

Populační vývoj České republiky byl i v posledním desetiletí 20. století určován především přirozenou reprodukcí. Bezpříkladné snížení intenzity plodnosti vedlo přes výrazný vzestup počtu potenciálních matek k hlubokému poklesu úrovně porodnosti a působilo tak proti směru růstu početního stavu obyvatelstva; naopak příznivý vývoj intenzity úmrtnosti populační růst podpořil a negativní dopad nízké úrovně porodnosti tak zčásti kompenzoval. Pokud by úmrtnost zůstala v devadesátých letech na úrovni odpovídající první polovině 80. let, potom by výsledná populační bilance byla přibližně o 150 tis. osob nižší. Toto číslo již samo svědčí o velmi významné změně úmrtnostních poměrů, uvědomíme-li si, že v České republice v současné době umírá méně než 110 tis. obyvatel ročně. Ještě výrazněji než ve změně celkového počtu obyvatel se protichůdný vývoj složek přirozené reprodukce projevoval ve vytváření věkové struktury obyvatelstva.

Pokles úrovně úmrtnosti, kterého jsme v posledních patnácti letech svědky, však neznamená jen přírůstek počtu žijících osob. Výrazné strukturální rozdíly úrovně úmrtnosti byly způsobeny odlišnou velikostí změn intenzitních ukazatelů úmrtnosti podle věku. V posledních letech klesá především intenzita úmrtnosti osob ve vyšším věku a tím se také zrychluje demografické stárnutí obyvatelstva.

Poválečný vývoj úmrtnosti v České republice se vyznačoval několika specifickými rysy. Poměrně rychlý vzestup naděje dožití v prvních poválečných letech byl na přelomu padesátých a šedesátých let vystřídán dlouhodobou stagnací, která trvala bezmála tři desetiletí. U mužské části populace dokonce došlo koncem 60. let ve srovnání s jejich počátkem k poklesu naděje dožití o dva roky. Pozorovaný vývoj byl v příkrém rozporu se změnami ve většině vyspělých zemí, mezi které jsme úmrtnostními poměry koncem 50. let bezesporu patřili. V jeho důsledku za těmito zeměmi dodnes poměrně značně zaostáváme. Počátek třetí etapy vývoje úrovně úmrtnosti vyznačující se dlouhodobým růstem naděje dožití a přibližováním se skupině vyspělých zemí je nejčastěji datován rokem 1987. Z hlediska změn celkové intenzity úmrtnosti se právě tento rok všeobecně považuje za rok zlomový.

Změny v úrovni úmrtnosti po roce 1987 lze charakterizovat jako poměrně plynulé, ne však zcela rovnoměrné. Nástup nového trendu byl zpočátku pozvolný a jeho reálná existence byla potvrzena až vývojem na počátku 90. let. Rozhodující změny v úrovni a struktuře úmrtnosti jsou tak dávány do souvislosti především s významnými změnami sociálně ekonomických podmínek po roce 1990, které se mimo jiné výrazně promítly také do zdravotního stavu obyvatelstva. Celkové zlepšování úrovně úmrtnosti v tomto období je výsledkem společného působení více faktorů. K těm nejdůležitějším bezesporu patří:

- Demonopolizace a liberalizace zdravotní péče, možnost svobodné volby lékaře, výrazné zvýšení objemu prostředků směřujících do zdravotnictví projevující se větší nabídkou odborné péče, zaváděním a zlepšováním se dostupností nejmodernějších technologií a kvalitních léků a významným vzestupem a všeobecnou dosažitelností poskytovaných zdravotnických služeb.
- Účinnější působení zdravotnické osvěty, která převzala některé metody užívané v reklamě.
- Rostoucí vědomí prospěšnosti individuální péče o zdraví, zčásti motivované obavou z případného snížení či ztráty pracovních příjmů, a v souvislosti s tím se zvyšující aktivní péče o vlastní zdraví.
- Významné změny v životním stylu populace směřující ke zdravému způsobu života.
- Široká nabídka a běžná dostupnost kvalitních potravin.
- Výrazné zlepšení základních parametrů kvality životního prostředí.
- Změny v ekonomické aktivitě obyvatelstva (pokles podílu zaměstnaných v průmyslu, vzestup podílu zaměstnaných ve službách) a s tím související redukce vlivů zdravotně rizikového pracovního prostředí.

Zlepšující se úmrtnostní poměry v posledním uvedeném období názorně dokumentuje například pokles hodnoty ukazatele celkového počtu zemřelých z přibližně 127 tis. osob v roce 1987 na méně než 108 tis. osob v roce 2001, a to bez ohledu na souběžně probíhající demografické stárnutí. Celkový počet zemřelých stejně jako hrubá míra úmrtnosti jsou však poznamenány vývojem věkové struktury a proto neodrážejí skutečnou intenzitu změn probíhajících v procesu úmrtnosti. Jejich reálný rozsah zachycují na věkové struktuře nezávislé indikátory – standardizované míry úmrtnosti a naděje dožití v různých věkových hladinách. Jestliže v roce 1987 připadalo na 1 000 žijících osob 12,3 úmrtí, potom v roce 2001 to bylo již jen 10,5 úmrtí. Kdyby však v populaci nedošlo ke zvýšení zastoupení osob ve vyšším věku a zůstala zachována věková struktura obyvatelstva z roku 1987, zemřelo by v České republice v roce 2000 při současné intenzitě úmrtnosti necelých 95 tis. osob, což je přibližně o 13 tis. méně než ve skutečnosti zemřelo (důsledek stárnoucí věkové struktury) a o 32 tis. osob méně než kolik jich zemřelo v roce 1987 (důsledek poklesu úrovně úmrtnosti). Naopak, kdyby zůstala

Příznivější podmínky k péči o zdraví se projeví poklesem úrovně úmrtnosti

zachována úroveň úmrtnosti z roku 1987 a změnila se pouze věková struktura, dosáhl by počet zemřelých v roce 2000 téměř 145 tis. osob. To znamená, že v důsledku snížení intenzity úmrtnosti z úrovně roku 1987 na úroveň roku 2000 bylo jen v roce 2000 zachováno přibližně 37 tis. lidských životů. V podstatě docházelo k posunu úmrtí do vyššího věku v dalších letech. Poslední uvedený rozdíl je tak více než výmluvným dokladem o rozsahu změn, které se v úmrtnosti obyvatelstva České republiky po roce 1987 odehrály.

Tab. 6.1: Úmrtnost v letech 1987–2001

Ukazatel	1987	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001p
Počet zemřelých	127 244	129 166	124 290	120 337	118 185	117 373	117 913	112 782	112 744	109 527	109 768	109 001	107 755
Hrubá míra úmrtnosti	12,3	12,5	12,1	11,7	11,4	11,4	11,4	10,9	10,9	10,6	10,7	10,6	10,5
Standardizovaná hrubá míra úmrtnosti ¹	12,3	12,2	11,7	11,3	11,0	10,8	10,7	10,1	10,0	9,6	9,5	9,2	.
Naděje dožití při narození	muži	67,86	67,58	68,25	68,44	69,20	69,54	69,72	70,37	70,50	71,13	71,40	71,65
	ženy	75,12	75,36	75,72	76,14	76,41	76,58	76,63	77,27	77,49	78,06	78,13	78,35
	rozdíl	7,26	7,78	7,47	7,70	7,21	7,04	6,91	6,90	6,99	6,93	6,73	6,70
Naděje dožití ve věku 65 let	muži	11,66	11,61	11,95	12,09	12,40	12,75	12,71	13,09	13,19	13,41	13,60	13,72
	ženy	14,97	15,18	15,54	15,89	15,90	15,99	16,05	16,36	16,63	16,92	16,91	17,09
	rozdíl	3,31	3,57	3,59	3,80	3,50	3,24	3,34	3,27	3,44	3,51	3,31	3,37

¹Standard – věková struktura obyvatelstva k 1.7. 1987.

