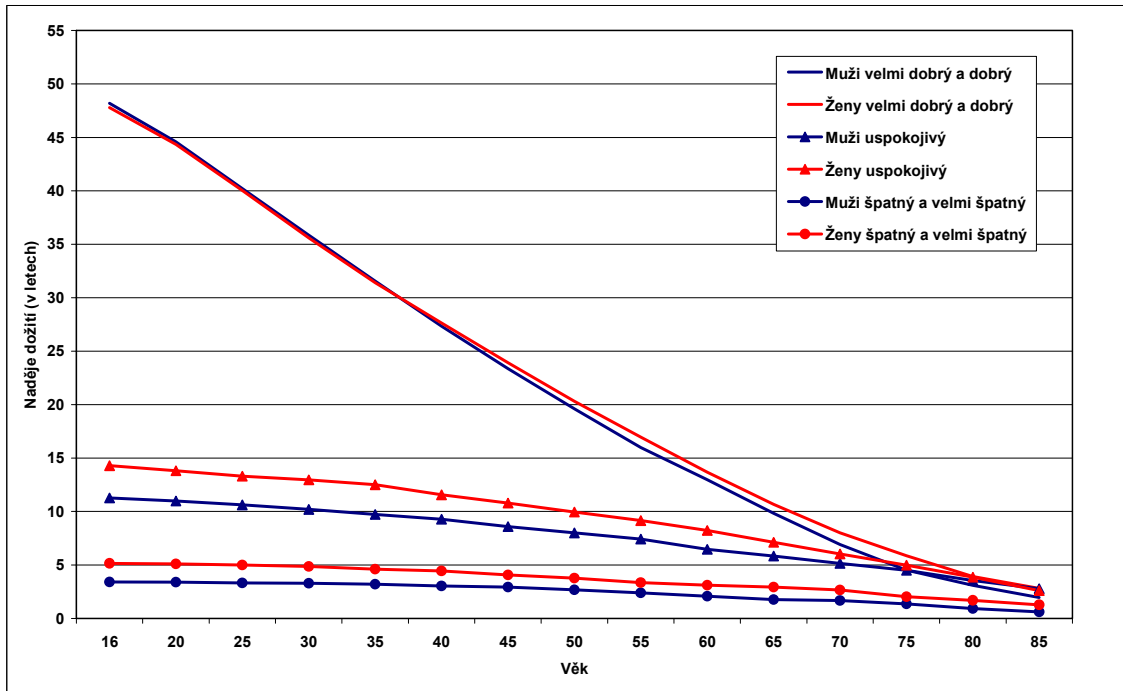
zdravotním stavu. Od 80 let věku převládala u mužů naděje dožití v uspokojivém zdravotním stavu, v Nizozemsku však ve věkové kategorii 85 let byla vyšší naděje dožití ve velmi dobrém a dobrém zdravotním stavu. Zatímco ženy ve Švédsku měly před sebou ve všech věkových kategoriích nejvíce let naděje dožití v dobrém zdravotním stavu, v Nizozemsku „pouze“ do věku 70 let, pak převažovala naděje dožití v uspokojivém zdravotním stavu.

**Obr. 23 – Naděje dožití podle subjektivně vnímaného zdravotního stavu, Nizozemsko, 2005**



Zdroj: Ehemu Database & Information System

**Obr. 24 – Naděje dožití podle subjektivně vnímaného zdravotního stavu, Švédsko, 2005**



Zdroj: Ehemu Database & Information System

Nizozemsko se Švédskem také měly v rámci vybraných pěti zemí nejvyšší hodnoty naděje dožití v dobrém a velmi dobrém zdravotním stavu pro obě pohlaví. A to jak u věkové kategorie 16 let, tak u věkové kategorie 65 let. Nejdělsí naděje dožití v uspokojivém zdravotním stavu pak mělo ve věku 16 let Maďarsko a ve věku 65 let Česká republika.

**Tab. 25 – Naděje dožití podle subjektivně vnímaného zdravotního stavu, vybrané věky, 2005**

e(16)	Dobrý a velmi dobrý		Uspokojivý		Špatný a velmi špatný	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
ČR	34,44	35,00	15,77	18,80	7,17	9,84
Maďarsko	26,25	26,21	17,02	20,17	10,13	15,39
Nizozemsko	47,06	46,94	11,53	15,15	3,23	4,15
Rakousko	42,93	44,48	12,83	14,81	5,45	7,46
Švédsko	48,19	47,79	11,27	14,28	3,41	5,15
e(65)	Dobrý a velmi dobrý		Uspokojivý		Špatný a velmi špatný	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
ČR	2,22	2,37	7,54	8,84	4,67	6,50
Maďarsko	1,47	1,14	6,11	6,60	5,72	9,43
Nizozemsko	8,63	9,87	6,02	8,21	1,79	2,05
Rakousko	6,66	6,45	6,39	8,00	3,97	5,91
Švédsko	9,84	10,67	5,83	7,12	1,77	2,94

Zdroj: Ehemu Database & Information System

Naděje dožití ve velmi špatném a špatném zdravotním stavu byla pro obě pohlaví a obě věkové kategorie nejdělsí v Maďarsku. Je tedy patrné, že na celkové délce naděje dožití se významněji podílela naděje dožití v dobrém zdravotním stavu a že delší naděje dožití v horším zdravotním stavu v České republice a v Maďarsku nepřispívá k vyšší hodnotě celkové naděje dožití.

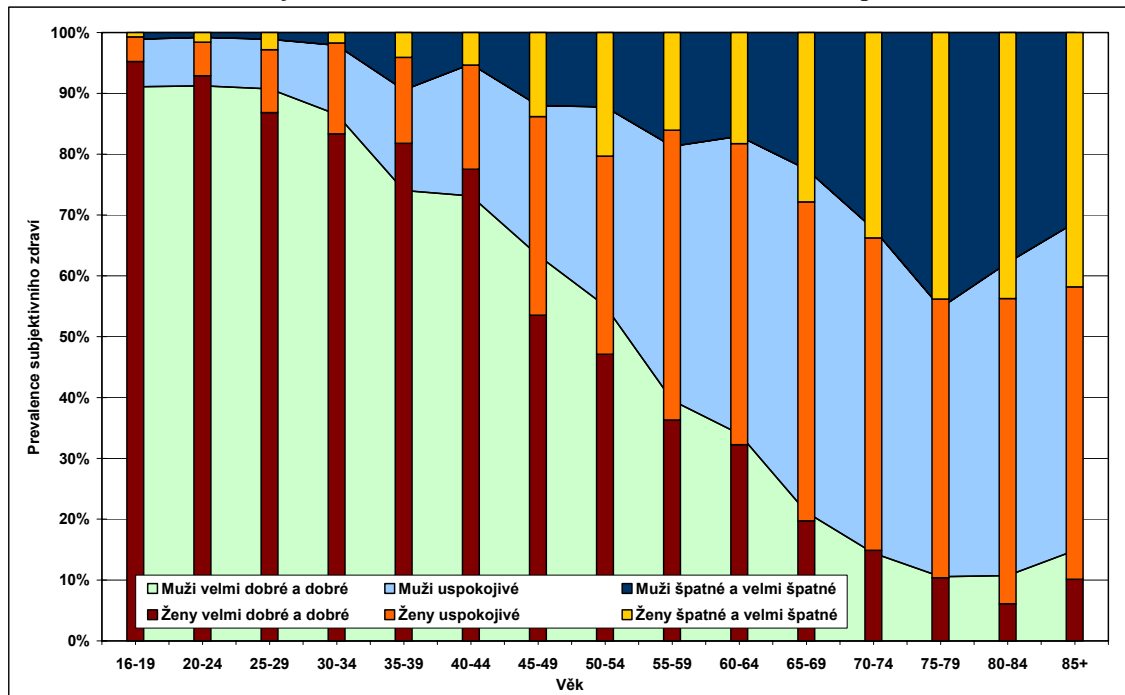
Veliký rozdíl byl mezi zeměmi ve vývoji naděje dožití subjektivně vnímaného zdraví podle věku. Zatímco Nizozemsko, Švédsko, ale i Rakousko mají vysoké naděje dožití v dobrém a velmi dobrém zdravotním stavu až do poměrně vysokého věku, v České republice a v Maďarsku jsou naděje dožití v dobrém zdravotním stavu vystřídány již v nižším věku nadějí dožití v uspokojivém zdravotním stavu. V Maďarsku od 40 let věku a v České republice od 60 let věku je pak naděje dožití v dobrém a velmi dobrém zdravotním stavu nejnižší ze všech tří kategorií naděje dožití. Vývoj naděje dožití podle subjektivního zdravotního stavu je tedy zásadně determinován věkem a tím, o kterou se jedná zemi. Je zde patrný zhoršující se gradient od západních zemí k východním.

### 8.3.2 Prevalence subjektivního zdravotního stavu dle věku

Zejména v České republice a v Maďarsku klesala prevalence dobrého a velmi dobrého subjektivního zdravotního stavu již od mladého věku. Ve větší míře v Maďarsku, kde méně než 50 % měla hodnota prevalence dobrého (a velmi dobrého) zdravotního stavu již u věkových skupin 45-49 let u obou pohlaví. V České republice byla hodnota prevalence dobrého a velmi dobrého zdravotního stavu nižší než 50 % u věkové kategorie 50-54 let u žen a 55-59 let u mužů. U věkových kategorií nad 70 let v Maďarsku a nad 75 let v České republice se hodnoty prevalence dobrého zdravotního stavu pohybovaly na hranici 10 % a méně. U mužů a žen v České republice převládala ve vyšším věku (od věkové kategorie 55-59 let) prevalence

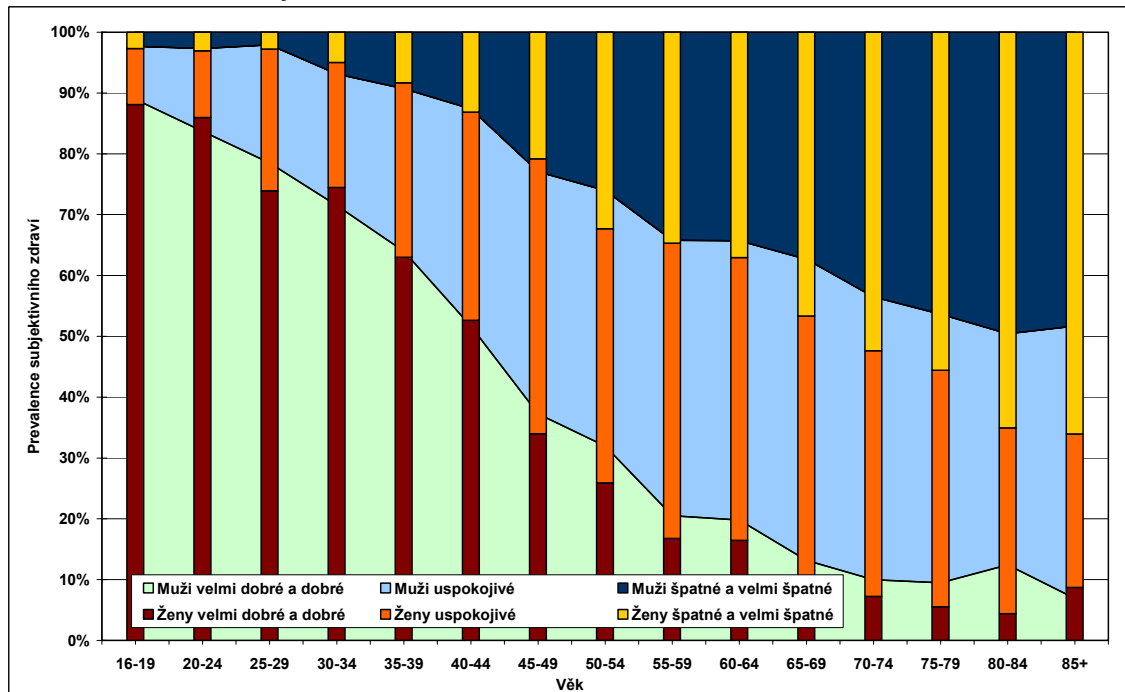
uspokojivého zdravotního stavu, zatímco v Maďarsku pak od věkové kategorie 65-69 let u žen a věkové kategorie 75-79 let u mužů převládala prevalence špatného a velmi špatného zdravotního stavu.

**Obr. 25 – Prevalence subjektivního zdravotního stavu dle věku, v %, Česká republika, 2005**



Zdroj: Ehemu Database & Information System

**Obr. 26 – Prevalence subjektivního zdravotního stavu dle věku, v %, Maďarsko, 2005**

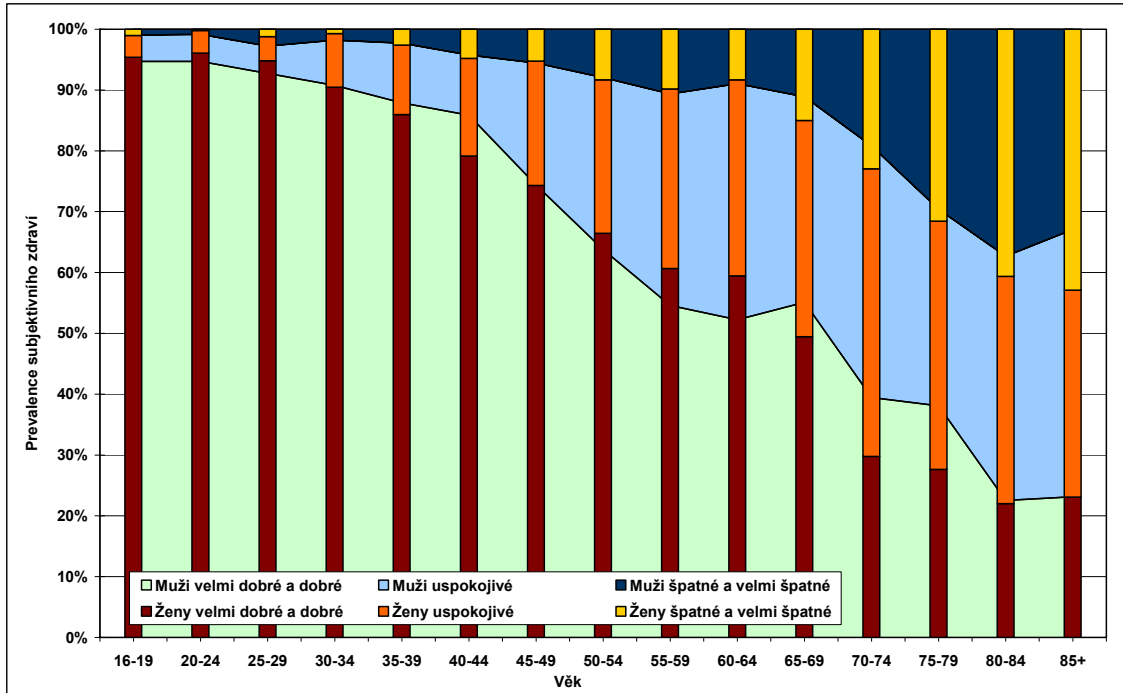


Zdroj: Ehemu Database & Information System

Mírnější průběh v závislosti na věku měl pokles prevalence dobrého a velmi dobrého zdravotního stavu v Rakousku. Prevalence dobrého zdravotního stavu zde měla hodnoty nižší než 50 % až u věkové kategorie 65-69 let u žen a 70-75 let u mužů. U věkových kategorií

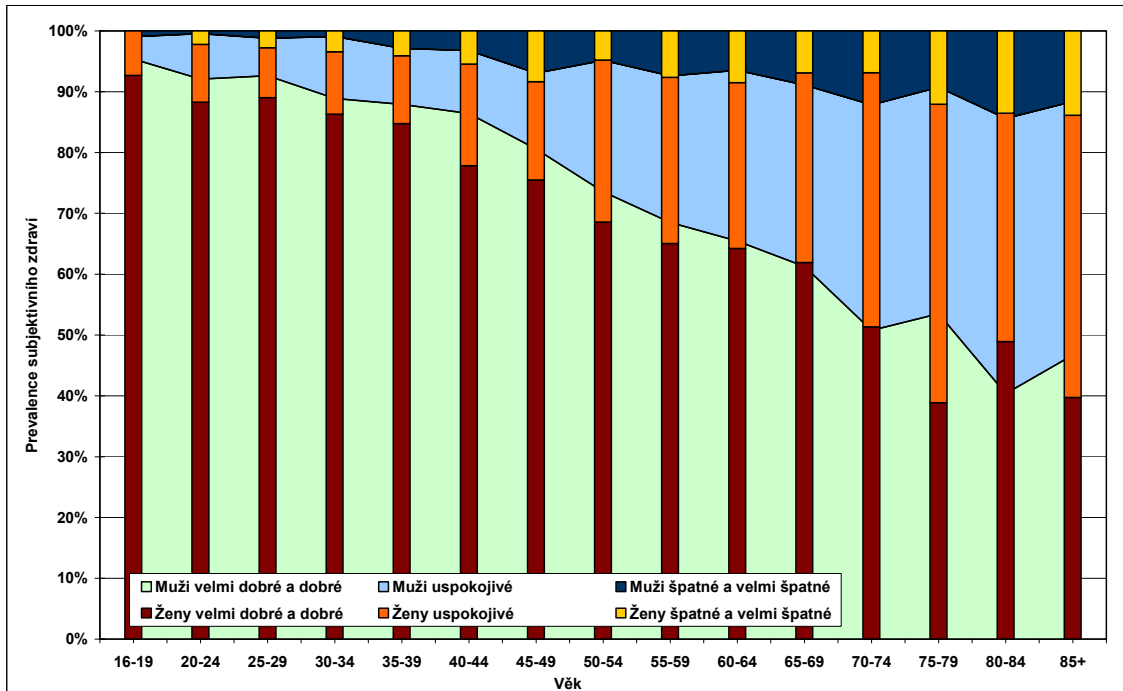
nad 80 let však měla daná prevalence stále více než 20 %. U žen pak ve vyšším věku byla nejsilnější prevalence uspokojivého zdravotního stavu, u věkových kategorií nad 80 let však byla nejsilnější prevalence špatného až velmi špatného zdraví (40 až 43 %). U mužů ve vyšším věku převažoval uspokojivý zdravotní stav a u věkové kategorie 75-79 let dokonce převažoval dobrý zdravotní stav.