V důsledku poklesu intenzity úmrtnosti vzrostla ve sledovaném období naděje dožití při narození u mužů ze 67,9 na 72,1 roku a u žen ze 75,1 na 78,5 roku, což znamená, že muži by při trvalé udržitelnosti parametrů úmrtnosti z roku 2001 žili v průměru o 4,2 roku a ženy o 3,4 roku déle než v roce 1987. Tyto přírůstky naděje dožití sice nepatří v kontextu vývoje úmrtnosti u nás k absolutně nejvyšším, jsou však srovnatelné s maximy z meziválečného období a z let po druhé světové válce, kdy za srovnatelný časový úsek 10–12 let přesahovaly průměrné roční přírůstky naděje dožití při narození 0,5 roku. V 90. letech rostla hodnota tohoto ukazatele u mužů i u žen v Česku poněkud rychleji než v ostatních evropských zemích. Stejně intenzivní byl vzestup naděje dožití při narození pouze v Rakousku, kde dosáhl mezi lety 1986–1999 hodnoty 4,1 roku pro muže a 3,2 roku pro ženy, a srovnatelný například v Itálii (3,4, resp. 3,1 roku) nebo Francii (3,5, resp. 2,9 roku), ale při vyšší naději dožití v těchto zemích. Mezi postkomunistickými zeměmi nemá vývoj úrovně úmrtnosti v Česku za posledních deset až patnáct let obdobu.

Změny intenzity úmrtnosti nebyly v jednotlivých věkových skupinách stejné. Jednou z nejvýznamnějších změn, která se po roce 1987 odehrála, byl pokles úrovně úmrtnosti v průběhu prvního roku života. Podíl kojenecké úmrtnosti na celkové úmrtnosti měřeno absolutním počtem zemřelých se snížil z 1,2 % v roce 1987 na pouhých 0,3 % v roce 2001. Jestliže na počátku sledované etapy vývoje v roce 1987 umíralo před dosažením prvních narozenin dvanáct z každého tisíce živě narozených dětí, potom v roce 2001 dosáhl kvocient kojenecké úmrtnosti ještě nedávno poměrně obtížně představitelné hodnoty 4,0 ‰ v průměru za obě pohlaví. Pro chlapce poslední publikovaná hodnota tohoto ukazatele činí 4,6 ‰ a pro dívky dokonce 3,4 ‰.

Z hlediska časového průběhu a vnitřní struktury změn probíhalo snižování úrovně kojenecké úmrtnosti poměrně plynule v celém sledovaném období. Rozhodující změny se však odehrály kolem poloviny 90. let. Mezi roky 1992 a 1997 hodnota kvocientu kojenecké úmrtnosti poklesla z 9,9 ‰ na 5,9 ‰, což představovalo polovinu z celkového poklesu tohoto ukazatele mezi lety 1987 a 2001. Výrazný a z hlediska intenzity srovnatelný pokles se odehrál v celém rozsahu struktury kojenecké úmrtnosti. Poněkud intenzivnější však byl u novorozenecké úmrtnosti a vůbec nejvýraznější mezi jedním a šesti dokončenými dny uplynulými od narození. Intenzita kojenecké úmrtnosti totiž do roku 2001 klesla přesně na jednu třetinu své výchozí úrovně z roku 1987, přičemž intenzita poporodní úmrtnosti (0–6 dnů) se snížila na 22 % a v jejím rámci úmrtnost ve věku jednoho a dvou dokončených dnů dokonce na 18 % výchozí úrovně. Přitom je nutné zopakovat, že ani v jednom z uvedených případů se nejednalo o náhodné výkyvy v rámci sledovaného roku, ale o dlouhodobý plynulý pokles na dosažené hladiny.

Podobnými změnami jako kojenecká úmrtnost prošla také perinatální úmrtnost, která zahrnuje mrtvé narozené děti a úmrtí v průběhu prvního týdne života (0–6 dnů). Současná úroveň indexu perinatální úmrtnosti 4,3 dítěte na 1000 narozených reprezentuje pouhých 40 % hodnoty tohoto ukazatele z roku 1987 (10,7 ‰). Úhrn počtu mrtvě narozených a zemřelých ve věku do 7 dnů byl v roce 2001 zároveň nižší (395 dětí) než činil v roce 1987 samotný počet zemřelých do 7 dnů (857 dětí) či počet mrtvě narozených (548 dětí) a nic na této skutečnosti nemění ani fakt, že počet narozených klesl ve stejném období o 30 %.

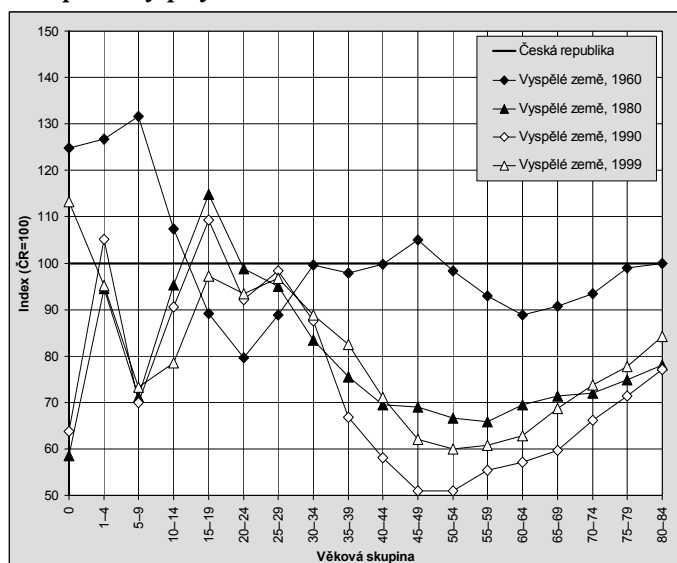
Ve zvýšení naděje dožití při narození se projevil významnou měrou pokles kojenecké úmrtnosti

Tab. 6.2: Charakteristiky kojenecké úmrtnosti

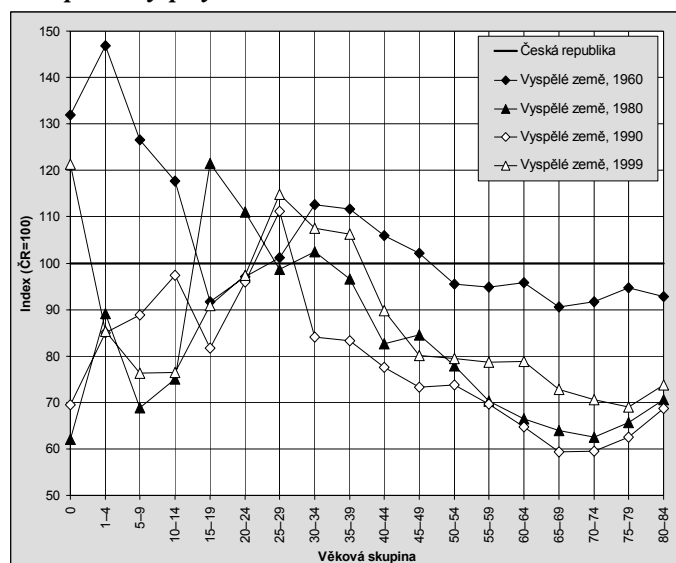
Ukazatel	1987	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Počet mrtvě narozených	548	530	496	437	445	336	300	317	273	294	303	259	263
Počet zemřelých ve věku:													
– do 1 dne (0 dnů)	263	236	238	181	171	108	92	73	62	66	62	48	47
– do 3 dnů (0–2 dny)	639	553	513	431	359	251	230	158	137	128	119	101	95
– do 7 dnů (0–6 dnů)	857	753	704	585	505	348	309	224	186	175	172	150	132
– do 28 dnů (0–27 dnů)	1 094	1 003	902	749	692	505	475	347	326	289	261	231	212
– do 1 roku (0–364 dnů)	1 577	1 410	1 343	1 204	1 028	847	740	547	531	472	413	373	360
Podíl z úhrnu zemřelých do 1 roku (v %) – zemřeli do:													
– do 1 dne (0 dnů)	16,7	16,7	17,7	15,0	16,6	12,8	12,4	13,3	11,7	14,0	15,0	12,9	13,1
– do 3 dnů (0–2 dny)	40,5	39,2	38,2	35,8	34,9	29,6	31,1	28,9	25,6	27,1	28,8	27,1	26,4
– do 7 dnů (0–6 dnů)	54,3	53,4	52,4	48,6	49,1	41,1	41,8	41,0	35,0	37,1	41,6	40,2	36,7
– do 28 dnů (0–27 dnů)	69,4	71,1	67,2	62,2	67,3	59,6	64,2	63,4	61,4	61,2	63,2	61,9	58,9
– od 28 dnů do 1 roku (28–364 dnů)	30,6	28,9	32,8	37,8	32,7	40,4	35,8	36,6	38,6	38,8	36,8	38,1	41,1
Podíl zemřelých do 1 roku z úhrnu zemřelých (v %)	1,2	1,1	1,1	1,0	0,9	0,7	0,6	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3
Kvocient (na 1 000 živě narozených):													
– úmrtnosti prvního dne (0 dnů)	2,0	1,8	1,8	1,5	1,4	1,0	1,0	0,8	0,7	0,7	0,7	0,5	0,5
– porodní úmrtnosti (0–2 dny)	4,9	4,2	4,0	3,5	3,0	2,4	2,4	1,7	1,5	1,4	1,3	1,1	1,0
– časné novorozenecké úmrtnosti (0–6 dnů)	6,5	5,8	5,4	4,8	4,2	3,3	3,2	2,5	2,1	1,9	1,9	1,6	1,5
– novorozenecké úmrtnosti (0–27 dnů)	8,4	7,7	7,0	6,2	5,7	4,7	4,9	3,8	3,6	3,2	2,9	2,5	2,3
– ponovorozenecké úmrtnosti (28–364 dnů)	3,6	3,1	3,4	3,7	2,8	3,2	2,8	3,2	2,3	2,0	1,7	1,6	1,7
– kojenecké úmrtnosti (0–364 dnů)	12,0	10,8	10,4	9,9	8,5	7,9	7,7	6,0	5,9	5,2	4,6	4,1	4,0
Perinatální úmrtnost:													
Počet mrtvě narozených a počet zemřelých do 7 dnů	1 405	1 283	1 200	1 022	950	684	609	541	459	469	475	409	395
Index perinatální úmrtnosti (na 1 000 narozených)	10,7	9,8	9,2	8,4	7,8	6,4	6,3	6,0	5,0	5,2	5,3	4,5	4,3