**Obr. 27 – Prevalence subjektivního zdravotního stavu dle věku, v %, Rakousko, 2005**



Zdroj: Ehemu Database & Information System

**Obr. 28 – Prevalence subjektivního zdravotního stavu dle věku, v %, Nizozemsko, 2005**



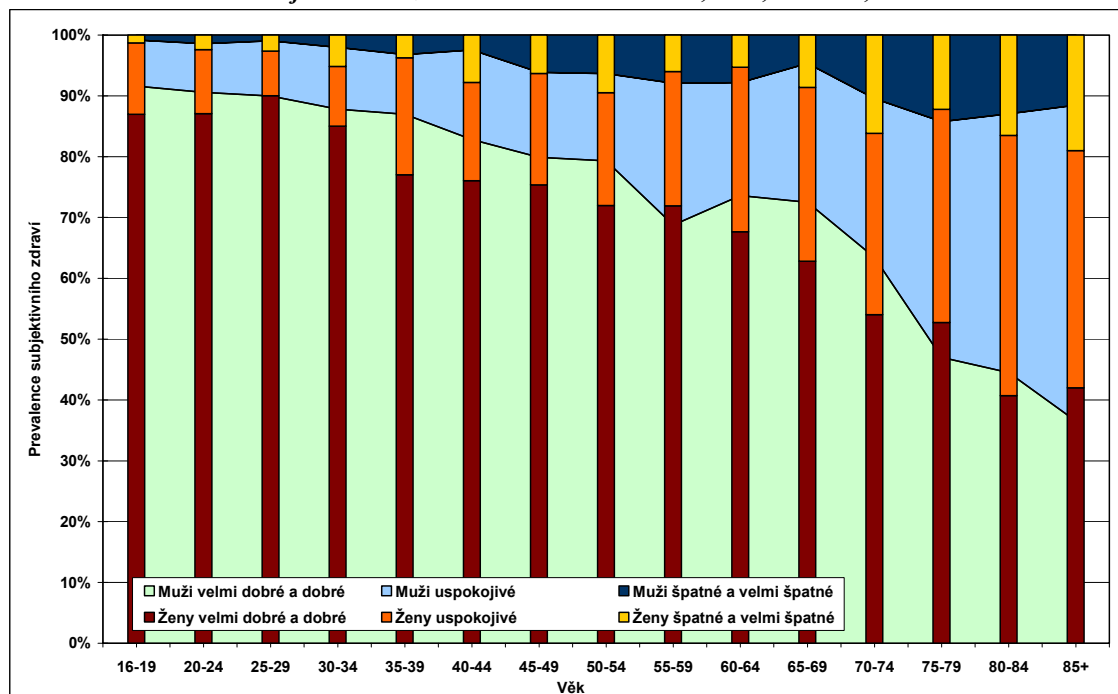
Zdroj: Ehemu Database & Information System

V Nizozemsku a ve Švédsku byla prevalence velmi dobrého a dobrého zdravotního stavu respondenty vykazována až do velmi vysokého věku. Více než polovina žen tento zdravotní stav vykazovala ještě ve věkové kategorii 70-74 let v Nizozemsku a dokonce 75-79 let ve Švédsku. Muži vykazovali z více než 50 % velmi dobrý a dobrý subjektivní zdravotní stav ještě ve věkové skupině 75-79 let v Nizozemsku a 70-74 let ve Švédsku. Ve Švédsku tedy došlo k jevu, kdy ženy vykazovaly velmi dobrý a dobrý zdravotní stav do vyššího věku než muži.

U nejstarší věkové kategorie 85 a více let v Nizozemsku byla prevalence dobrého zdravotního stavu stále nejvyšší (46,7 % u mužů a 39,8 % u žen). Ve Švédsku v této věkové kategorii byla u mužů vyšší prevalence uspokojivého zdravotního stavu (51,9 % oproti 36,5 % pro velmi dobrý a dobrý zdravotní stav), u žen byla nejvyšší prevalence velmi dobrého a dobrého zdravotního stavu (42,0 %).

Prevalence špatného a velmi špatného zdravotního stavu se většinou zvyšovala s věkem. Výjimkou je výkyv u věkové skupiny 75-79 let v České republice, která má, zejména u mužů, vyšší prevalenci špatného subjektivního zdraví oproti sousedním věkovým kategoriím (muži 45,24 % a ženy 43,78 %). Generačně se jedná o osoby narozené v druhé polovině dvacátých let minulého století a zároveň se jedná o osoby, které vstoupily do důchodového věku již na začátku 90. let minulého století. Jejich subjektivní nespokojenost se zdravotním stavem může odrážet i hlubší nespokojenost s jejich životní situací. Podobného výkyvu si můžeme všimnout u Rakouska, kde u věkové skupiny 80-84 let je oproti sousedním věkovým skupinám vyšší prevalence špatného a velmi špatného zdravotního stavu u obou pohlaví (37,3 % u mužů a 40,7 % u žen).

**Obr. 29 – Prevalence subjektivního zdravotního stavu dle věku, v %, Švédsko, 2005**



Zdroj: Ehemu Database & Information System

Nejvyšší prevalence špatného a velmi špatného subjektivního zdraví však vykazovalo Maďarsko, kde u nejstarší věkové kategorie 85 a více let označovalo své zdraví za špatné a velmi špatné až 48,31 % mužů a dokonce 66,06 % žen. Nejvyšší podíl prevalence

uspokojivého zdraví měla u nejstarší věkové kategorie Česká republika, 53,9 % u mužů a 48,0 % u žen.

**Tab. 26 – Prevalence subjektivně vnímaného zdravotního stavu ve věkové skupině 65-69 let, v %, 2005**

65-69 let	Velmi dobrý a dobrý		Uspokojivý		Špatný a velmi špatný	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
<b>ČR</b>	21,12	19,75	56,37	52,40	22,50	27,84
<b>Maďarsko</b>	13,18	7,22	49,48	46,13	37,35	46,65
<b>Nizozemsko</b>	61,25	61,90	29,84	31,18	8,91	6,92
<b>Rakousko</b>	55,08	49,44	33,82	35,54	11,10	15,02
<b>Švédsko</b>	72,49	62,81	22,84	28,56	4,66	8,63

Zdroj: Ehemu Database & Information System

## Kapitola 9

### Genderová diferenciacie vybraných zemí

Kapitoly 5 až 8 se zabývaly hodnocením vybraných okruhů demografického chování v pěti studovaných zemích. Demografické charakteristiky byly srovnávány jak z hlediska jejich diferenciacie mezi zeměmi, tak také z hlediska jejich genderové diferenciacie. Základem hodnocení genderové diferenciacie byla velikost rozdílu mezi hodnotami daného ukazatele pro ženy a pro muže. V této kapitole je záměrem nalézt podobnosti v genderové diferenciaci mezi zeměmi. Základem je srovnání míry genderové diferenciacie v oblasti socioekonomických charakteristik, věkové struktury, sňatečnosti a rodinného stavu obyvatelstva, úmrtnosti a zdravotního stavu obyvatelstva.

Pro samotné hodnocení genderové diferenciacie byly z každého okruhu demografických charakteristik vybrány dva ukazatele s ohledem na vhodnou reprezentaci a postižení dané problematiky a diferenciacie dle zemí. Celkově tedy při této analýze bylo použito 10 ukazatelů reprezentujících pěti studovaných okruhů demografického chování.

*Tab. 27 – Vybrané charakteristiky při hodnocení genderové diferenciacie*

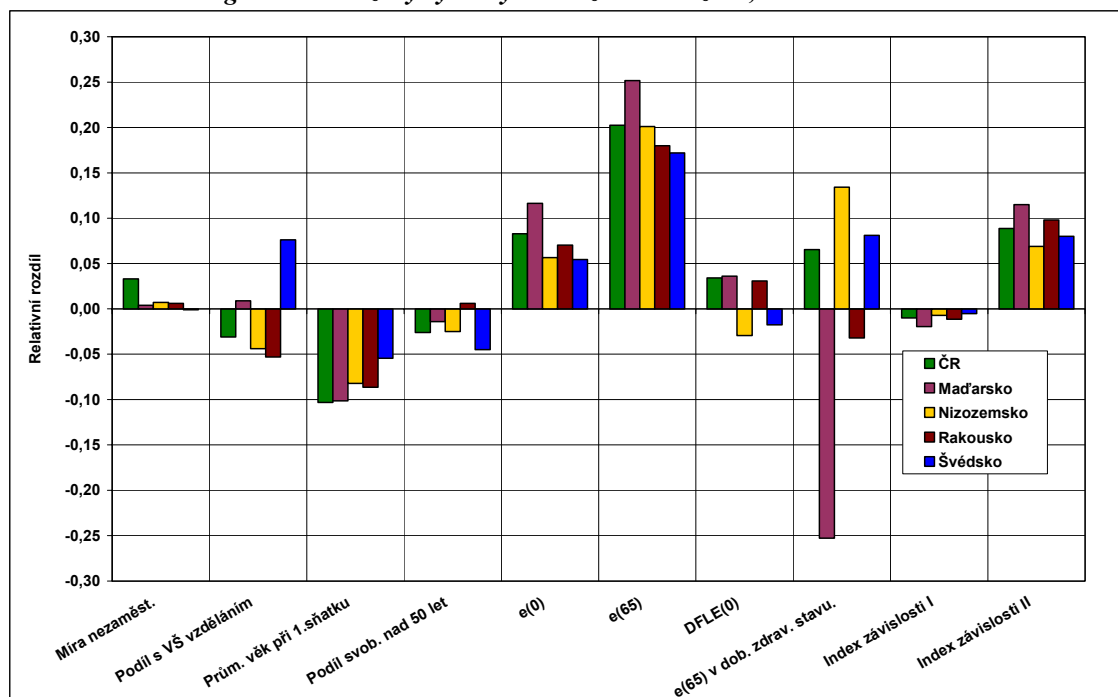
Okruh	Ukazatel	Rok	Typ
<b>Socioekonomické charakteristiky</b>	Míra nezaměstnanosti	2005	%
	Podíl osob ve věku 15-74 let v vysokoškolském vzdělání	2005	%
<b>Sňatečnost a rodinný stav obyvatelstva</b>	Průměrný věk při prvním sňatku	2003	v letech
	Podíl svobodných osob ve věkové skupině nad 50 let	2005	%
<b>Úmrtnost</b>	Střední délka života při narození	2005	v letech
	Střední délka života ve věku 65 let	2005	v letech
<b>Zdravotní stav obyvatelstva</b>	Naděje dožití při narození bez disability (DFLE)	2005	v letech
	Naděje dožití ve velmi dobrém a dobrém zdravotním stavu ve věku 65 let	2005	v letech
<b>Věková struktura</b>	Index závislosti I	2005	%
	Index závislosti II	2005	%

Pro zajištění relativní srovnatelnosti zjištěných genderových rozdílů byl místo prostého rozdílu mezi hodnotami žen a mužů použit tzv. relativní rozdíl, který tuto hodnotu vztahuje k celkové hodnotě daného ukazatele pro obě pohlaví. Avšak vzájemné srovnání jednotlivých charakteristik je třeba uvádět s určitou opatrností s ohledem na odlišný charakter vybraných ukazatelů a jiné rozmezí ve kterém se dané hodnoty pohybovaly. Vytvoření relativního rozdílu však mělo za cíl tuto odlišnost alespoň částečně eliminovat.



Ukazatele pak reprezentují různé trendy v genderové diferenciaci mezi zeměmi a některé citelně ovlivňují výslednou diferenciaci. Zaleží tedy na samotném výběru ukazatelů a citlivosti následného hodnocení. Vybrané demografické charakteristiky sice zobrazují u některých charakteristik výrazné rozdíly, avšak tím postihují hlavní rysy genderové diferenciaci mezi zeměmi.

**Obr. 30 – Relativní genderové rozdíly vybraných ukazatelů dle zemí, 2005**



Zdroj: vlastní výpočty

U socioekonomických charakteristik se viditelně ze skupiny studovaných zemí vymezovalo Švédsko, kde byl na rozdíl od ostatních studovaných zemí vyšší podíl osob s vysokoškolským vzděláním u žen než u mužů (u obyvatelstva ve věku 15 až 74 let) a genderové rozdíly u míry nezaměstnanosti byly minimální. Někteří nemusí zahrnutí kategorie ukazatelů socioekonomických charakteristik do této analýzy považovat za vhodné. Nicméně výše zmíněný jev ve Švédsku odhaluje odlišné populační a zejména genderové klima vytvářející další předpoklady pro rovnost žen a mužů. Jejich použití se tedy při snaze zahrnout co nejvíce oblastí genderové diferenciaci může být podporou další analýzy.

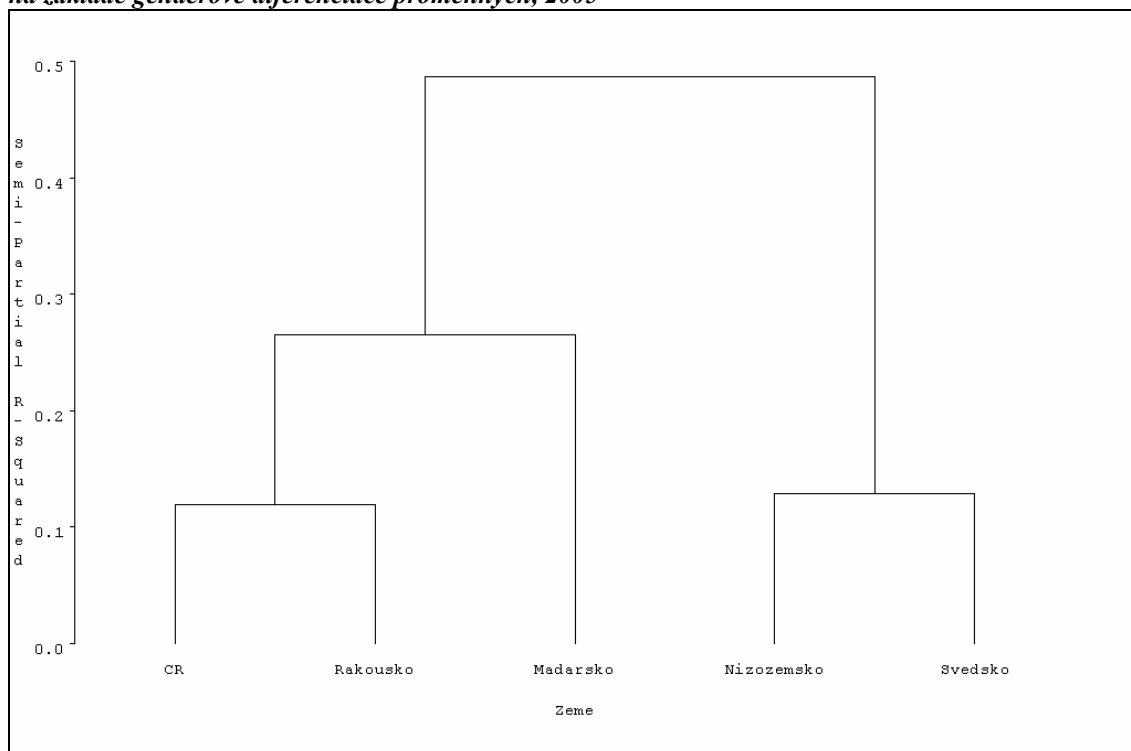
Největší genderové rozdíly byly patrné u ukazatelů týkajících se úmrtnosti a zdravotního stavu obyvatelstva. Zejména to platilo u ukazatelů hodnotících genderovou diferenciaci ve věku 65 let. Kromě rozdílů v celkové naději dožití byly významné genderové rozdíly v tomto věku zřejmé u ukazatele naděje dožití v dobrém a velmi dobrém zdravotním stavu. V tomto věku byla na rozdíl od zbylých zemí hodnota ukazatele v Maďarsku a Rakousku vyšší u mužů než u žen (v Maďarsku s relativním rozdílem až 25 %). Hodnoty relativního genderového rozdílu u tohoto ukazatele opět vytvářejí významné nerovnosti mezi zeměmi, avšak postihují rozdíly v subjektivním vnímání zdravotního stavu mezi zeměmi v závislosti na věku. Patrné jsou tedy jak rozdíly v hodnocení subjektivního zdraví u staršího obyvatelstva, tak rozdíly mezi zeměmi. Věkovou strukturu obyvatelstva pak zahrnují indexy závislosti, tedy index závislosti I hodnotící

poměr dětské složky obyvatelstva do 14 let a index závislosti II hodnotící vztah starší složky obyvatelstva nad 65 let k dospělé populaci ve věku od 15 do 64 let.

Na základě vybraných deseti charakteristik, respektive na základě podobnosti hodnot relativních genderových rozdílů u daných demografických charakteristik, jsme se pomocí shlukové analýzy pokusili nalézt podobnosti mezi jednotlivými zeměmi.

Pro shlukovou analýzu byla v tomto případě použita tzv. Wardova metoda<sup>10</sup>, (někdy také Wardova metoda minimální variance shluků) jejímž principem je minimalizace heterogenity shluků podle kritéria minimálního vnitroskupinového přírůstku čtverců odchylek objektů od těžiště shluků (Meloun, Militký, 2004).

**Obr. 31 – Dendrogram shlukové analýzy Wardovou metodou minimální variance shluků, vybrané země na základě genderové diference proměnných, 2005**



Zdroj: vlastní výpočty

**Tab. 28 – Vlastnosti shluků na základě výstupu programu SAS**

Počet shluků	Spojení shluků		Četnost	Vzdálenost	R-SQUARE
4	CR	Rakousko	2	0.1189	0.881
3	Nizozemsko	Švédsko	2	0.1289	0.752
2	CL4	Maďarsko	3	0.2649	0.487
1	CL2	CL3	5	0.4873	0.000

Zdroj: vlastní výpočty

<sup>10</sup> Wardova metoda: V každém kroku se pro všechny dvojice odchylek počítá přírůstek součtu čtverců odchylek vzniklý při jejich sloučení a pak se spojí ty shluky, kterým odpovídá minimální hodnota přírůstku. V případě že, shluk tvoří  $k$  objektů, které jsou charakterizovány  $m$  znaky, je  $k$  dispozici matice  $k \times m$  s prvky  $x_{ij}$ . Vnitroschluková

variabilita je pak dána vztahem  $VSS = \sum_j \sum_i (x_{ij} - \bar{x}_j)^2$ , kde  $\bar{x}_j = \frac{1}{k} \sum_i x_{ij}$  (Meloun, Militký, 2004).

Ze vzniklého dendogramu (viz obr. 31) můžeme usuzovat, že na základě kritéria minimální vnitroshlukové variability a nejmenší čtvercové vzdálenosti („semipartial r-square“) byl vytvořen shluk České republiky a Rakouska a následně Nizozemska se Švédskem. Míra vzdálenosti byla u obou dvojic téměř stejná. Maďarsko pak vykazovalo největší vzdálenost od obou shluků, ke dvojici Rakouska a České republiky však mělo blíže. Koeficient determinace „r-square“ vysvětlující vznik daného shluku dosahoval téměř polovičních hodnot (0,487 oproti hodnotě koeficientu 0,881 u dvojice České republiky a Rakouska). Vztah shluku spojujícího trojici zemí České republiky, Rakouska a Nizozemska a samostatného shluku dvojice Nizozemska a Švédska byl dle veliké vzdálenosti a nulového koeficientu determinace velmi slabý. Můžeme tedy uvažovat o rozdělení studované pětice zemí na dvojici západoevropských zemí s genderově nižší diferenciací a dvojici středoevropských zemí se stejně nízkou úrovní genderové diferenciaci, ke které se přidává svými hodnotami třetí středoevropská země Maďarsko.

Při interpretaci dendogramu je třeba si však uvědomit, že struktura vzniklých shluků je ovlivněna typem použité metody a míry vzdálenosti (základem míry vzdálenosti studovaných znaků je u Wardovy metody shlukování čtverec euklidovské vzdálenosti) a že výsledné shluky je tedy nutné interpretovat s tímto ohledem. Výsledky shlukové analýzy tedy nepovažovat za samonosné vysvětlení hypotézy, ale spíše jako pomocnou část procesu hledání podobností.

## Kapitola 10

### Závěr

Tato práce zkoumala genderové rozdíly demografických charakteristik v České republice ve srovnání s Maďarskem, Rakouskem, Nizozemskem a Švédskem. Studované okruhy demografických charakteristik se týkaly zejména sňatečnosti, úmrtnosti a zdravotního stavu obyvatelstva a byly rozšířeny o studium struktury populace na základě těchto demografických charakteristik.

Výzkumná otázka se zaměřovala na studium genderové diferenciaci demografických charakteristik v oblasti mezinárodního srovnání, hledání podobností mezi zeměmi a hledání souvislostí mezi jednotlivými demografickými charakteristikami a genderovou diferenciací.

Srovnání pětice vybraných zemí bylo podpořeno shlukovou analýzou na základě 10 vybraných ukazatelů reprezentujících genderovou diferenciaci mezi zeměmi. Z této analýzy pak vyplývá, že trojice střeoevropských zemí České republiky, Rakouska a Maďarska vykazuje z hlediska genderové diferenciaci na základě vybraných ukazatelů určitou míru podobnosti a výrazněji se liší od charakteru genderové diferenciaci v západoevropských zemích Švédsku a Nizozemsku. Tyto dvě země si byly v tomto směru podobné zase vzájemně.

Srovnání zemí dle úrovně jednotlivých demografických ukazatelů vykazovalo jednoznačný gradient zhoršující se úrovně ukazatelů směrem na východ. Nejhorší úroveň ukazatelů tedy vykazovalo Maďarsko a nejnepříjemnější se v tomto ohledu zdálo Švédsko s Nizozemskem.

Dle očekávání si bylo Švédsko podobné s Nizozemskem. Nepotvrdilo se však rozdělení zemí s ohledem na Rakousko. To mělo svými hodnotami, zejména u ukazatelů úmrtnosti a zdravotního stavu obyvatelstva, blíže České republice než ke Švédsku nebo Nizozemsku. Respektive Česká republika se úrovní demografických charakteristik, zejména úmrtnosti přibližovala Rakousku. Zatímco Maďarsko se svými hodnotami demografických ukazatelů spíše vymezovalo ze studované pětice zemí.

Částečně se potvrdilo očekávání, že genderové rozdíly budou nejnižší ve Švédsku a v Nizozemsku. I v těchto dvou zemích se však v určitých oblastech výrazné genderové rozdíly objevily. Zejména u úmrtnosti ve vyšším věku a v oblasti zdravotního stavu obyvatelstva. Jmenovitě pak v oblasti naděje dožití bez disability a v oblasti subjektivního zdravotního stavu ve vyšším věku. Avšak charakterem diferenciaci se jednalo o opačný trend než ve zbylých zemích. Ve Švédsku se objevily také genderové rozdíly u ukazatele hodnotícího podíl osob s vysokoškolským vzděláním.

Obě východoevropské postsocialistické země však vykazovaly výraznější genderové rozdíly z hlediska úmrtnosti mužů ve vyšším věku a to zejména na civilizační onemocnění jako jsou onemocnění oběhové soustavy a novotvary. Tato oblast byla z hlediska mezinárodního srovnání nejvíce patrná a představuje zřejmě oblast, ve které se tato dvojice zemí přibližuje západním zemím pomaleji.

Ukazatele úmrtnosti a ukazatele hodnotící zdravotní stav obyvatelstva také nejvíce přispívaly k genderové diferenciaci v rámci zemí. Zejména se jednalo o ukazatele ve vyšším věku, kde (nejčastěji bývají používány ukazatele ve věku 65 let) jejich hodnoty odhalovaly nejen větší genderové rozdíly, ale tím také možné rezervy pro snižování rozdílů mezi demografickými charakteristikami mužů a žen. Otázkou zůstává, zda se tento druh genderové diferenciaci obdobný u všech pěti sledovaných zemí bude v budoucnu zvětšovat nebo zmenšovat a do jaké míry jej současné demografické chování může ovlivnit.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ABRAHAMSON, P., WEHNER, C. 2006. Family and/or Work in Europe? *Journal of Comparative Family Studies*. 2006, vol. 37, no. 2, s. 153-171. ISSN 0047-2328.
- BAMBRA, C. 2006. Decommodification and the Worlds of Welfare Revisited. *Journal of European Social Policy*. 2006, vol. 16, no. 1, s. 73-80. ISSN 0958-9287.
- BARTÁKOVÁ, H. 2006. *Faktory ovlivňující chování žen po rodičovské dovolené ve vztahu k trhu práce*. [online] Brno, 2006. [cit. 2008-08-16] Rigorózní práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, katedra Sociální politiky a sociální práce. Dostupný z WWW: <[http://is.muni.cz/th/54472/fss\\_r/Rigorozni\\_prace\\_Bartakova.pdf](http://is.muni.cz/th/54472/fss_r/Rigorozni_prace_Bartakova.pdf)>.
- BOOTH, C., BENNETT, C. 2002. Gender Mainstreaming in European Union. Towards a New Conception and Practice of Equal Opportunities? *European Journal of Women's Studies*. 2002, vol. 9, no. 4, s. 430-446. ISSN 1350-5068.
- Commission Européenne, 2006. *Statistiques de population*. Edition 2006. Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 2006. ISBN 92-790-1643-1.
- ČSÚ. 2005. *Základní demografické ukazatele za ČR a vybrané členské státy EU*. [online]. Český statistický úřad, 2005 [cit. 2008-08-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.czso.cz/csu/2005edicniplan.nsf/p/4031-05>>
- DIJK, van L. 2001. Macro Changes in Public Childcare Provision, Parental Leave and Women's Employment. In LIPPE van der T., DIJK, van L. *Women's Employment in a comparative perspective*. New York: Walter de Gruyter, 2001, s. 37-58. ISBN 0202306550.
- EHEMU. 2007. The EU Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) [online]. Ehemu [cit. 2008-08-11]. Dostupný z WWW: <<http://www.ehemu.eu>>
- EHEMU. 2008: *EHEMU Technical report 2008\_1 : EHEMU Country Reports Issue 1 – January 2008* [online]. Montpellier, 2008 [cit. 2008-08-11]. Dostupný z WWW: <[http://www.ehemu.eu/pdf/CountryReports\\_Issue1/1\\_Technical\\_report\\_2008\\_1\\_Final.pdf](http://www.ehemu.eu/pdf/CountryReports_Issue1/1_Technical_report_2008_1_Final.pdf)>
- EHEMU Database & Information System. [online]. Ehemu [cit. 2008-07-15]. Dostupný z WWW: <<http://www.ehemu.eu>>
- European Commission. 2007. *Description of the Eurostat raw method for the calculation of the life expectancies at all ages* [online]. Luxembourg : Eurostat Directorate F: Social Statistics and Information Society, 2007 [cit. 2008-08-04]. Dostupný z WWW: <[http://www.ehemu.eu/database/PDF/Eurostat\\_Period\\_Life\\_Table\\_\(raw\\_method\).pdf](http://www.ehemu.eu/database/PDF/Eurostat_Period_Life_Table_(raw_method).pdf)>
- European Commission. 2008. *The life of women and men in Europe – A statistical portrait* [online]. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008 [cit. 2008-07-24]. Dostupný z WWW: <<http://ec.europa.eu/eurostat>>
- Eurostat. 2007a. *Causes of Death – SDDS Summary Methodology* [online]. Eurostat, Statistical Office of the European Communities, 2007 [cit. 2008-07-19]. Dostupný z WWW: <[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_SDDS/EN/hlth\\_cdeath\\_sm1.htm](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/EN/hlth_cdeath_sm1.htm)>