V mezinárodním kontextu se tak Česká republika úrovní kojenecké i perinatální úmrtnosti zařadila po boku Japonska a některých západoevropských zemí k absolutní světové špičce. Velmi nízké hodnoty všech uvedených ukazatelů stabilně dosahované v posledních letech svědčí především o kvalitě perinatální a neonatální lékařské péče. Úspěšná je zejména prevence některých vrozených vad a stavů, které řadíme k endogenním faktorům úmrtnosti a které představují v současných podmínkách pro život novorozence nejzávažnější hrozbu. Dosažením velmi nízké úrovně úmrtnosti dětí v prvním roce jejich života byly zároveň vyčerpány prakticky všechny rezervy této věkové kategorie pro zvyšování hodnot naděje dožití při narození. Proto se pozornost současného studia úmrtnosti obyvatel České republiky obracela v posledním desetiletí především k vyšším věkovým skupinám.

Obr. 6.1a: Rozdíly v intenzitě úmrtnosti mužů mezi Českem a skupinou vyspělých zemí¹



Obr. 6.1b: Rozdíly v intenzitě úmrtnosti žen mezi Českem a skupinou vyspělých zemí



¹Do skupiny „vyspělé země“ jsou zahrnuty Anglie, Dánsko, Finsko, Francie, Itálie, Japonsko, Kanada, Německo, Nizozemsko, Norsko, Rakousko, Spojené státy, Švédsko a Švýcarsko.

Struktura úmrtnosti obyvatel Česka podle pohlaví a věku má kromě obecných pravidelností, jako je vyšší intenzita úmrtnosti mužů ve všech věkových skupinách, také některá výrazná specifika. Patří k nim v prvé řadě výrazně vyšší úmrtnost mužů ve středním věku (45–64 let) vykazující dodnes přibližně dvojnásobnou intenzitu ve srovnání s úmrtností ve vyspělých zemích. O polovinu vyšší hodnoty úmrtnosti než tyto země má naše populace v širokých věkových pásmech 15–44 let a 65–74 let u mužů a v intervalu 50–79 let u žen.

Změny celkové úrovně úmrtnosti, kterých jsme byli v uplynulých patnácti letech svědky, probíhaly ve všech věkových skupinách. Kromě prvního roku života byl největší relativní pokles zaznamenán u mužů i u žen ve věku 30–44 let, a to více než o čtvrtinu. Podobný vývoj byl zjištěn také u mužů ve věku do 70 let. Jen o něco méně intenzivní pokles proběhl ve zbývajících vyšších věkových skupinách. I zde se však změna projevila v řádu desítek procent v porovnání s úrovní výchozího roku. U mužů byly změny až na výjimky vždy o něco větší než u žen, což odpovídá výraznějšímu vývojovému zaostávání úrovně jejich úmrtnosti před rokem 1987.

Tab. 6.3: Pravděpodobnost úmrtí podle pohlaví a věku (x 1 000)

Věk	Muži				Ženy				Index 2001p/1987		Index muži/ženy	
	1987	1995	2000	2001p	1987	1995	2000	2001p	muži	ženy	1987	2001p
0	13,6	7,3	4,6	4,6	10,2	5,3	3,5	3,4	34	33	133	137
1–4	1,9	2,3	1,2	1,0	1,4	1,9	1,0	0,9	52	64	136	110
5–9	1,7	1,2	1,0	0,9	1,1	1,0	0,7	0,7	51	60	155	132
10–14	1,5	1,2	1,1	0,9	0,8	1,0	0,9	0,7	59	81	188	136
15–19	4,1	3,5	3,4	3,3	1,8	1,7	1,6	1,4	80	77	228	237
20–24	5,5	5,9	5,2	5,3	1,7	1,8	1,7	1,6	96	94	324	331
25–29	5,9	6,0	5,0	4,8	2,1	2,0	1,6	1,8	82	86	281	268
30–34	7,5	7,3	6,1	5,7	3,1	2,8	2,3	2,3	77	74	242	252
35–39	11,9	10,8	9,0	8,6	4,8	4,5	3,7	3,8	72	78	248	229
40–44	21,2	17,5	15,8	15,1	8,4	7,7	6,9	7,2	71	85	252	212
45–49	34,9	29,6	27,5	25,8	14,7	12,6	12,2	11,5	74	78	237	224
50–54	56,9	49,6	44,6	42,2	23,5	21,2	19,1	18,9	74	81	242	223
55–59	90,2	76,0	68,8	67,7	39,5	33,3	29,2	29,6	75	75	228	228
60–64	142,9	115,3	105,3	99,3	62,2	52,4	45,1	44,2	69	71	230	224
65–69	210,0	175,7	156,6	149,2	111,3	88,3	77,4	75,2	71	68	189	199
70–74	290,7	272,2	228,8	222,3	178,4	154,5	132,4	130,0	76	73	163	171
75–79	425,2	389,5	336,8	326,8	296,4	264,7	230,3	229,7	77	78	143	142
80–84	576,7	511,8	472,5	462,0	469,9	409,1	373,8	374,6	80	80	123	123
85–89	752,2	649,3	634,9	622,7	685,0	602,0	579,2	584,8	83	85	110	106

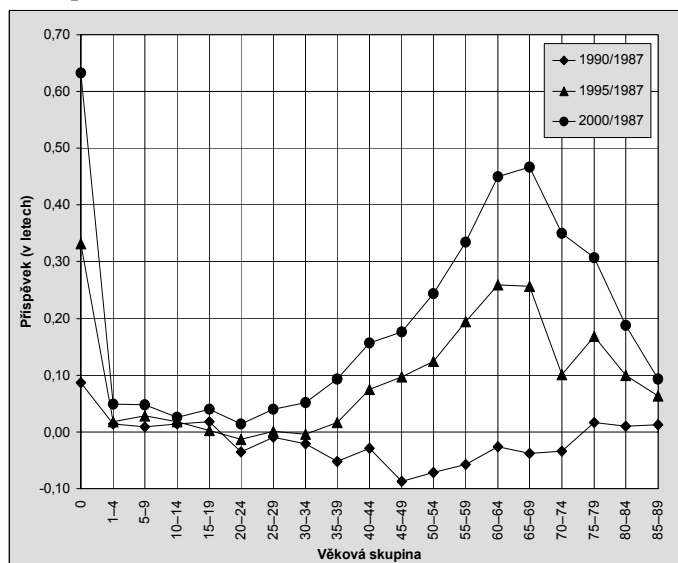
2001p – výpočet pravděpodobností z úmrtnostních tabulek ČSÚ za rok 2001 založených na předběžných výsledcích sčítání lidu 2001.