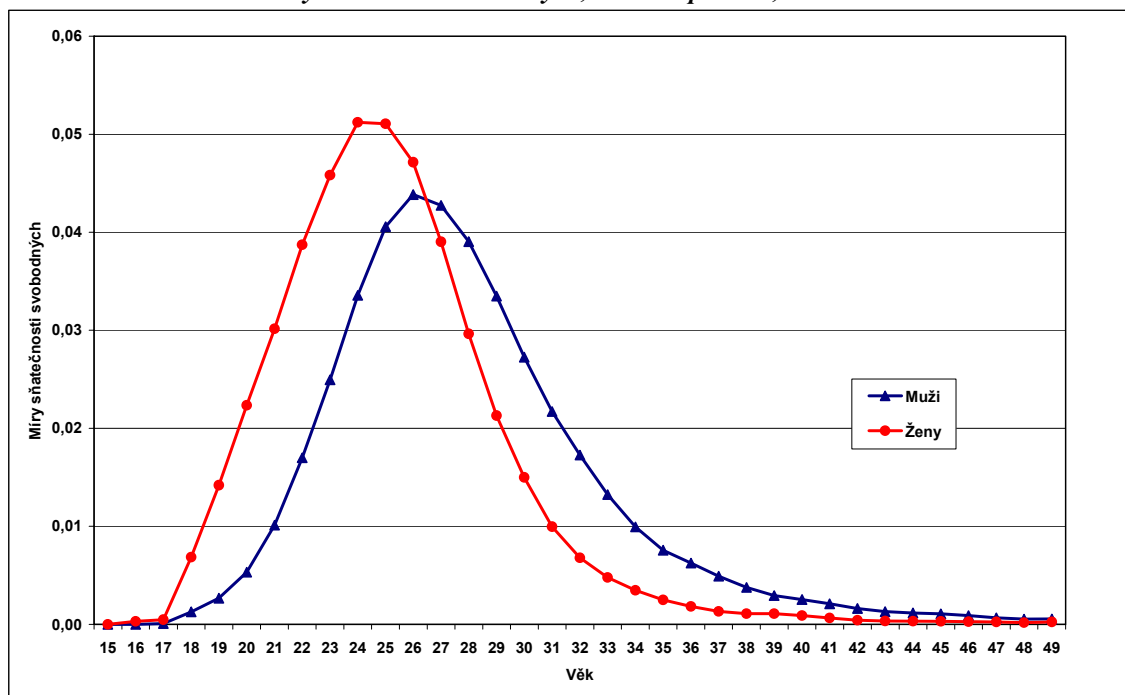
- Eurostat. 2007b. Healthy Life Years Expectancy [online]. Eurostat, Structural indicators on health - SDDS Base Page, 2007 [cit. 2008-08-07]. Dostupný z WWW: <[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_SDDS/Annexes/hlth\\_hlye\\_base\\_an1.pdf](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/Annexes/hlth_hlye_base_an1.pdf)>
- Eurostat Database. [online]. Eurostat [cit. 2008-08-02]. Dostupný z WWW: <[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?\\_pageid=1996,45323734&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&screen=welcomeref&open=/&product=EU\\_MAIN\\_TREE&depth=1](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,45323734&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=welcomeref&open=/&product=EU_MAIN_TREE&depth=1)>
- ESPING – ANDERSEN, G. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press, 1990. ISBN 0745607969.
- Euroskop.cz. *Rovnost žen a mužů* [online]. Vláda České republiky, 2008 [cit. 2008-06-24]. Dostupný z WWW: <<http://www.euroskop.cz/683/sekce/rovnost-zen-a-muzu/#obsah>>
- HAAS, B. et al. 2006. Household Employment Patterns in enlarged European Union. *Work, employment and society*. London : SAGE Publications, 2006, vol. 20, no. 4, s. 751-771. ISSN 1469-8722.
- LEITNER, A., WROBLEWSKI, A. 2006. Welfare states and work-life balance. *European Societies*. Routledge, 2006, vol. 8, no. 2, s. 295-317. ISSN 1469-8307.
- MATĚJKOVÁ, B., PALONCYOVÁ, J. 2004. *Rodinná politika ve vybraných evropských zemích II*. Praha : VÚPSV, 2004. ISBN 80-239-3204-7.
- MELOUN, M., MILITKÝ, J. 2004. Statistická analýza experimentálních dat. Praha : Academia, 2004. [Kap.] 4.9, Analýza shluků, s. 463. ISBN 80-200-1254-0.
- NIEDERLAENDER, E. 2006. Causes of Death in EU, Population and Social Conditions. *Population and Social Conditions – Statistics in Focus*. Luxembourg : Eurostat, 10/2006. ISSN 1024-4352
- NEYER, G. 2003. *Gender and Generations Dimensions in Welfare-state Policies*. Rostock : 2003. MPIDR Working Paper 2003-022. Max Planck Institute for Demographic Research.
- PASCAL, G., MANNING, N. 2000. Gender and Social Policy: Comparing Welfare States in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union. *Journal of European Social Policy*. 2000, vol. 10, no. 3, s. 240-266. ISSN 1461-7269.
- POLLARD, J. H. 1993. The expectation of Life and Its Relationship to Mortality. In BOGUE D. J., et al. 1993. *Readings in Population Research Methodology vol 2*, New York: United National Population Fund [UNFPA], 1993, s. 9-28 - 9-30. ISBN 1-884211-01-1.
- PFAU-EFFINGER, B. 2005. Welfare-state policies and the Development of Care Arrangements, *European Societies*. 2005, vol. 7, no. 2, s. 321-347. ISSN 1469-8307.
- REVES. 1995. *Global Assessment in Positive Health. Contribution of the Network on Health Expectancy and the Disability Process to The World Health Report 1995: Bridging the Gaps by World Health Organization*. [online] Montpellier : 1995 [cit. 2008-08-05]. REVES Paper n°196 (Contributed by Robine JM, Romieu I, Cambois E, van de Water HPA, Boshuizen HC, Jagger C.). Dostupný z WWW: <[http://www.ined.fr/fichier/t\\_telechargement/15534/telechargement\\_fichier\\_en\\_rp196.pdf](http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/15534/telechargement_fichier_en_rp196.pdf)>
- Rychtaříková, J. 2007. Healthy Life Expectancy in the current Czech population. *Czech Demography*, 2007, vol. 1, s. 61-74. ISSN 1802-7881.
- SILVER, H. 2003. *European National Policies to Promote the Social Inclusion of Disadvantaged Groups*. Milan (Italy), 2003. Document presented for the seminar „Good Practices in Social Inclusion: A dialogue between Europe and the Latin America and the Caribbean“ March 21 and 22, 2003, Milan Italy.
- WALBY, S. 2004. The European Union and Gender Equality: Emergent Varieties of Gender Regime. *Social Politics*. 2004, vol. 11, no. 1, s. 4-29. ISSN 1072-4745.
- WATSON, P. 2000. Politics, Policy and Identity: European Union Eastern Enlargement and East-West Differences. *Journal of European Public Policy*. 2000, vol. 7, no. 3 Special Issue, s. 369-384. ISSN 1446-4429.

- WHO. 2003. *Age standardization rates, a new WHO standard* [online]. GPE Discussion Paper Series: No.31, EIP/GPE/EBD World Health Organization, 2003 [cit. 2008-07-26]. Dostupný z WWW: <<http://www.who.int/infobase/help.aspx?helpid=293>>
- WHO. 2007. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision* [online]. World Health Organization, 2007 [cit. 2008-08-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>>
- WHO. 2008. *World Health Organisation – Standard population* [online]. World Health Organization, 2008 [cit. 2008-07-26]. Dostupný z WWW: <[www.who.int/infobase/help.aspx?helpid=293](http://www.who.int/infobase/help.aspx?helpid=293)>



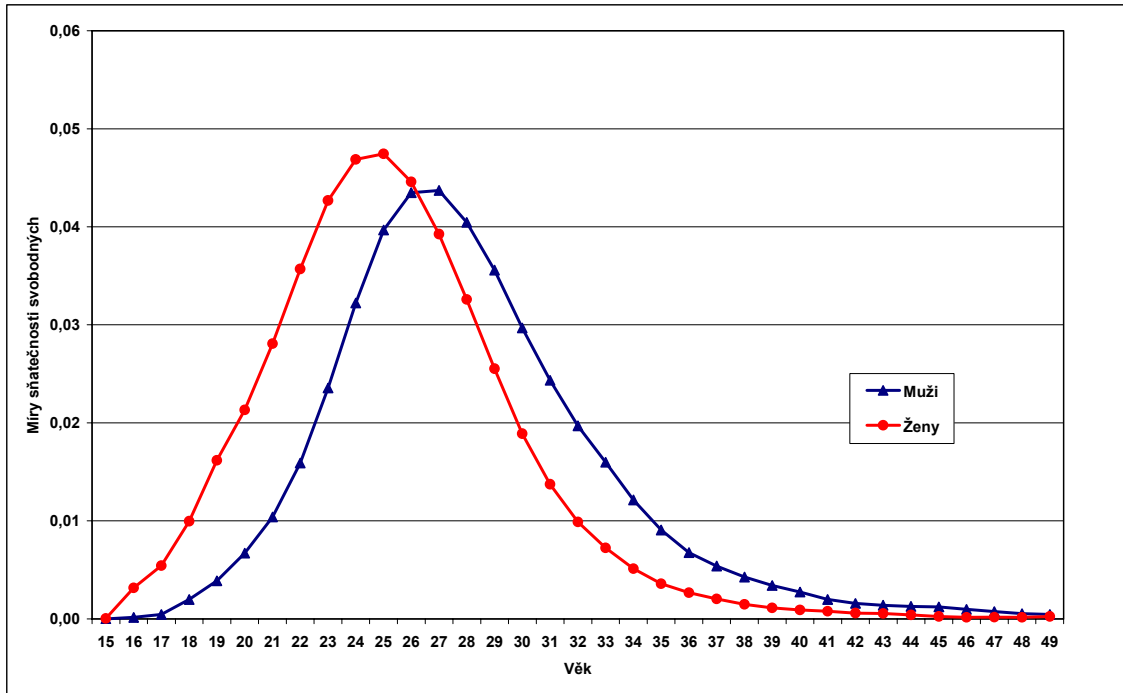
## Příloha I

Obr. I.1 – Redukované míry sňatečnosti svobodných, Česká republika, 2003



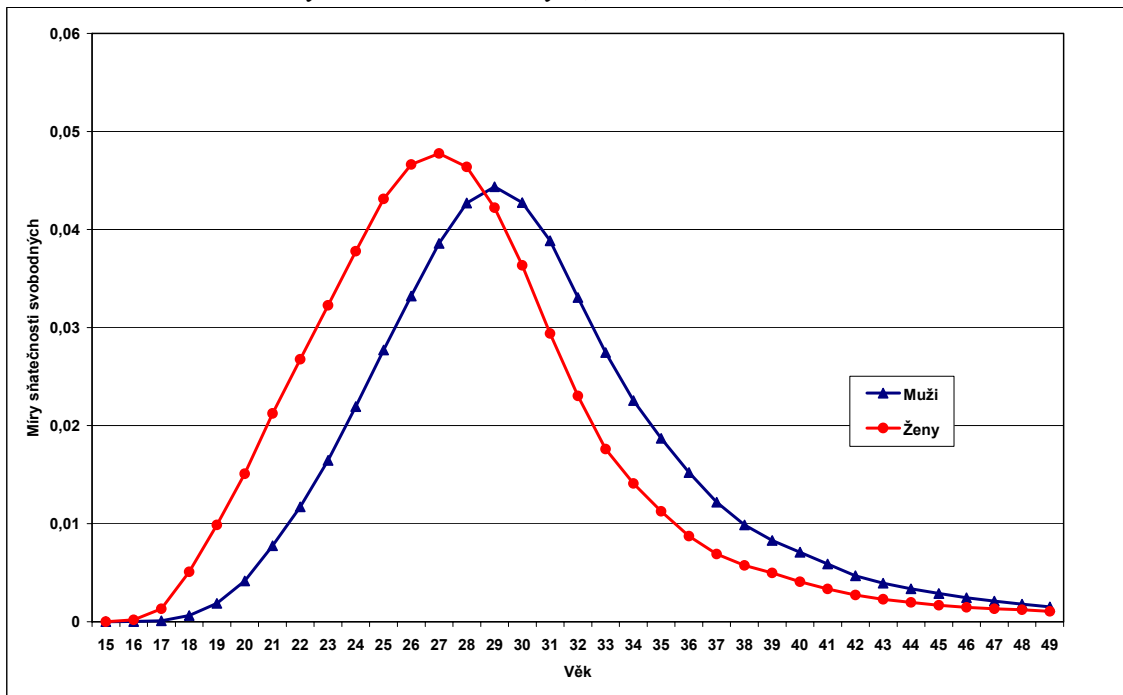
Zdroj: Eurostat Database

Obr. I.2 – Redukované míry sňatečnosti svobodných, Maďarsko, 2003



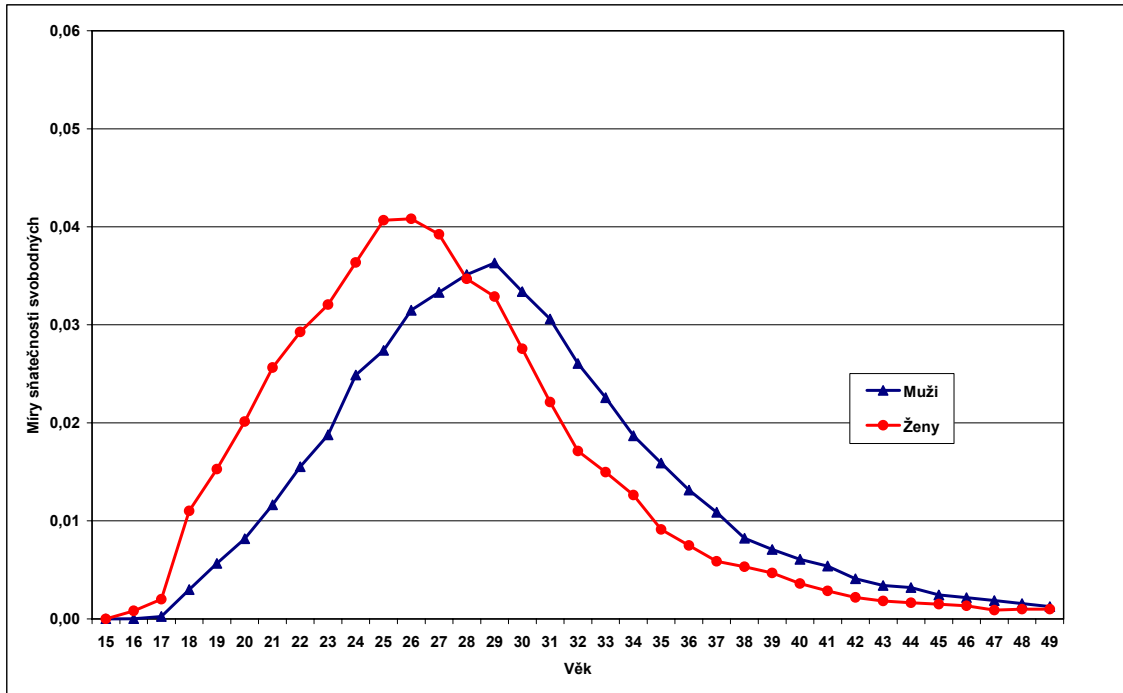
Zdroj: Eurostat Database

Obr. I.3 – Redukované míry sňatečnosti svobodných, Nizozemsko, 2003



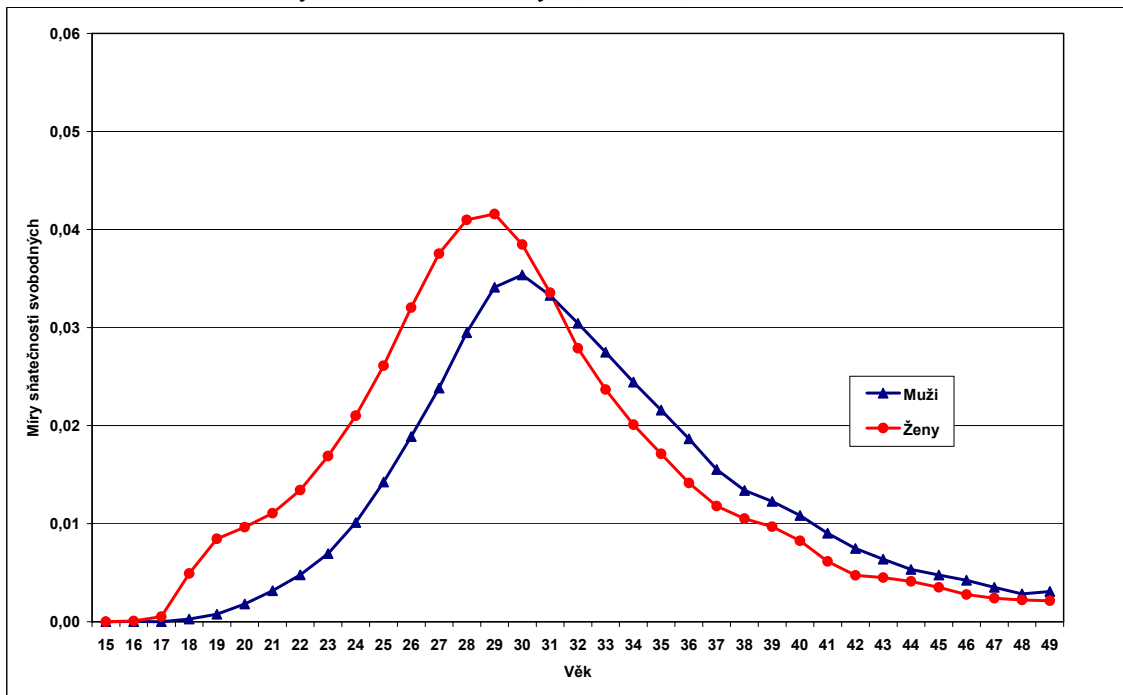
Zdroj: Eurostat Database

Obr. I.4 – Redukované míry sňatečnosti svobodných, Rakousko, 2003



Zdroj: Eurostat Database

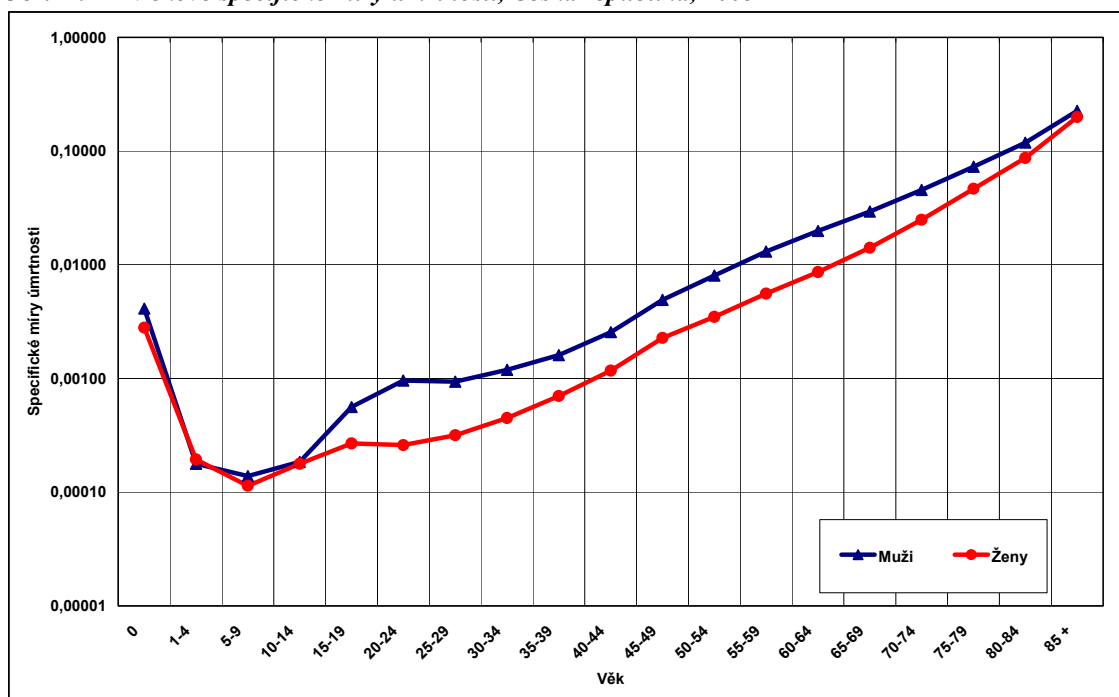
Obr. I.5 – Redukované míry sňatečnosti svobodných, Švédsko, 2003



Zdroj: Eurostat Database

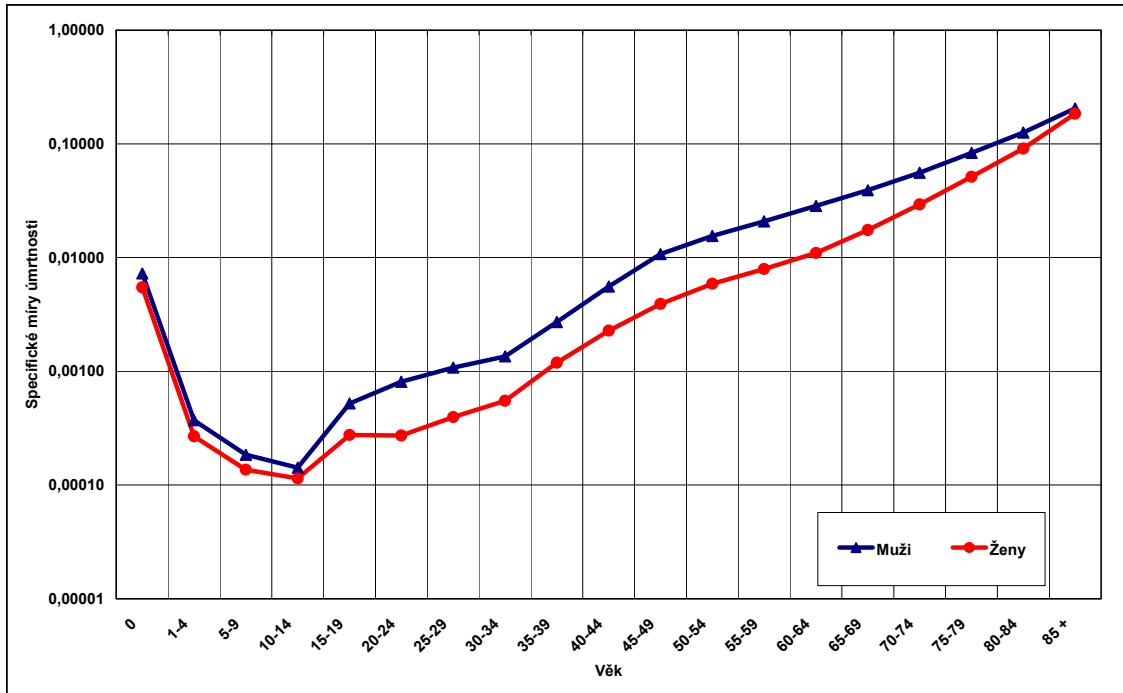
## Příloha II

Obr. II.1 – Věkově specifické míry úmrtnosti, Česká republika, 2005



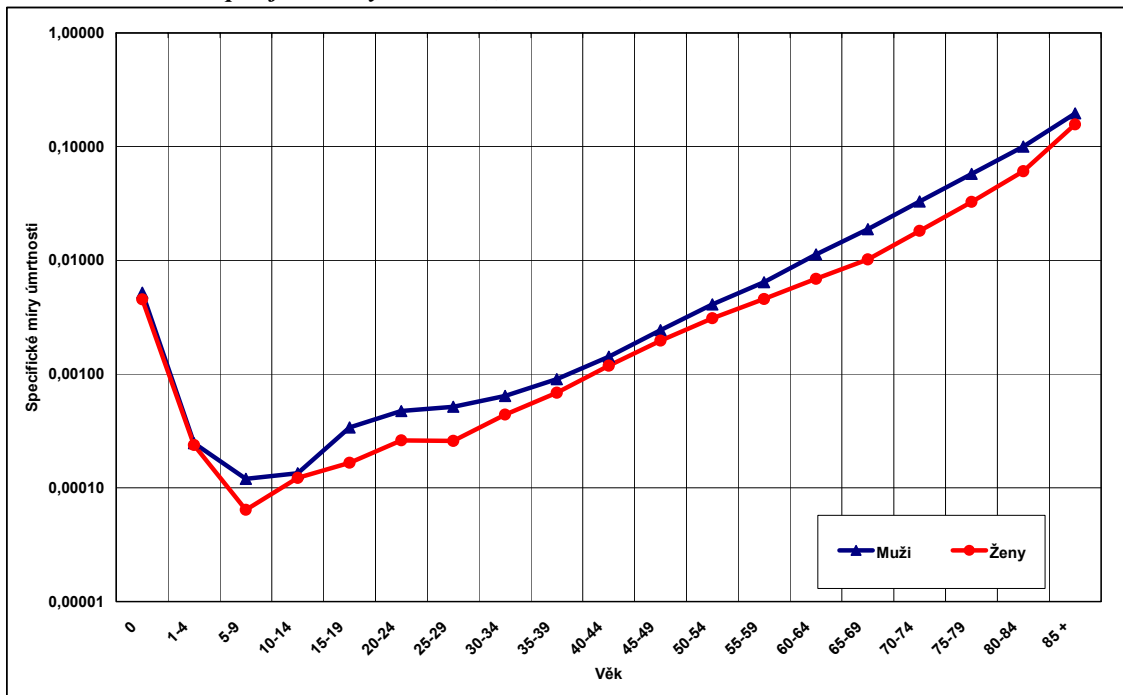
Zdroj: Ehemu Database & Information System, vlastní výpočty

Obr. II.2 – Věkově specifické míry úmrtnosti, Maďarsko, 2005



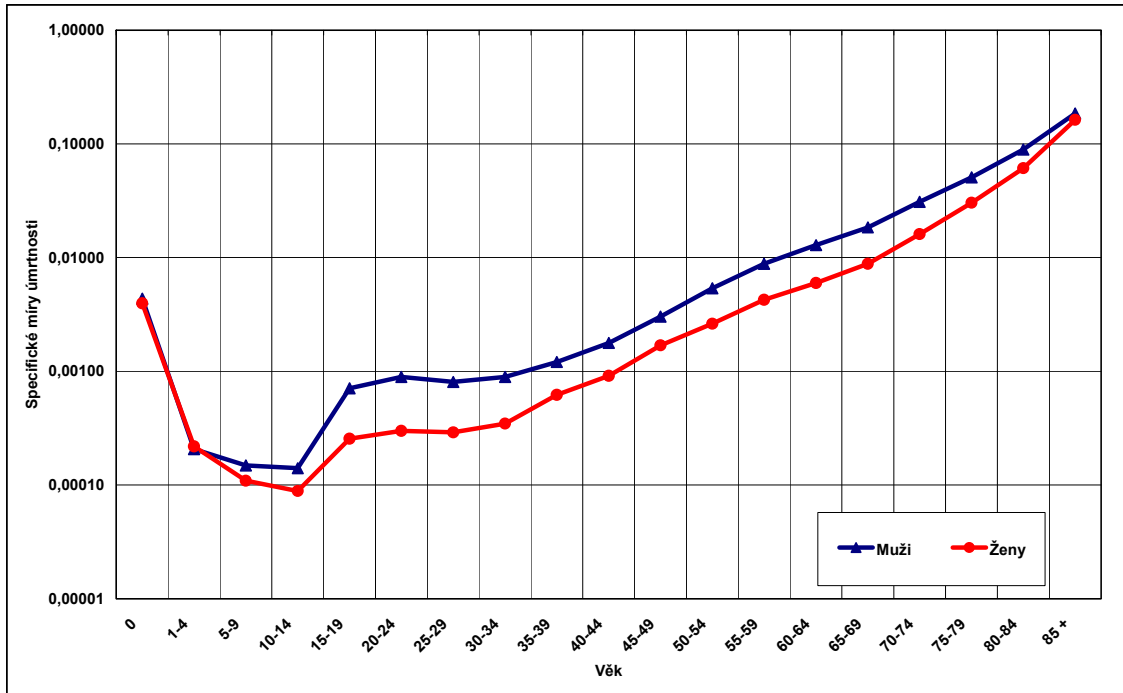
Zdroj: Ehemu Database & Information System, vlastní výpočty

Obr. II.3 – Věkově specifické míry úmrtnosti, Nizozemsko, 2005



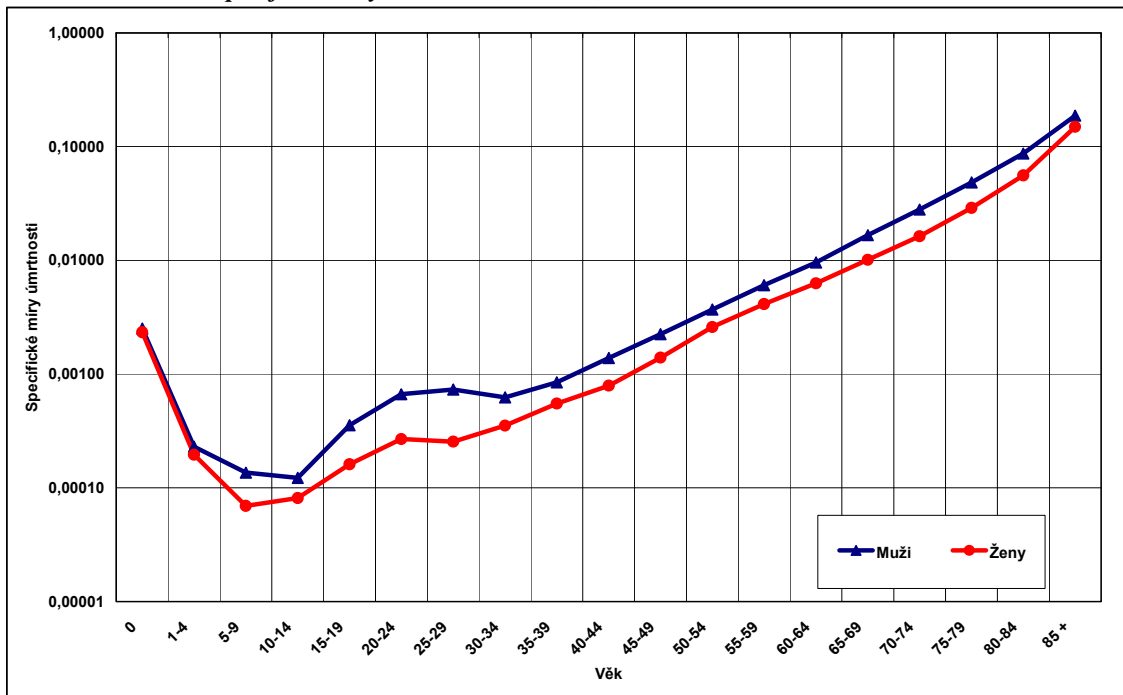
Zdroj: Ehemu Database & Information System, vlastní výpočty

Obr. II.4 – Věkově specifické míry úmrtnosti, Rakousko, 2005



Zdroj: Ehemu Database & Information System, vlastní výpočty

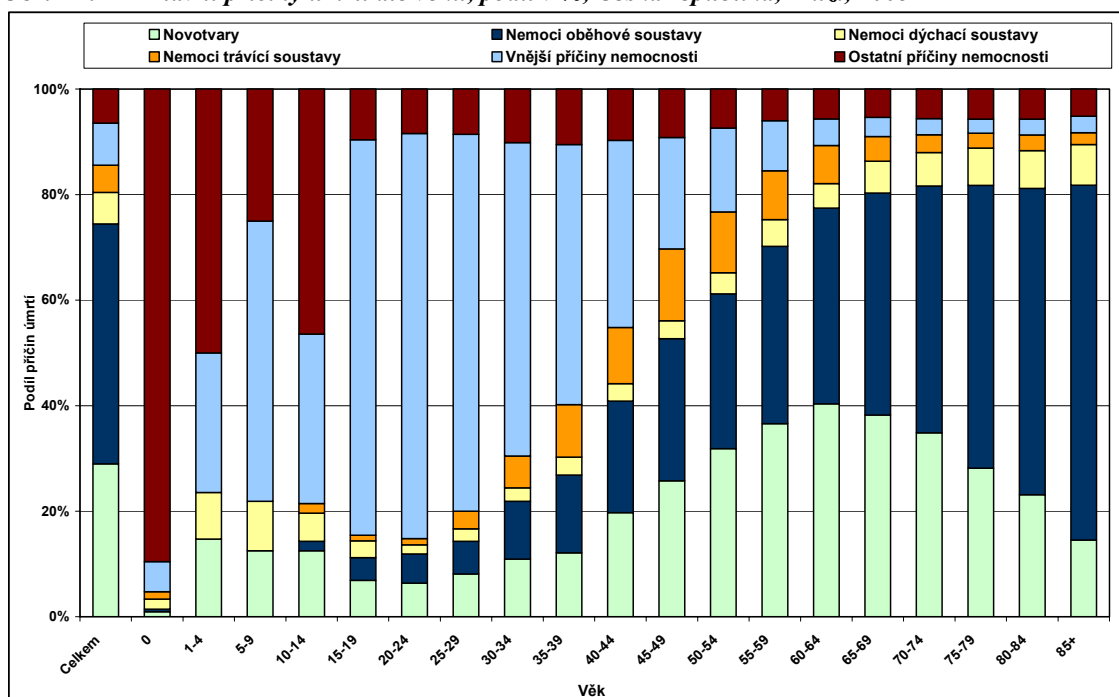
Obr. II.5 – Věkově specifické míry úmrtnosti, Švédsko, 2005



Zdroj: Ehemu Database & Information System, vlastní výpočty

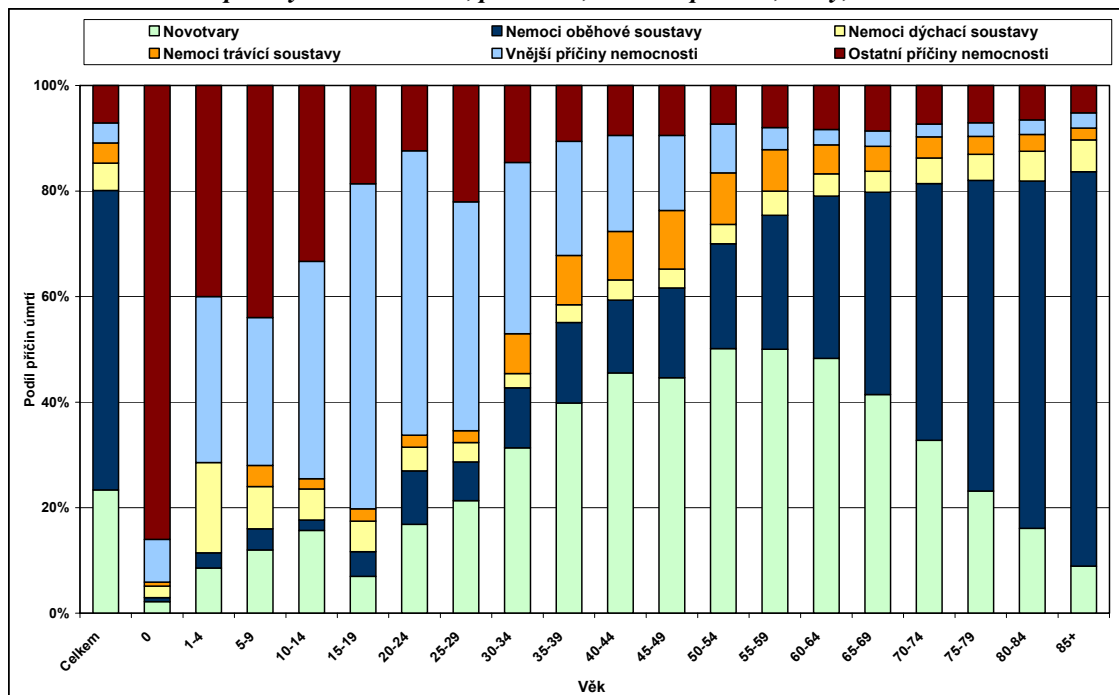
## Příloha III

Obr. III.1 – Hlavní příčiny úmrtí dle věku, podíl v %, Česká republika, Muži, 2005