Nepříznivá struktura úmrtnosti mužů podle věku nevyplývá pouze z mezinárodních srovnání, ale také z porovnání rozdílů v úrovni úmrtnosti mužů a žen. Trojnásobně vyšší intenzita úmrtnosti mužů než žen ve věkové skupině 20–29 let a více než dvojnásobná ve všech ostatních věkových skupinách intervalu 15–69 let je více než výmluvná. Vysoká nadúmrtnost mužů tak do jisté míry vytváří logický rámec pro pozorovanou diferenciaci vývoje intenzity úmrtnosti podle pohlaví a věku od roku 1987. Navíc skutečnost, že v rozhodující míře tyto rozdíly přetrvávají, vypovídá o jistém potenciálu budoucích změn úmrtnosti.

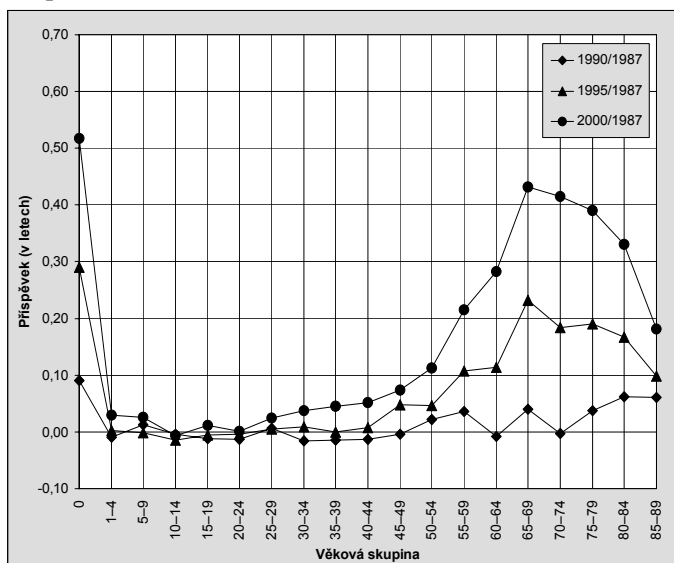
Jelikož v jednotlivých věkových skupinách umírá v závislosti na počtech žijících a odpovídající intenzitě úmrtnosti obvykle odlišný počet osob a protože životní potenciál (naděje dožití) se s věkem mění, mohou mít stejné relativní změny v intenzitě úmrtnosti podle věku různý význam z hlediska vývoje celkové úmrtnosti. Tak na celkové úmrtnosti mužů se například téměř neodrazilo výrazné zlepšení úmrtnostních poměrů ve věkové skupině 30–39 let, neboť pokles intenzity úmrtnosti o třetinu znamenal celkový příspěvek ke zvýšení naděje dožití při narození jen necelé dvě desetiny roku. Naproti tomu srovnatelná relativní změna u věkové skupiny 60–69 let znamenala příspěvek přesahující 0,9 roku. Z tohoto hlediska se nejvýznamnější změny v intenzitě úmrtnosti posledních přibližně patnácti let odehrály u mužů ve věku 50–85 let a u žen ve věku 55–85 let, samozřejmě nepočítáme-li pokles úmrtnosti během prvního roku života. Ten totiž představoval vůbec největší příspěvek k růstu naděje dožití, když u mužů dosáhl přibližně dvou třetin a u žen poloviny roku. V přepočtu na srovnatelný časový interval byl však význam poklesu kojenecké úmrtnosti ještě několikanásobně větší.

**Nadúmrtnost mužů
zůstává vysoká**

Obr. 6.2a: Příspěvky věkových skupin ke změně naděje dožití mužů při narození v období 1987–2000



Obr. 6.2b: Příspěvky věkových skupin ke změně naděje dožití žen při narození v období 1987–2000



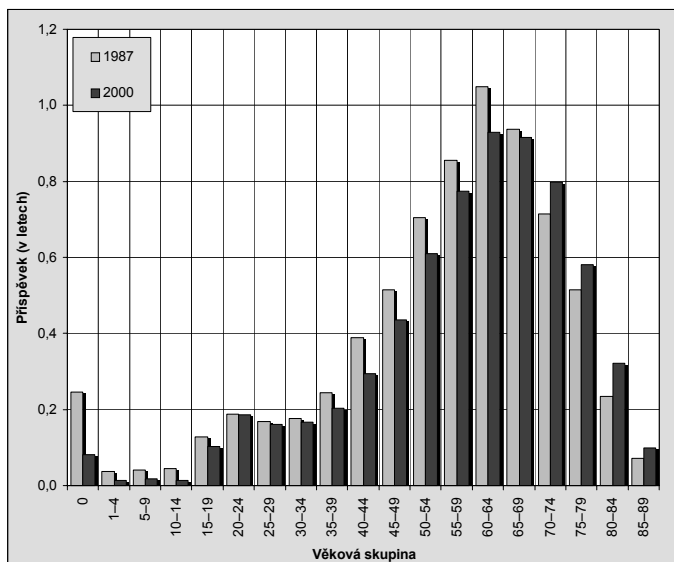
Intenzivnější pokles úmrtnosti mužů než žen přispěl k poměrně významnému snížení rozdílu v naději jejich dožití ze 7,3 roku (1987), resp. 7,8 roku (1990) na 6,3 roku (2001). Podíl jednotlivých věkových skupin na zjištěných rozdílech je v čase poměrně stabilní a ze stejných důvodů jako u změn naděje dožití při narození nekoreluje s relativními rozdíly intenzity úmrtnosti podle pohlaví v jednotlivých věkových skupinách. Nejvíce k celkovému rozdílu tak nepřispívá věková skupina 20–29 let s více než trojnásobnou nadúmrtostí mužů, ale skupina 60–69 let, v níž muži umírají „jen“ dvakrát častěji než ženy.

Věk a pohlaví jsou základními a zároveň tradičními znaky studia rozdílů v úmrtnosti. Kromě nich však existuje poměrně rozsáhlý soubor znaků, podle nichž je úmrtnost rozrušena obdobně jako podle věku a pohlaví. Detailnější poznání základních souvislostí procesu úmrtnosti proto vyžaduje hlubší analýzu jeho dalších strukturálních charakteristik, jako jsou například rozdíly podle příčin smrti nebo podle sociálních, vzdělanostních a profesních kategorií, v regionálním průřezu a ve vazbě na jednotlivé fyzické či sociální prvky životního prostředí, a to jak odděleně podle jednotlivých znaků, tak v jejich vzájemné interakci.

Specifické rozdíly v úrovni úmrtnosti podle pohlaví a věku v prvé řadě souvisí se zvláštnostmi struktury úmrtnosti podle příčin. Příčina většiny úmrtí je výslednicí interakce biologických (vnitřních) předpokladů každého jedince a dlouhodobého působení vnějších faktorů. Proto intenzita úmrtnosti ve vazbě na konkrétní příčinu často záleží kromě specifických podmínek, v nichž příslušníci dané populace žili a žijí, také na době, po kterou byli vystaveni působení určitých vnějších vlivů. Intenzita expozice může také záviset na věku a některých dalších charakteristikách exponovaných jedinců, stejně jako na jejich předcházející životní zkušenosti. Se zvyšujícím se věkem zemřelých roste frekvence případů, kdy dochází k souběhu několika chorob, které ztěžují identifikaci a kódování příčin smrti. Přitom statistika příčin smrti může být ovlivněna rozdíly v diagnostické praxi, které mohou mít významný časový i regionální rozměr, a tím následně znesnadňuje analýzu dat a interpretaci zjištěných výsledků. Přes tyto skutečnosti však rozbor úrovně a struktury úmrtnosti podle příčin přináší cenné a zajímavé informace, pomáhá lépe pochopit rozdíly v úmrtnosti podle pohlaví a identifikovat rezervy dalšího vývoje tohoto procesu.