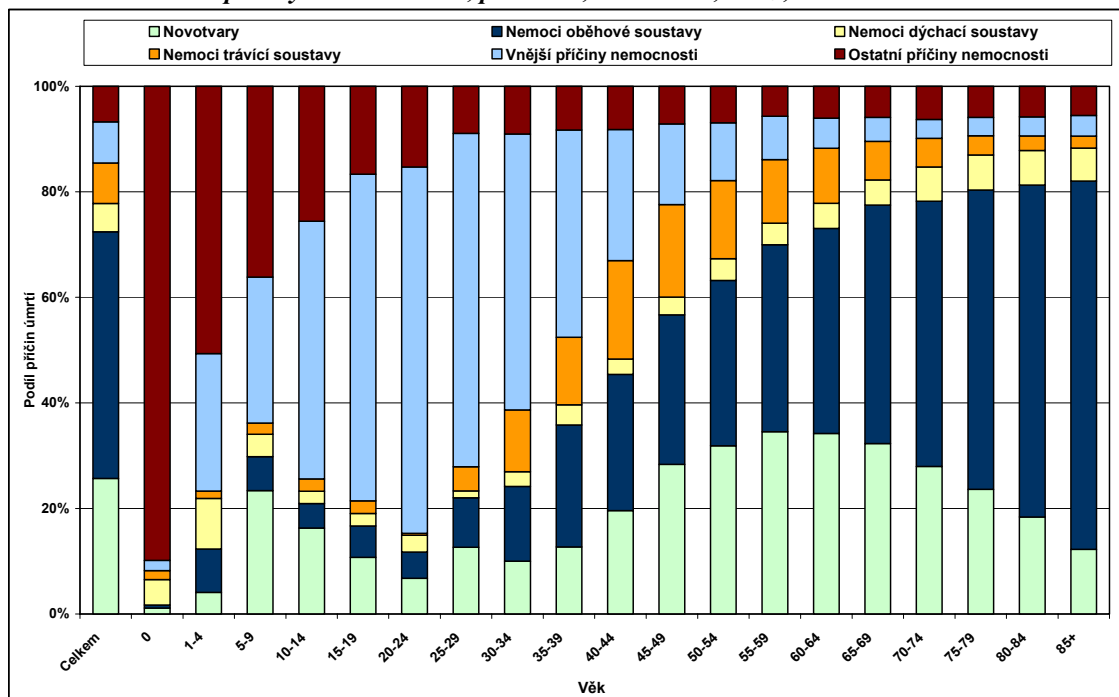
Zdroj: Eurostat, vlastní výpočty

Obr. III.2 – Hlavní příčiny úmrtí dle věku, podíl v %, Česká republika, Ženy, 2005



Zdroj: Eurostat, vlastní výpočty

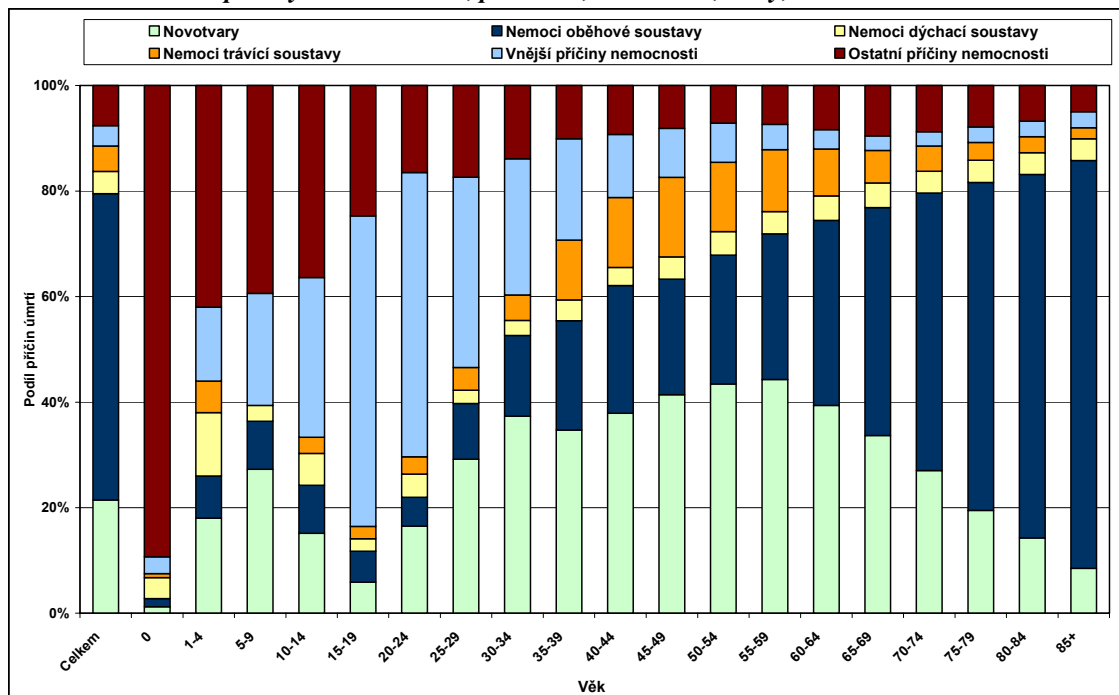
Obr. III.3 – Hlavní příčiny úmrtí dle věku, podíl v %, Maďarsko, Muži, 2005