Stejně jako celkový populační vývoj, tak i vývoj jednotlivých jeho složek prochází určitými historickými etapami či fázemi, při kterých se mění jejich intenzita a transformují se jejich struktury. V souvislosti s úmrtností se nejčastěji hovoří o epidemiologickém přechodu. Populace České republiky se v 80. letech nacházela již delší dobu v jeho třetí fázi, neboť mezi příčinami úmrtí převažovaly civilizační a degenerativní choroby s hlavním zastoupením nemocí oběhové soustavy. Předcházející výrazný pokles intenzity úmrtnosti způsobený zvládnutím infekčních chorob vedl k významné transformaci struktury

Obr. 6.3: Příspěvky věkových skupin k rozdílu naděje dožití při narození mezi muži a ženami



úmrtnosti, k dalšímu růstu naděje dožití a přispěl k postupnému stárnutí populace. Se vzrůstajícím podílem starších osob se mezi převažujícími příčinami smrti do popředí logicky dostaly nemoci oběhové soustavy a novotvary.

Pokles úrovně úmrtnosti byl způsoben hlavně snížením počtu zemřelých na nemoci oběhové soustavy

Nemoci oběhové soustavy jsou nejčastější příčinou smrti obyvatel České republiky. V roce 2001 vedly k více než 57 tis. případům úmrtí. Na nádorová onemocnění zemřelo přes 28 tis. osob a zbývající příčiny měly za následek 22 tis. úmrtí z celkového počtu necelých 108 tis. zemřelých. Do skupiny nemocí oběhové soustavy, pod kterou tak v roce 2001 spadalo přes 53 % všech úmrtí, patří především akutní infarkt myokardu (10,7 tis. zemřelých), ostatní formy ischemické choroby srdeční (12,3 tis.) a cévní nemoci mozku (16,8 tis.). Více než čtvrtina úmrtí byla způsobena novotvory, přičemž pouze 0,5 % z nich bylo klasifikováno jako nezhoubný nádor. Zhoubnými nádory, které měly za následek smrt, byly v roce 2001 nejčastěji zasaženy průdušky a plíce (5,6 tis. zemřelých), tlusté střevo (2,6 tis.), prs (1,9 tis.) a mízní, krvetvorná a příbuzná tkáň (1,9 tis.). Z ostatních skupin příčin smrti měly největší význam vnější příčiny, a to nejenom vysokým počtem úmrtí (6,9 tis.), ale především podstatně nižším věkovým průměrem zemřelých. Až na posledních místech v pořadí jsou v minulosti dominující skupiny nemocí dýchací soustavy (4,7 tis. úmrtí) a nemocí trávicí soustavy (4,4 tis.). Ostatní příčiny jako skupina sdružující poměrně početný a různorodý soubor nemocí měly v roce 2001 za následek smrt v 5,9 tis. případů.

Tab. 6.4: Struktura úmrtnosti podle hlavních skupin příčin smrti

Příčiny smrti	1987	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001p
Absolutní počty zemřelých													
Novotvary	27 506	28 434	28 258	28 018	28 102	28 446	28 631	27 879	28 008	28 015	28 185	28 705	28 455
Nemoci oběhové soustavy	72 071	72 396	69 488	67 054	65 986	65 132	65 951	63 145	63 334	60 397	60 286	58 192	57 404
Nemoci dýchací soustavy	5 879	5 423	5 134	5 093	4 808	4 636	5 076	4 667	4 314	4 105	4 659	4 959	4 653
Nemoci trávicí soustavy	4 621	5 023	4 674	4 435	4 155	4 470	4 326	4 146	4 024	4 158	4 248	4 239	4 418
Vnější příčiny	8 487	9 049	8 786	8 692	8 496	8 556	8 502	7 793	7 847	7 013	6 925	7 070	6 910
v tom:													
– dopravní nehody	1 244	1 571	1 583	1 715	1 691	1 827	1 667	1 528	1 584	1 428	1 568	1 572	..
– ostatní úrazy	5 307	5 481	5 299	4 986	4 888	4 877	5 102	4 697	4 597	3 972	3 747	3 849	..
– sebevraždy	1 936	1 997	1 904	1 991	1 917	1 852	1 733	1 568	1 666	1 613	1 610	1 649	1 623
Ostatní příčiny	8 680	8 841	7 950	7 045	6 638	6 133	5 427	5 142	5 217	5 839	5 465	5 836	5 915
Celkem zemřelých	127 244	129 166	124 290	120 337	118 185	117 373	117 913	112 782	112 744	109 527	109 768	109 001	107 755
Složení v %													
Novotvary	21,6	22,0	22,7	23,3	23,8	24,2	24,3	24,7	24,8	25,6	25,7	26,3	26,4
Nemoci oběhové soustavy	56,7	56,0	55,9	55,7	55,8	55,5	55,9	56,0	56,2	55,1	54,9	53,4	53,3
Nemoci dýchací soustavy	4,6	4,2	4,1	4,2	4,1	4,0	4,3	4,1	3,8	3,8	4,2	4,5	4,3
Nemoci trávicí soustavy	3,6	3,9	3,8	3,7	3,5	3,8	3,7	3,7	3,6	3,8	3,9	3,9	4,1
Vnější příčiny	6,7	7,0	7,1	7,2	7,2	7,3	7,2	6,9	7,0	6,4	6,3	6,5	6,4
v tom:													
– dopravní nehody	1,0	1,2	1,3	1,4	1,4	1,6	1,4	1,3	1,4	1,3	1,4	1,5	..
– ostatní úrazy	4,2	4,2	4,3	4,1	4,2	4,1	4,3	4,2	4,1	3,6	3,4	3,5	..
– sebevraždy	2,5	1,6	1,5	1,7	1,6	1,6	1,5	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Ostatní příčiny	6,8	6,9	6,4	5,9	5,6	5,2	4,6	4,6	4,6	5,3	5,0	5,4	5,5
Celkem zemřelých	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Z hlediska vývoje počtu úmrtí v období 1987–2001 došlo k nejvýznamnější změně ve skupině nemocí oběhové soustavy, kde počet úmrtí poklesl o patnáct tisíc. Těchto 15 tis. případů, které nenastaly, reprezentovalo tři čtvrtiny celkového poklesu počtu úmrtí. Rozsah změny byl navíc potvrzen skutečností, že k ní došlo v době, kdy populace stárnula. Obdobný, i když v absolutním pojetí méně významný, byl pokles počtu úmrtí na ostatní příčiny o 2,8 tis. V relativním vyjádření představoval tento pokles vůbec největší změnu a to o 32 % oproti výchozímu stavu. U nemocí oběhové soustavy analogická změna činila „jen“ 20 %, což bylo stejné jako v případě dvou dalších skupin, nemocí dýchací soustavy a vnějších příčin. Významný byl také pokles počtu sebevražd na 1,6 tis. v posledních šesti letech.

Vysoká koncentrace úmrtí v prvních dvou hlavních skupinách příčin smrti, na které připadalo téměř 80 % všech událostí již počátkem sledovaného období, nedávala příliš mnoho prostoru pro další změny. Proto vzestup o 1,5 procentního bodu mezi lety 1987 a 2001 lze hodnotit jako významný. Této změny bylo dosaženo snížením zastoupení nemocí oběhové soustavy o 3,3 procentního bodu a bezmála pětiprocentním nárůstem podílu nádorových onemocnění mezi příčinami smrti. Novotvary byly ostatně jedinou skupinou příčin, jejíž podíl se výrazně zvýšil, protože vzrostl téměř o tisíc počet úmrtí

v této skupině a souběžně klesl o 15 % celkový počet úmrtí v populaci. Jestliže nádorové onemocnění bylo v roce 1987 příčinou přibližně každého pátého úmrtí, pak v roce 2001 na tuto skupinu již připadalo zhruba každé čtvrté. S ohledem na pomalejší pokles počtu úmrtí na nemoci trávicí soustavy vzrostl o polovinu procentního bodu také podíl této skupiny příčin. Podíl zbývajících skupin, tj. ostatních příčin, vnějších příčin a nemocí dýchací soustavy ve sledovaném období poklesl. Dohromady tyto skupiny ztratily téměř dva procentní body, když jejich společný podíl na celkovém počtu úmrtí klesl z 18 % na 16 %.

Intenzita úmrtnosti na zhoubné novotvary klesá

Populace Česka byla po celé zkoumané období vystavena poměrně intenzivnímu procesu demografického stárnutí. Proto je nutné vývoj úrovně úmrtnosti podle příčin smrti pro objektivní posouzení jeho intenzity a trendů očistit od vlivu měnící se věkové struktury. V našem případě byla k výpočtu srovnatelných ukazatelů použita metoda přímé standardizace v kombinaci s věkovou strukturou odpovídající evropskému standardu Světové zdravotnické organizace (WHO).

Úroveň a struktura standardizované intenzity úmrtnosti podle hlavních skupin příčin smrti odpovídá u mužů i u žen v základních obrysech struktury úmrtnosti podle počtů zemřelých. Rozhodující část úhrnné intenzity úmrtnosti připadá na nemoci oběhového ústrojí a novotvary. Úmrtí na novotvary mají větší váhu u mužů, u úmrtí na nemoci oběhového ústrojí je nadúmrtnost mužů nižší. Skupina ostatních příčin vykazuje u žen vyšší intenzitu úmrtnosti než skupina vnějších příčin. U mužů je jejich pořadí vzhledem k vyšší úrazovosti a hlavně sebevraždě opačné.

Tab. 6.5: Standardizované míry úmrtnosti na 100 tis. obyvatel podle pohlaví (evropský standard WHO)

Příčiny smrti	1987	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Index 2000/1987
Muži													
Novotvary	352,9	361,1	356,0	353,4	344,1	348,3	345,1	338,6	332,2	330,0	321,4	326,7	93
Nemoci oběhové soustavy	833,1	834,1	791,4	765,5	729,7	707,3	708,1	666,2	660,8	615,7	602,8	576,9	69
Nemoci dýchací soustavy	85,1	81,3	73,2	71,3	65,1	59,7	62,5	56,6	51,7	52,0	54,6	56,9	67
Nemoci trávicí soustavy	58,9	67,6	61,7	56,9	52,1	54,5	53,6	51,3	47,9	50,6	50,5	48,5	82
Vnější příčiny	103,4	117,4	112,9	114,6	109,4	106,7	106,2	99,4	102,3	91,8	90,8	93,0	90
v tom:													
– dopravní nehody	19,0	23,8	23,5	26,0	24,8	26,7	23,2	21,9	23,0	20,4	22,6	22,2	117
– ostatní úrazy	55,0	62,9	60,1	57,7	55,4	52,7	57,2	53,4	53,5	46,7	43,2	45,9	83
– sebevraždy	29,4	30,7	29,3	30,9	29,2	27,3	25,8	24,1	25,8	24,7	25,0	24,9	85
Ostatní příčiny	104,0	103,7	92,3	81,6	75,0	69,0	60,0	56,5	56,6	62,8	58,8	59,6	57
Příčiny celkem	1 537,3	1 565,3	1 487,5	1 443,4	1 375,4	1 345,5	1 335,6	1 268,6	1 251,4	1 202,9	1 179,0	1 161,6	76
Ženy													
Novotvary	187,8	191,6	191,8	188,1	191,8	188,4	191,4	179,8	180,9	178,5	180,3	178,7	95
Nemoci oběhové soustavy	529,7	512,5	492,1	468,5	468,1	456,8	455,0	430,7	428,2	407,4	401,5	379,0	72
Nemoci dýchací soustavy	34,8	29,7	30,8	30,0	29,0	28,6	31,6	29,1	26,7	23,0	27,9	29,1	84
Nemoci trávicí soustavy	30,0	29,7	28,7	27,6	26,3	28,3	26,3	24,9	24,8	24,2	24,6	25,4	85
Vnější příčiny	57,6	54,1	53,4	49,7	49,0	50,3	47,9	42,3	40,4	35,2	34,1	34,2	59
v tom:													
– dopravní nehody	5,7	6,9	7,1	7,1	7,5	7,9	8,2	6,9	6,7	6,0	6,5	7,0	123
– ostatní úrazy	42,4	37,6	37,4	34,0	32,9	33,6	32,2	29,5	27,7	23,5	22,3	21,4	50
– sebevraždy	9,5	9,6	8,9	8,6	8,6	8,8	7,5	5,9	6,0	5,7	5,3	5,8	61
Ostatní příčiny	70,3	70,7	63,4	57,4	54,8	51,1	46,8	43,3	43,4	46,0	42,3	44,2	63
Příčiny celkem	910,2	888,3	860,1	821,3	819,0	803,4	798,9	750,1	744,3	714,4	710,5	690,5	76
Index muži/ženy													
Novotvary	188	188	186	188	179	185	180	188	184	185	178	183	97
Nemoci oběhové soustavy	157	163	161	163	156	155	156	155	154	151	150	152	97
Nemoci dýchací soustavy	245	274	238	238	224	209	198	195	194	226	196	196	80
Nemoci trávicí soustavy	196	228	215	206	198	193	204	206	193	209	205	191	97
Vnější příčiny	180	217	211	231	223	212	222	235	253	261	266	272	151
z toho:													
– dopravní nehody	333	345	331	366	331	338	283	317	343	340	348	317	95
– ostatní úrazy	130	167	161	170	168	157	178	181	193	199	194	214	165
– sebevraždy	309	320	329	359	340	310	344	408	430	433	472	429	139
Ostatní příčiny	148	147	146	142	137	135	128	130	130	137	139	135	91
Příčiny celkem	169	176	173	176	168	167	167	169	168	168	166	168	100

**Nadúmrtnost mužů se
projevuje ve všech
věkových skupinách
a ve všech skupinách
příčin smrti**

Z porovnání standardizovaných měr vyplývá, že intenzita úmrtnosti je u mužů podstatně vyšší než u žen ve všech hlavních skupinách příčin. Rozdíly jsou natolik velké, že například v roce 2000 byla hladina úhrnné úmrtnosti u mužů o celé dvě třetiny vyšší než u žen. V roce 2000 byl největší rozdíl v intenzitě úmrtnosti podle pohlaví zjištěn ve skupině vnějších příčin a v rámci této skupiny byl pak největší rozdíl u sebevražd. Muži ve srovnatelné věkové struktuře umírali následkem sebevraždy čtyřikrát a v důsledku dopravních nehod třikrát častěji než ženy, zatímco na ostatní úrazy umírali jen dvakrát častěji.

Nehledě na značný nepoměr odpovídajících si charakteristik úmrtnosti ženské a mužské části populace je jakákoli představa o uspokojivé situaci v úmrtnosti žen mylná. Z mezinárodního srovnání vyplývá, že ve všech skupinách příčin úmrtí s výjimkou nemocí dýchací soustavy je úroveň úmrtnosti žen v Česku výrazně vyšší než činí průměr za 15 zemí Evropské unie. Za období 1996–1999 vycházejí ženy z toto srovnání dokonce s nižším hodnocením než muži, když v porovnání s průměrem Evropské unie byla jejich celková úmrtnost o 33 % vyšší a muži zaostávali „pouze“ o 31 %. Vezmeme-li za standard hodnocení země EU s nejnižší intenzitou úmrtnosti – Švédsko pro muže a Francii pro ženy – je výsledek pro ženskou část populace ještě méně příznivý. Jestliže rozdíl v celkové úmrtnosti mužů mezi Českem a Švédskem činil 46 %, potom ženy žijící v České republice měly intenzitu úhrnné úmrtnosti vyšší o celých 60 % než ženy ve Francii. V případě obou pohlaví přitom největší rozdíly byly v úrovni úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy a na vnější příčiny. Jedinou skupinou příčin, v jejímž případě vyznělo hodnocení intenzit úmrtnosti jednoznačně pozitivně ve prospěch Česka, byly svým zastoupením málo významné nemoci dýchací soustavy.

Zjištěné rozdíly v úrovni úmrtnosti a její struktuře napovídají, jakým směrem a s jakou intenzitou by se mohl ubírat budoucí vývoj úmrtnosti v České republice. Ještě více nám však mohou napovědět vlastní tendence tohoto vývoje projevující se v posledních letech. Ze srovnání standardizovaných měr úmrtnosti například vyplývá, že stagnace až mírný růst počtu úmrtí na nádorová onemocnění a vzestup jejich podílu na celkovém počtu úmrtí nezpůsobil vzestup intenzity úmrtnosti v této skupině, ale že byl důsledkem měnící se věkové struktury. Vlastní intenzity úmrtnosti na nádorová onemocnění vykazovala v letech 1987–2000 víceméně plynulý pokles na hodnoty nižší o 7 % u mužů a o 5 % u žen, ale ve srovnání s ostatními příčinami se jednalo o poměrně malou změnu. Analogická intenzita úmrtnosti na oběhové nemoci totiž klesla o 31 resp. 28 %. K nejvýraznějšímu snížení intenzity úmrtnosti došlo v případě mužské populace u respiračních nemocí (o 33 %) a v případě žen u skupiny vnějších příčin, kde pokles mezi lety 1987 a 2000 dosáhl dokonce 41 %. Tento výrazný pokles se udál bez ohledu na vzestup intenzity úmrtnosti žen při dopravních nehodách o 23 %. U mužů se úroveň úmrtnosti na vnější příčiny snížila o pouhých 10 %, když míra úmrtnosti v rámci podskupiny dopravních nehod byla v roce 2000 o 17 % vyšší než v roce 1987. V rámci všech hlavních skupin příčin smrti u obou pohlaví tak došlo ve sledovaném období k poklesu úrovně úmrtnosti v rozmezí 5–41 %, přičemž standardizovaný ukazatel celkové úmrtnosti klesl v případě mužů i žen shodně o 24 %.