Zdroj: Eurostat, vlastní výpočty

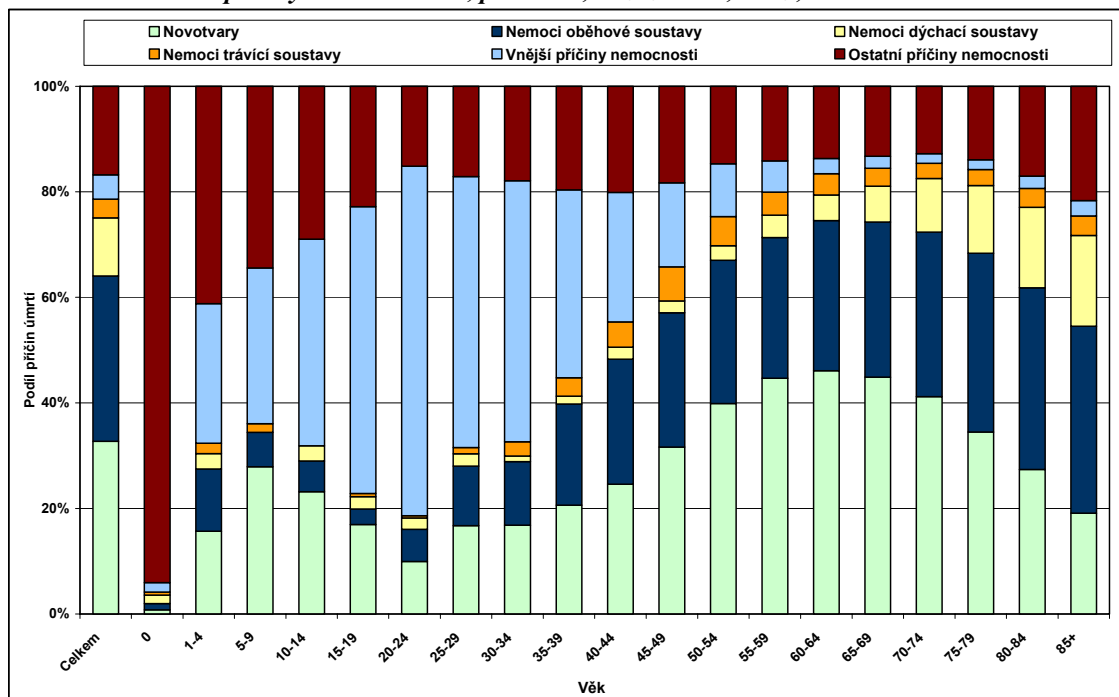


Obr. III.4 – Hlavní příčiny úmrtí dle věku, podíl v %, Maďarsko, Ženy, 2005



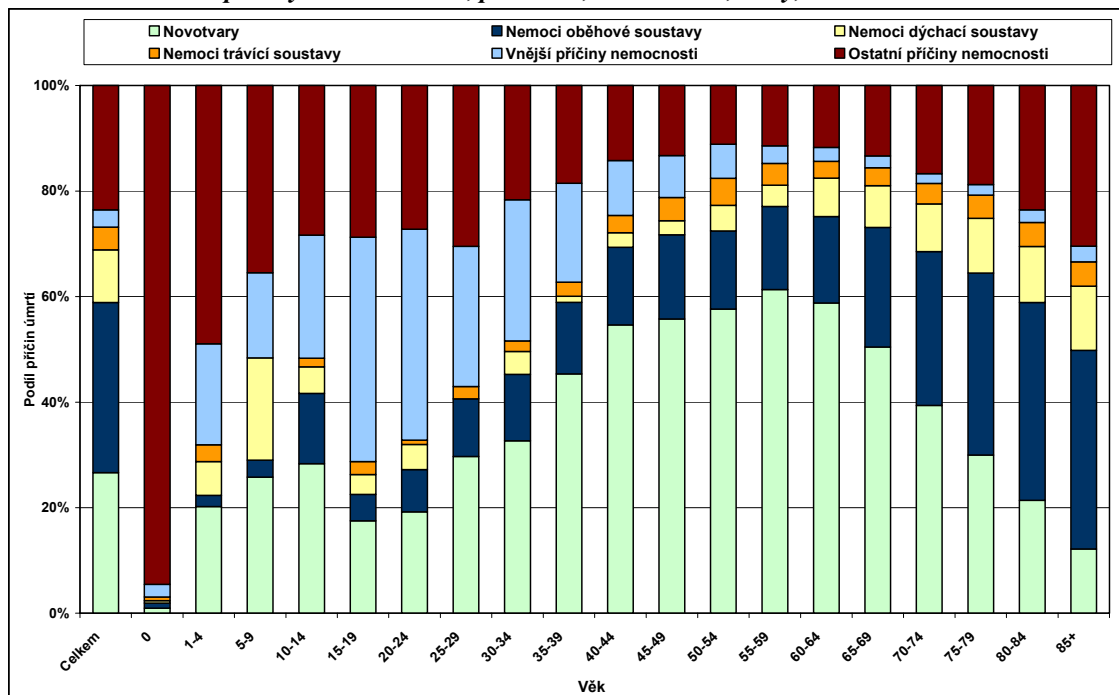
Zdroj: Eurostat, vlastní výpočty

Obr. III.5 – Hlavní příčiny úmrtí dle věku, podíl v %, Nizozemsko, Muži, 2005



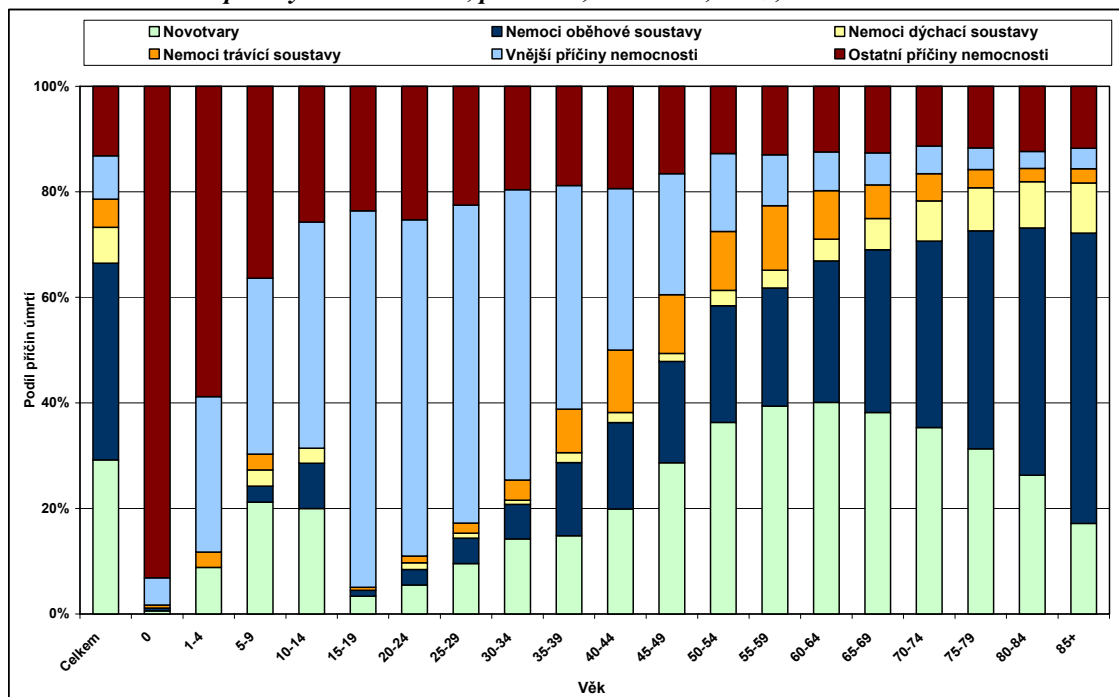
Zdroj: Eurostat, vlastní výpočty

Obr. III.6 – Hlavní příčiny úmrtí dle věku, podíl v %, Nizozemsko, Ženy, 2005



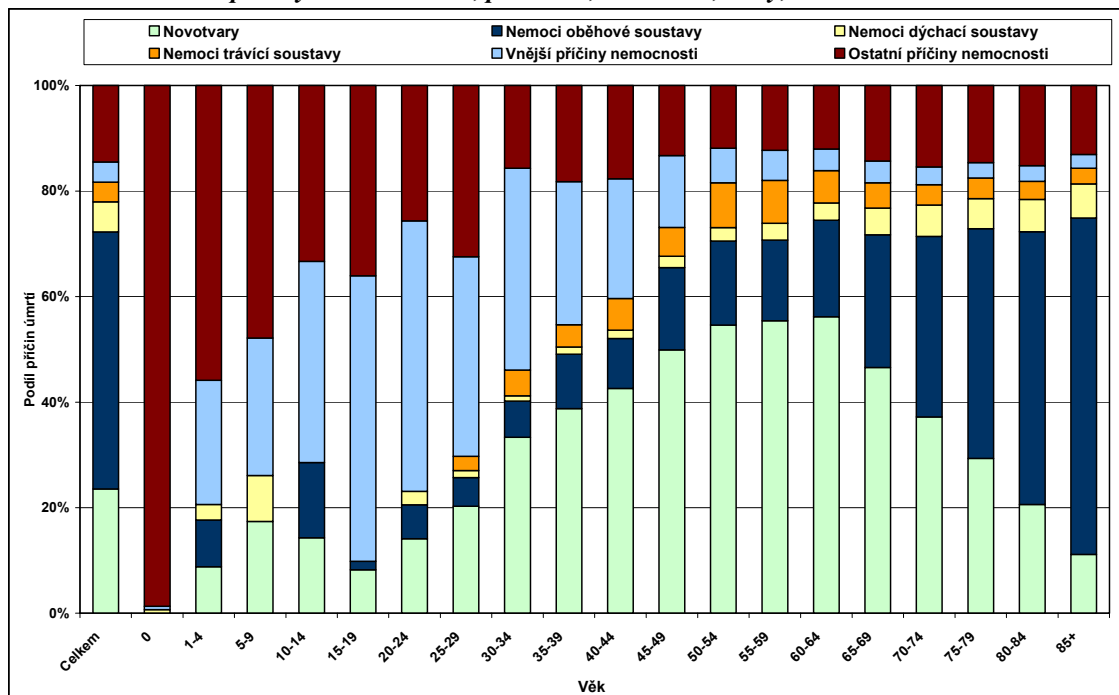
Zdroj: Eurostat, vlastní výpočty

Obr. III.7 – Hlavní příčiny úmrtí dle věku, podíl v %, Rakousko, Muži, 2005



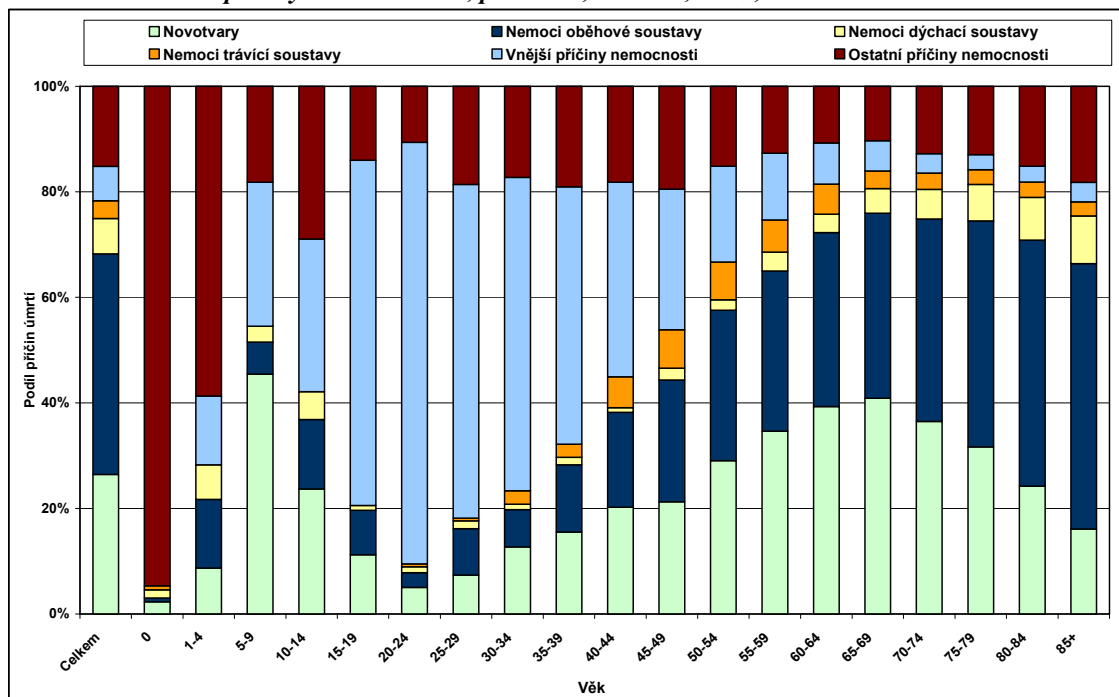
Zdroj: Eurostat, vlastní výpočty

**Obr. III.8 – Hlavní příčiny úmrtí dle věku, podíl v %, Rakousko, Ženy, 2005**



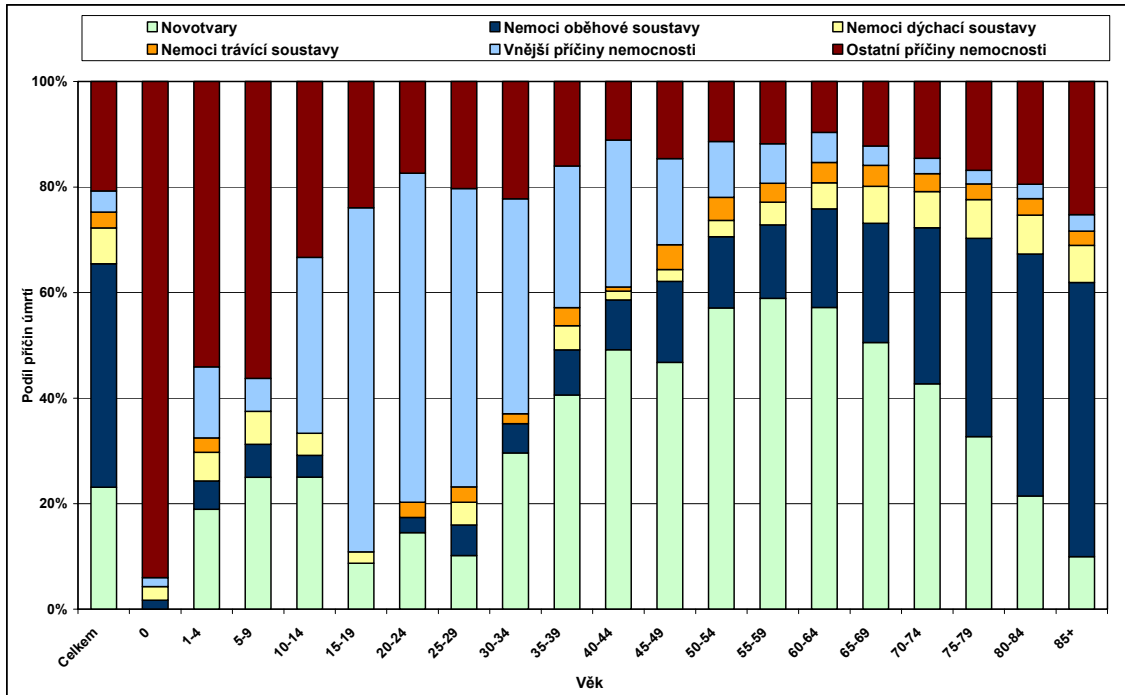
Zdroj: Eurostat, vlastní výpočty

**Obr. III.9 – Hlavní příčiny úmrtí dle věku, podíl v %, Švédsko, Muži, 2005**



Zdroj: Eurostat, vlastní výpočty

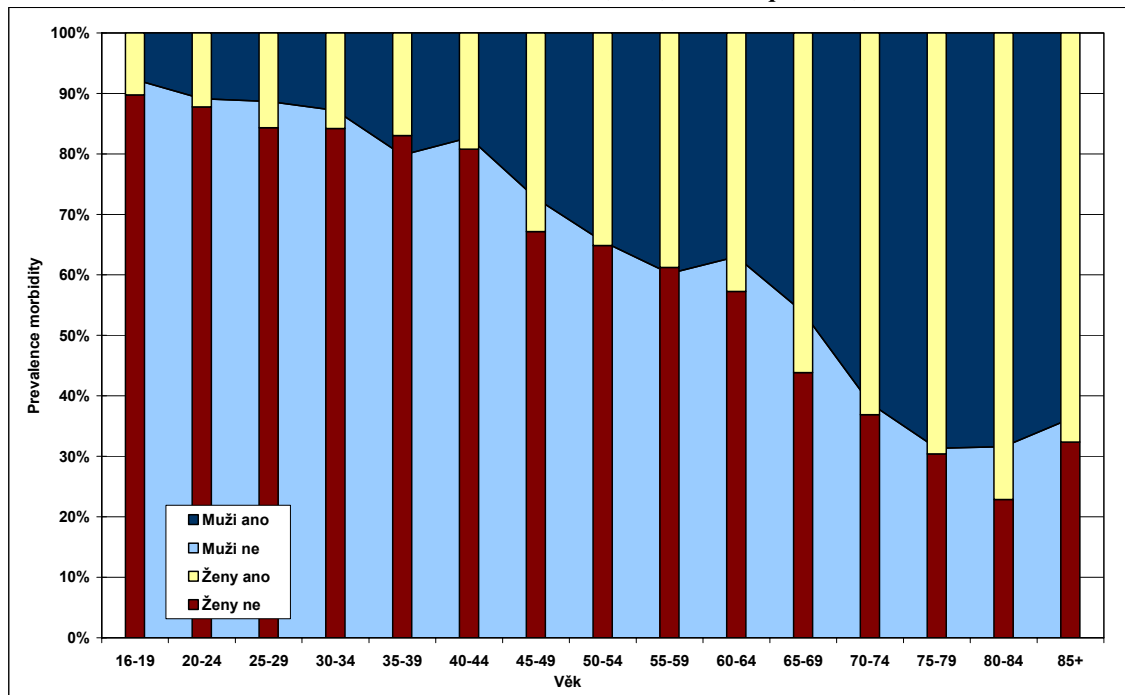
Obr. III.10 – Hlavní příčiny úmrtí dle věku, podíl v %, Švédsko, Ženy, 2005



Zdroj: Eurostat, vlastní výpočty

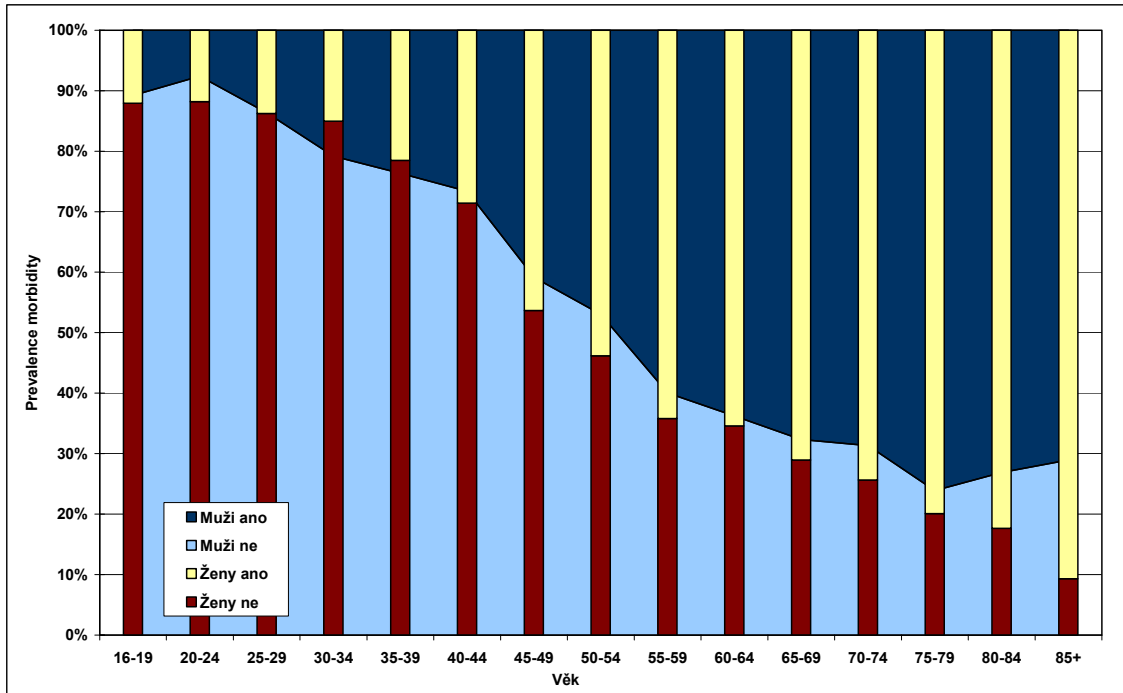
## Příloha IV

Obr. IV.1 – Prevalence chronické nemoci dle věku, v %, Česká republika, 2005



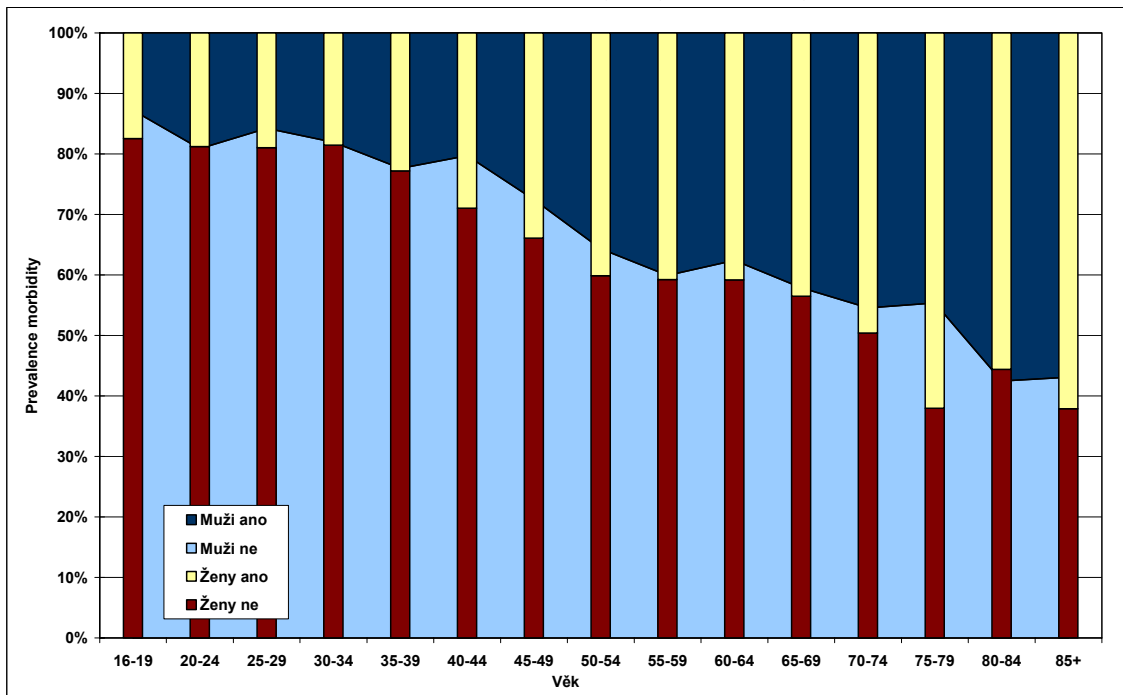
Zdroj: Ehemu Database & Information System

**Obr. IV.2 – Prevalence chronické nemocnosti dle věku, v %, Maďarsko, 2005**



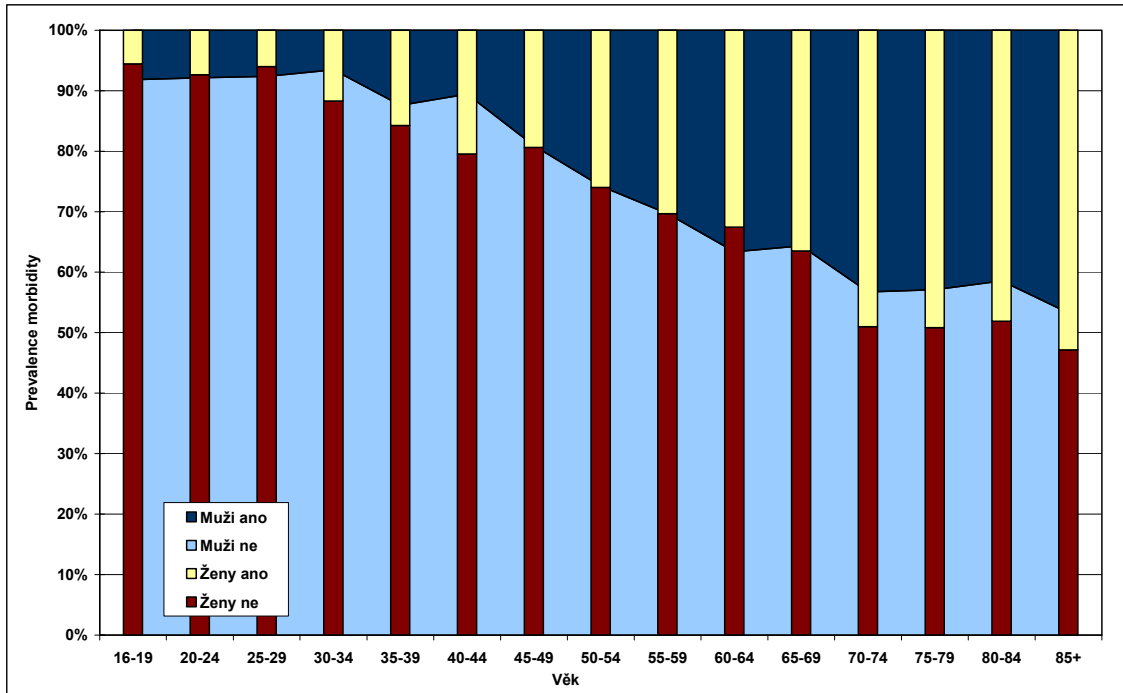
Zdroj: Ehemu Database & Information System