Stejný relativní pokles intenzity úmrtnosti u mužů i u žen vedl s ohledem na rozdílné výchozí hodnoty naděje dožití při narození k poněkud rozdílným změnám tohoto ukazatele. Za období 1987–2000 činil přírůstek naděje dožití při narození u mužů 3,8 roku a u žen 3,2 roku, přičemž příspěvky k této změně byly významně diferencovány podle věku. S obdobnou diferenciací se setkáváme také u jednotlivých skupin příčin smrti. Jejich příspěvek k celkové změně naděje dožití při narození přitom určuje skutečný význam změn intenzity úmrtnosti na uvedené skupiny příčin. Tento význam je dán specifickou věkovou strukturou zemřelých, řádem vymírání dané populace a rozsahem změn intenzity úmrtnosti na danou příčinu mezi sledovanými roky.

Tab. 6.6: Příspěvky příčin smrti ke změně naděje dožití při narození podle věkových skupin mezi roky 1987 a 2000 (roků)

Příčiny smrti	Muži					Ženy				
	0–34	35–64	65 +	celkem	%	0–34	35–64	65 +	celkem	%
Novotvary	0,07	0,32	0,03	0,42	11,1	0,03	0,17	0,01	0,21	6,5
Nemoci oběhové soustavy	0,05	1,01	1,05	2,11	55,8	0,03	0,50	1,35	1,88	58,2
Nemoci dýchací soustavy	0,06	0,07	0,11	0,24	6,4	0,03	0,02	0,04	0,09	2,8
Nemoci trávicí soustavy	0,03	0,04	0,05	0,11	2,9	0,01	–0,03	0,07	0,05	1,5
Vnější příčiny	0,07	–0,07	0,06	0,06	1,6	0,07	0,01	0,21	0,29	9,0
Ostatní příčiny	0,63	0,09	0,13	0,84	22,2	0,48	0,11	0,12	0,71	22,0
Příčiny celkem	0,90	1,47	1,42	3,79	100,0	0,64	0,79	1,80	3,23	100,0

V České republice mezi roky 1987 a 2000 tak rozhodující úlohu při růstu naděje dožití sehrálo výrazné zlepšení úmrtnosti spojené s nemocemi oběhové soustavy: u mužů přispělo k celkové změně 2,1 roku (56 % celkové změny naděje dožití při narození) a u žen 1,9 roku (58 %). U mužů byl uvedený příspěvek rovnoměrně rozdělen mezi střední a vyšší věk, kdežto u žen 72 % celkového příspěvku připadalo na věkovou skupinu 65 a více let, což souvisí s vnitřní strukturou změn v rámci dané skupiny. U mužů rozhodující zlepšení zaznamenala úroveň úmrtnosti na akutní infarkt myokardu, když pouze tato jedna příčina přispěla k celkové změně přírůstkem ve výši 1,02 roku (z toho 0,60 roku ve věku 35–64 let). Obdobnou roli u žen sehrála cévní onemocnění mozku s příspěvkem 0,88 roku. Pokles intenzity úmrtnosti na novotvary znamenal významný přírůstek naděje dožití u mužů (0,42 roku) a poněkud méně významný u žen (0,21 roku), v obou případech však byla tato změna v rozhodující míře realizována u obou pohlaví ve středním věku. Změny úrovně úmrtnosti ve dvou nejvýznamnějších skupinách příčin úmrtí zajistily dohromady přibližně 90 % výsledné hodnoty příspěvku naděje dožití ve středním věku a dvě třetiny příspěvku realizovaného napříč všemi věkovými skupinami. Vedle věkových skupin a příčin, v nichž se intenzita úmrtnosti mezi roky 1987 a 2000 snížila, lze nalézt také skupiny a jednotlivé příčiny, u kterých se úmrtnost zhoršila a jejichž příspěvek byl tudíž záporný. Za zmínku však stojí pouze dopravní nehody se ztrátou 0,11 roku u mužů a 0,02 roku u žen.

Rozdílné biologické předpoklady a také odlišný rozsah expozice mužů a žen z hlediska rizik vyplývajících i z rozdílných genderových rolí mají za následek rozdíly v intenzitě podle příčin smrti a následně také v diferenciaci intenzit úmrtnosti podle pohlaví. Na otázku, proč jsou rozdíly v naději dožití mužů a žen tak značné, podává částečnou odpověď rozklad těchto rozdílů do příspěvků jednotlivých skupin příčin. V roce 2000, kdy rozdíl v naději dožití při narození mezi muži a ženami činil 6,70 roku, připadala více než jedna třetina tohoto rozdílu na vyšší intenzitu úmrtnosti mužů na nemoci oběhové soustavy, přes čtvrtinu na novotvary a pětina na vnější příčiny. Nadúmrtnost mužů se přitom týkala všech příčin smrti s výjimkou zhoubných novotvarů pohlavních orgánů, které však redukovat rozdíly v naději dožití mezi pohlavími o zanedbatelných 0,08 roku. Téměř polovina rozdílu (3,27 roku) připadala na vrub úmrtnosti ve středním věku. V první věkové skupině 0–35 let vznikla největší část příspěvku k celkovému rozdílu u vnějších příčin (0,59 z 0,74 roku), přičemž dvě třetiny připadly na úmrtnost v důsledku dopravních nehod a sebevražd. Ve středním a vyšším věku to byly opět hlavně nemoci oběhové soustavy a novotvary a ve středním věku také vnější příčiny.

K růstu naděje dožití přispělo hlavně snížení intenzity úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy

Tab. 6.7: Příspěvky příčin smrti k rozdílu naděje dožití při narození mezi muži a ženami podle věkových skupin (roků)

Příčiny smrti	1987					2000				
	0–34	35–64	65 +	celkem	%	0–34	35–64	65 +	celkem	%
Novotvary	0,05	0,86	0,74	1,66	22,7	0,01	0,77	0,99	1,77	26,4
Nemoci oběhové soustavy	0,06	1,81	1,32	3,19	43,5	0,03	1,28	1,28	2,60	38,8
Nemoci dýchací soustavy	0,05	0,18	0,23	0,45	6,1	0,02	0,14	0,18	0,34	5,0
Nemoci trávicí soustavy	0,03	0,31	0,07	0,42	5,7	0,02	0,29	0,07	0,38	5,6
Vnější příčiny	0,57	0,50	0,03	1,10	15,0	0,59	0,65	0,11	1,34	20,0
Ostatní příčiny	0,27	0,13	0,11	0,51	7,0	0,08	0,15	0,05	0,28	4,2
Příčiny celkem	1,03	3,79	2,51	7,32	100,0	0,74	3,27	2,68	6,70	100,0

Základním rysem vývoje rozdílu v naději dožití při narození mezi pohlavími v letech 1987–2000 byl přesun příspěvků od skupin nemocí oběhové soustavy, nemocí dýchací soustavy a ostatních příčin k novotvarům a vnějším příčinám, a z nižších věkových hladin do vyšších. Tento vývoj odpovídá zaznamenaným tendencím vývoje intenzit úmrtnosti podle věku a hlavních skupin příčin úmrtí.

Různé studie úrovně úmrtnosti a jejích změn v posledních deseti až patnácti letech potvrdily, že lidé s vyšším stupněm vzdělání mají sníženou intenzitu úmrtnosti a podobně že méně často umírají lidé žijící v manželství ve srovnání s ostatními. Formování moderního způsobu života při rostoucí úrovni vzdělání, ale s častějším životem bez stálého partnera vnáší do změn úrovně úmrtnosti své pozitivní i negativní stránky. Pokles intenzity úmrtnosti zvláště mužů ve vyšším věku se projevil také ve struktuře staršího obyvatelstva podle rodinného stavu, protože vedl k méně častému ovdovění žen a tedy k prodloužení trvání existujících manželství starších osob.

Průběh jednotlivých demografických procesů, úmrtnost nevyjímaje, zůstává v poměrně těsné korelaci s jednotlivými strukturálními charakteristikami obyvatel a je ovlivňován konkrétními podmínkami jejich života. Jsou-li tyto podmínky v různých regionech rozdílné nebo je-li územní rozložení obyvatelstva podle uvedených charakteristik či znaků nerovnoměrné, vznikají ve vývoji demografických procesů regionální rozdíly. Regionální rozdíly v úrovni úmrtnosti obyvatelstva proto mohou být významným indikátorem diferenciacie kvality života a nejnovější tendence vývoje úmrtnosti v centrech nebo oblastech

šíření inovací mohou napovědět mnohé o perspektivách tohoto procesu v ostatních regionech i na celostátní úrovni. Vzhledem k tomu, že populační velikost okresů České republiky není z hlediska výpočtu reprezentativních jednoletých tabulek života dostatečná, bylo nutné použít údaje za víceletá, konkrétně pětiletá období.

Tab. 6.8: Diferenciace naděje dožití při narození podle okresů

Ukazatel	Muži			Ženy		
	1986–1990	1991–1995	1996–2000	1986–1990	1991–1995	1996–2000
Minimální hodnota	64,9	66,2	68,7	72,3	73,2	75,3
Maximální hodnota	69,7	70,5	72,9	76,3	77,3	79,2
Variační rozpětí	4,8	4,3	4,2	4,0	4,1	3,9
Variační koeficient	1,46	1,44	1,41	1,11	1,08	1,05
Česká republika	67,8	69,0	71,0	75,2	76,3	77,8

Vývoj regionálních rozdílů v intenzitě procesu úmrtnosti po roce 1987 významně ovlivnilo obnovení tržních vztahů a následné oslabení přerozdělovacích mechanismů, jehož výsledkem bylo prohlubování odlišností mezi jednotlivými oblastmi země. Mění se podmínky každodenního života lidí se však ve vývoji diferenciace úrovně úmrtnosti v okresech České republiky zatím ve větší míře neodrazily. Naopak rozrůznění souboru okresů podle naděje dožití při narození se poněkud zmenšilo, když se zúžilo variační rozpětí a klesla i hodnota variačního koeficientu. Tuto skutečnost můžeme interpretovat i tak, že rozdíly v dostupnosti lékařské péče se v procesu transformace její kvality spíše vyrovnaly a převážily negativní vliv rostoucí regionální diferenciace jiných podmínek. Zůstává však otázkou, bude-li tomu tak i do budoucna. Některé životní podmínky, jejichž diferenciace vzrostla, se totiž mohou v úmrtnosti významněji projevit s větším časovým odstupem.

Tab. 6.9: Okresy s nejvyšší a nejnižší úrovní naděje dožití při narození

Nejvyšší hodnoty					
Muži			Ženy		
1986–1990	1996–2000		1986–1990	1996–2000	
Třebíč 69,7	Hradec Králové 72,9	Vyškov 76,3	Hradec Králové 79,2		
Brno–město 69,2	Plzeň–město 72,8	Třebíč 76,1	Jihlava 79,1		
Pardubice 69,0	Náchod 72,7	Zlín 76,1	Pardubice 79,1		
Vyškov 69,0	Hl.m. Praha 72,7	Tábor 76,0	Brno–venkov 79,0		
Hradec Králové 69,0	Brno–město 72,4	Hradec Králové 76,0	Náchod 79,0		
Brno–venkov 68,9	Ústí nad Orlicí 72,3	Břeclav 75,9	Vyškov 78,9		
Blansko 68,9	Žďár nad Sázavou 72,2	Brno–venkov 75,9	Šumperk 78,7		
Hl.m. Praha 68,9	Pardubice 72,2	Žďár nad Sázavou 75,8	Hodonín 78,6		
Žďár nad Sázavou 68,9	Tábor 72,1	Blansko 75,7	Třebíč 78,6		
Jihlava 68,7	Třebíč 72,1	Hodonín 75,7	Hl.m. Praha 78,6		

Nejnižší hodnoty					
Muži			Ženy		
1986–1990	1996–2000		1986–1990	1996–2000	
Teplice 64,9	Most 68,7	Sokolov 72,3	Teplice 75,3		
Most 65,4	Jeseník 68,9	Teplice 72,7	Most 75,8		
Chomutov 65,6	Sokolov 69,0	Cheb 73,1	Chomutov 75,9		
Český Krumlov 65,9	Chomutov 69,0	Most 73,1	Cheb 76,2		
Cheb 65,9	Karviná 69,1	Česká Lípa 73,4	Rakovník 76,4		
Sokolov 66,0	Děčín 69,1	Tachov 73,5	Děčín 76,5		
Litoměřice 66,0	Teplice 69,2	Chomutov 73,6	Česká Lípa 76,5		
Louny 66,1	Česká Lípa 69,3	Děčín 73,7	Litoměřice 76,6		
Ostrava–město 66,2	Tachov 69,5	Karviná 73,7	Ústí nad Labem 76,7		
Karlovy Vary 66,3	Louny 69,6	Litoměřice 73,7	Tachov 76,8		

Na skutečnost, že k nemalým vnitřním změnám v geografické struktuře úmrtnosti v Česku docházelo, přestože variabilita odpovídajících statistických souborů se výrazněji neměnila, ukazují výměny zařazení okresů na obou koncích příslušných variačních řad za období 1986–1990 a za období 1996–2000. Mezi regiony s nejvyšší nadějí dožití u obou pohlaví patřily stabilně okresy Hradec Králové, Pardubice a Třebíč

a v posledním období také okres Náchod a hl.m. Praha. U mužů se v první desítce okresů změnila mezi uvedenými obdobími názvy pěti regionů, u žen čtyř, nepočítáme-li nový okres Šumperk. Na druhém konci řady, mezi celky s nejnižší nadějí dožití, patřily v obou obdobích především okresy Teplice, Most a Chomutov a v období 1996–2000 se u mužů objevily také okresy Děčín, Česká Lípa a Tachov, tedy vesměs okresy pohraniční se specifickou skladbou obyvatelstva a zhoršeným životním prostředím. Poněkud větší stabilitu územních struktur přitom vykazovala naděje dožití u žen než u mužů, což ukazuje především na vyšší potenciál změn úrovně úmrtnosti mužské populace.

Výsledky analýzy úrovně a struktury úmrtnosti obyvatelstva České republiky představují ve většině ohledů velmi nadějný příslib pro další vývoj. Proces změn nastartovaný v polovině 80. let a významně urychlený politickým a společenským vývojem v 90. letech přinesl celou řadu hmatatelných pozitivních výsledků. Nastolené tendence změn úrovně úmrtnosti přitom využívají hlavních existujících rezerv, které byly identifikovány na základě mezinárodních srovnání a částečně také prostřednictvím zjištěných rozdílů v intenzitě úmrtnosti mužů a žen. Srovnávací analýza ukazuje, že přes značný pokrok v uplynulých 10–15 letech zůstávají hlavní rezervy poměrně značné. V Česku stejně jako jinde ve světě nejde o vývoj nezávislý na vnějších podmínkách. Udržení tempa poklesu úrovně úmrtnosti si vyžádá další impulsy v podobě nových finančních i ideových investic směřujících nejen do zdravotnictví, ale také do osvěty, péče o seniory, bezpečnosti silničního provozu, bezpečnosti práce a dalších forem ochrany zdraví, a v neposlední řadě také do vzdělání a životního stylu.

V období posledních patnácti let se Česká republika příznivým vývojem úrovně úmrtnosti s odpovídajícím růstem naděje dožití ve všech věkových skupinách stále více vzdalovala od řady postkomunistických zemí, když v některých z nich došlo dokonce ke zhoršení úmrtnostních poměrů. Současně se začala hodnotami ukazatele naděje dožití přibližovat vyspělým zemím, ale tento proces vyrovnávání úrovní bude pravděpodobně probíhat ještě dlouhou dobu.

**Ve zlepšování
zdravotního stavu
a tím úrovně úmrtnosti
zůstávají značné
rezervy**