**Obr. IV.3 – Prevalence chronické nemocnosti dle věku, v %, Nizozemsko, 2005**



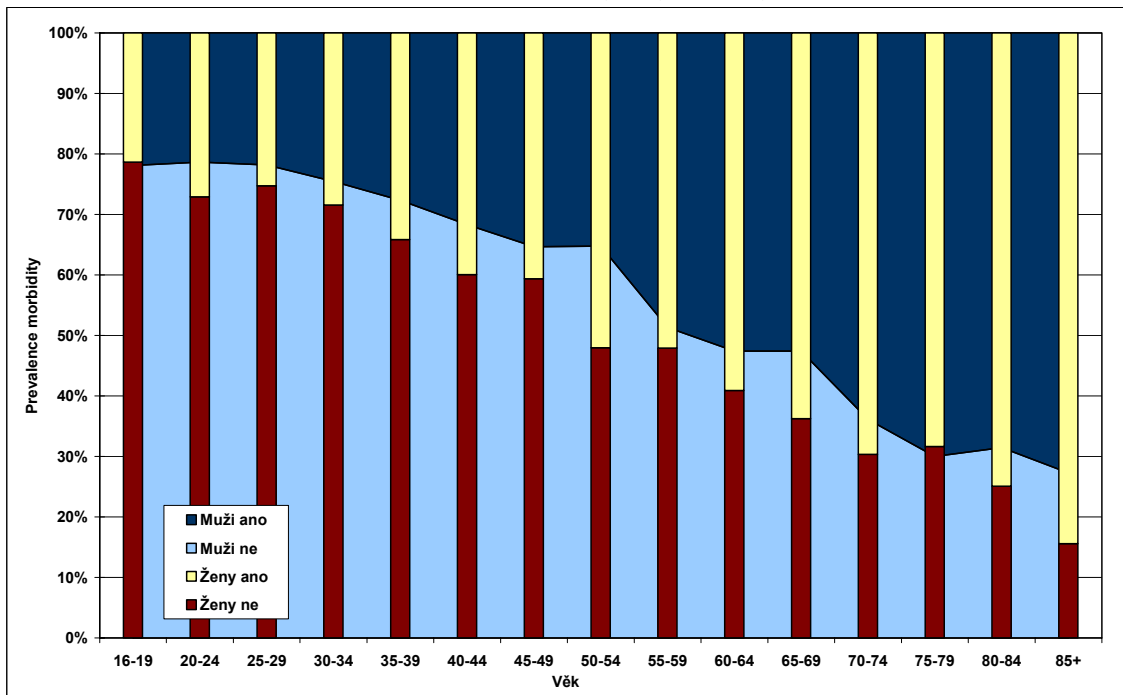
Zdroj: Ehemu Database & Information System

Obr. IV.4 – Prevalence chronické nemocnosti dle věku, v %, Rakousko, 2005



Zdroj: Ehemu Database & Information System

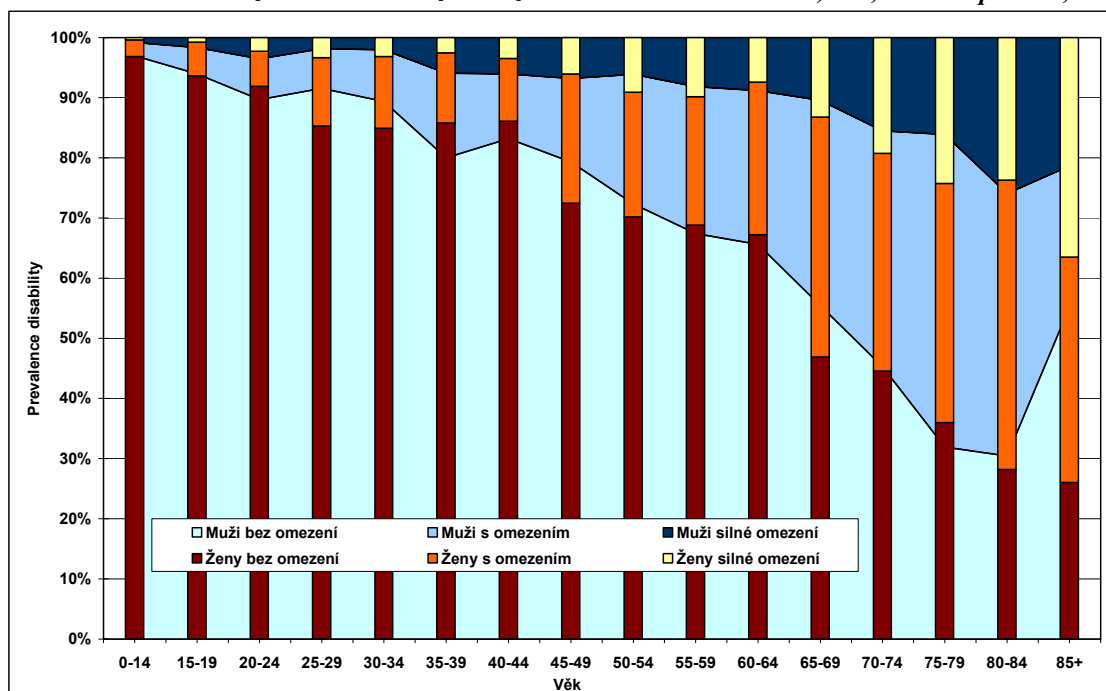
Obr. IV.5 – Prevalence chronické nemocnosti dle věku, v %, Švédsko, 2005



Zdroj: Ehemu Database & Information System

## Příloha V

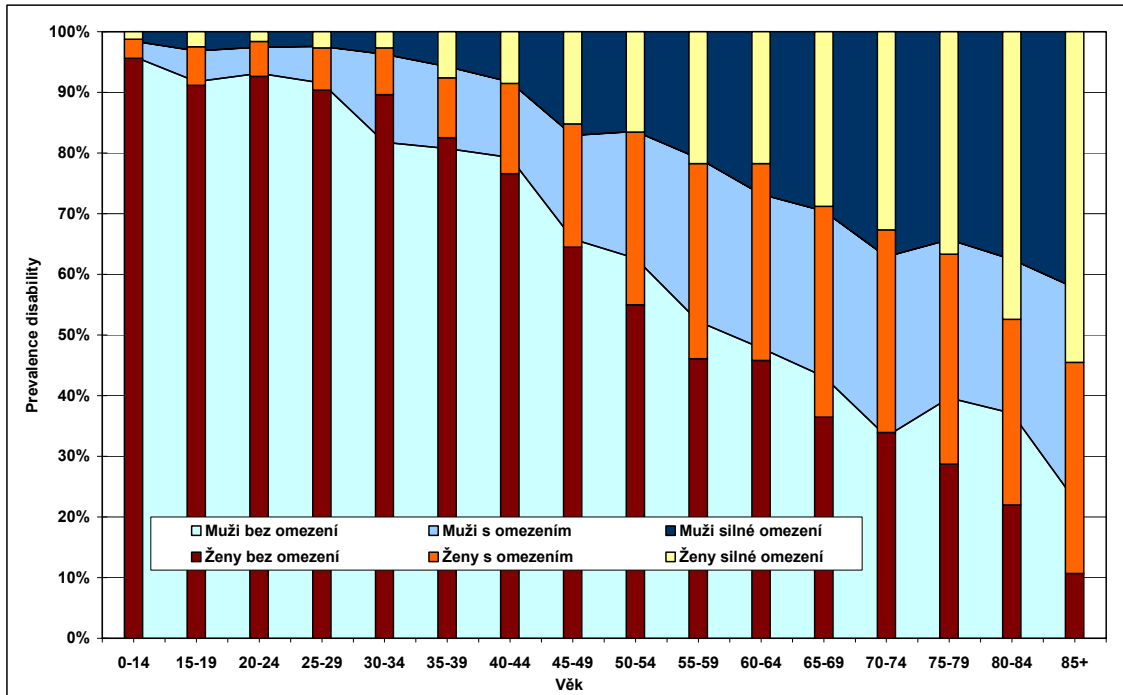
Obr. V.1 – Prevalence zdravotního omezení každodenních aktivit dle věku, v %, Česká republika, 2005



Zdroj: Ehemu Database & Information System

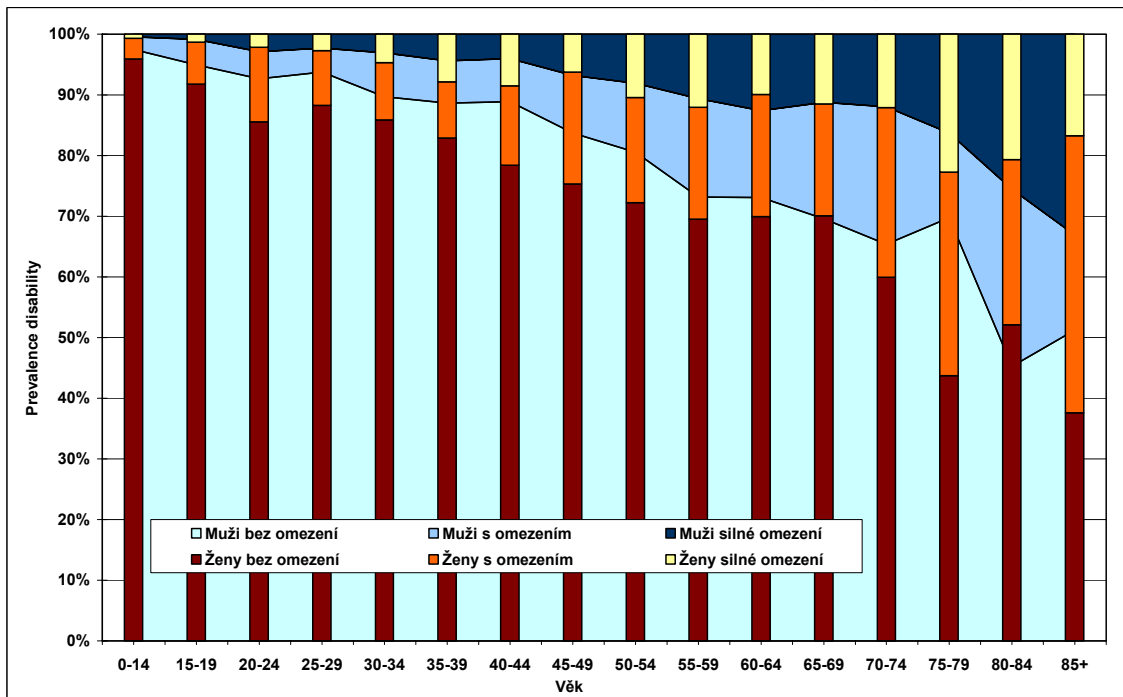


**Obr. V.2 – Prevalence zdravotního omezení každodenních aktivit dle věku, v %, Maďarsko, 2005**



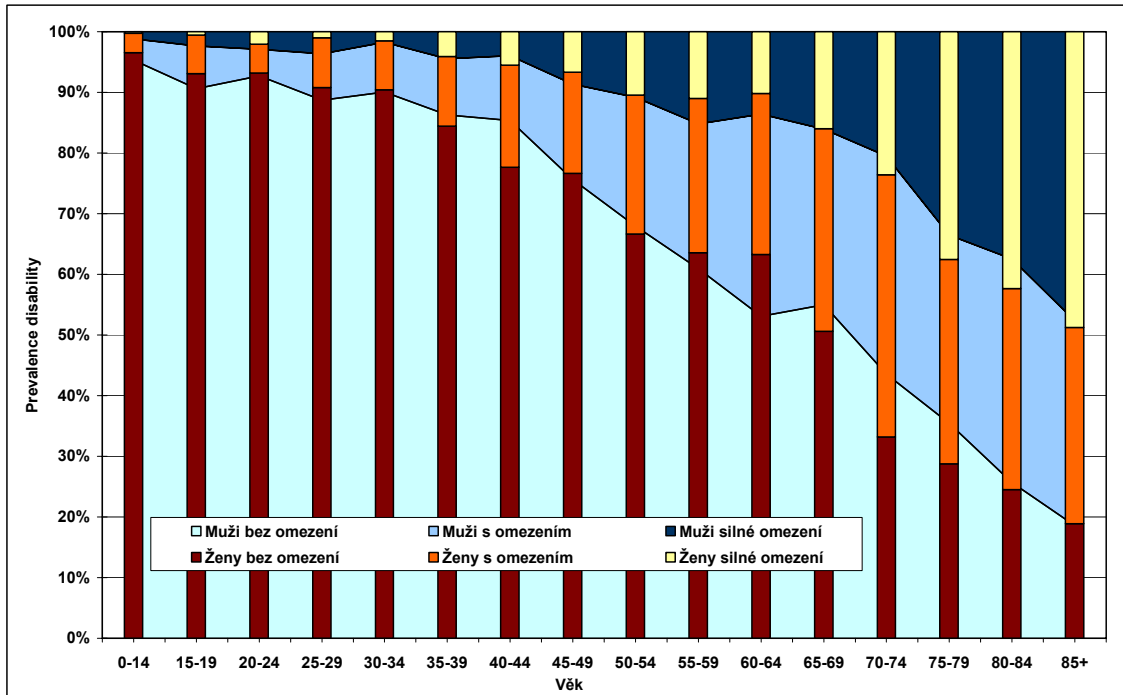
Zdroj: Ehemu Database & Information System

**Obr. V.3 – Prevalence zdravotního omezení každodenních aktivit dle věku, v %, Nizozemsko, 2005**



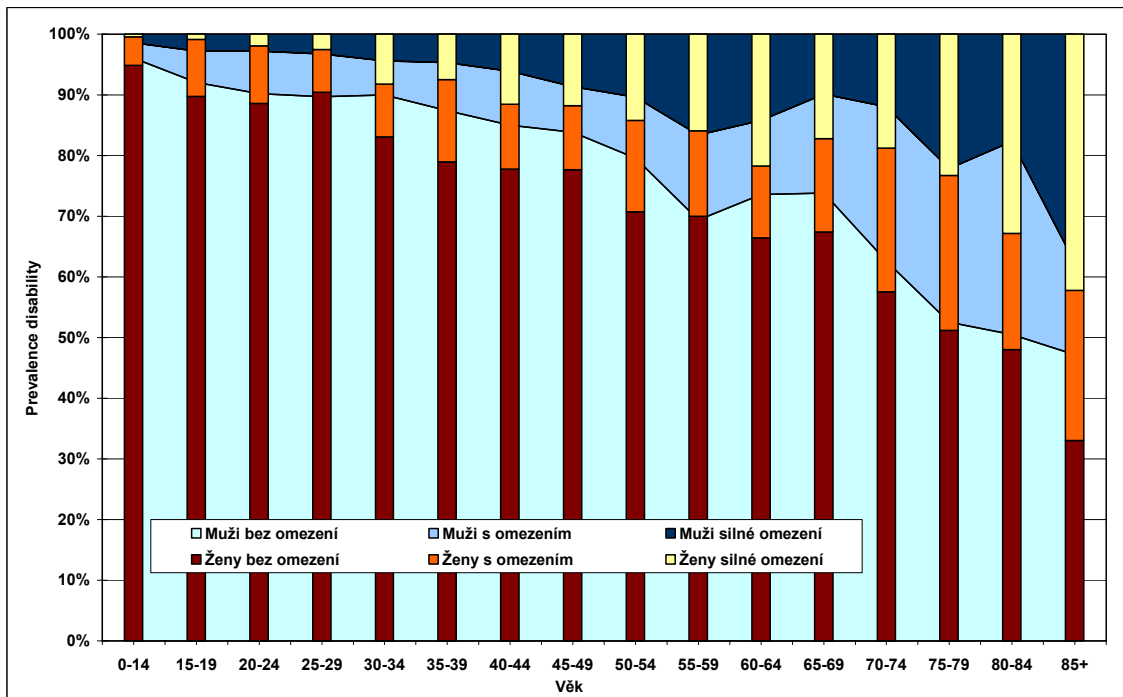
Zdroj: Ehemu Database & Information System

Obr. V.4 – Prevalence zdravotního omezení každodenních aktivit dle věku, v %, Rakousko, 2005



Zdroj: Ehemu Database & Information System

Obr. V.5 – Prevalence zdravotního omezení každodenních aktivit dle věku, v %, Švédsko, 2005



Zdroj: Ehemu Database & Information System

