

**ŽENY A MUŽI  
V ČÍSLECH  
ZDRAVOTNICKÉ  
STATISTIKY**

Srpen 2003

Zpracoval Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Autorský kolektiv: Mgr. J. Brožová, Bc. Š. Daňková, Ing. M. Chudobová,  
Mgr. Z. Kamberská, MUDr. P. Lexová

Použití krátkých výtahů z této publikace v dalších pracích je dovoleno za předpokladu úplného citování zdroje. Pro publikování grafů, map nebo většího objemu informací z této publikace je nutný souhlas Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, Palackého náměstí 4, P.O.BOX 60, 128 01 Praha 2.

Internetové stránky: [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)

© ÚZIS ČR, Praha, srpen 2003

**ISBN 80-7280-262-3**

## Předmluva

Problematika rovnosti žen a mužů a odstraňování rozdílů v různých oblastech života je jedním z úkolů, na které je soustředěna pozornost v mnoha zemích světa. Je tomu tak i v České republice.

Z pohledu zdravotnictví jde tedy především o zmapování rozdílů v ukazatelích zdravotního stavu žen a mužů a zjištění jejich možných příčin.

Sledování údajů o zdravotním stavu naší populace podle pohlaví je dlouholetou samozřejmostí v praxi zdravotnické statistiky České republiky. V následující publikaci Vám Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR) předkládá pohled na zdravotní stav žen a mužů trochu jiným způsobem než v pravidelných ročenkách a monotematických brožurách. Řada údajů je čerpána z výběrových populačních šetření, z nichž vyplývají i údaje o tak závažných determinantách zdraví a faktorech ovlivňujících jeho stav jako jsou charakteristiky životního stylu.

Předkládaná publikace je příspěvkem k „genderovému“ pohledu na zdravotní stav obyvatelstva i k Dlouhodobému programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR, pokud jde o odstraňování rozdílů mezi skupinami obyvatelstva.

V Praze, srpen 2003

## Obsah publikace

1. Úvod .....	5
2. Na čem závisí subjektivní pocit zdraví .....	5
3. Jak se celkově zdravotně cítíme .....	6
4. Jak jsme nemocní .....	8
4.1. Co říká o nemocnosti statistika .....	8
4.1.1. Vrozené vady .....	8
4.1.2. Diabetes mellitus .....	8
4.1.3. Infekční nemoci a tuberkulóza .....	9
4.1.4. Pohlavní nemoci, HIV a AIDS .....	10
4.1.5. Novotvary .....	11
4.1.6. Psychické zdraví .....	14
4.1.7. Ostatní nemoci .....	15
4.1.8. Potraty .....	15
4.2. Co říkají o svých nemocech respondenti .....	16
5. Jak ovlivňujeme své zdraví .....	18
5.1. Stravovací návyky .....	18
5.2. Index tělesné hmotnosti (BMI) .....	19
5.3. Kuřáctví .....	20
5.4. Konzumace alkoholu .....	21
5.5. Fyzická aktivita .....	22
6. Jak přistupujeme k léčbě .....	23
6.1. Ambulantní péče .....	23
6.1.1. Ambulantní péče v psychiatrických zařízeních .....	23
6.2. Hospitalizace .....	26
6.2.1. Kardiovaskulární operace .....	27
6.3. Pracovní neschopnost .....	28
7. Na co jsou nejvíce přiznávány invalidní důchody .....	29
8. Na co nejčastěji umíráme .....	30
9. Jaké jsou možnosti léčby a co léčba stojí .....	34
10. Ženy a muži pracující ve zdravotnictví .....	36
11. Závěr .....	39
12. Shrnutí .....	41
13. Přílohy .....	43
14. Seznam literatury .....	63

**Motto: „Zdraví je stav naprosté tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci.“**

Definice Světové zdravotnické organizace

## 1. Úvod

Je objektivně zjištěným faktem, že na celém světě žijí ženy déle než muži. V Evropě se tento rozdíl pohybuje od 4 do 13 let a v České republice šlo konkrétně v roce 2002 o 6,5 let života ve prospěch žen. Žijí-li ženy déle, jde o roky prožívané ve zdraví a pohodě, nebo je „protrpí“ v nemocech a bolestí ?

ÚZIS ČR provedl v roce 1993 šetření (HIS - Health Interview Survey), ze kterého vyplynulo, že ženy hodnotí svůj zdravotní stav hůře než muži. Všechna další šetření, která se prováděla každé tři roky (1996, 1999, 2002), tento fakt potvrzovala. Je tedy nasnadě otázka, proč hodnotí ženy svůj zdravotní stav hůře než muži. Je skutečně objektivně horší, nebo vnímají lidé rozdílného pohlaví své obtíže jinak a přikládají jim různou váhu? Pokusili jsme se tedy na základě údajů z již uvedených šetření a na základě celostátně sbíraných statistik o zdravotním stavu populace porovnat objektivně zjištěnou nemocnost a subjektivně vnímané zdraví.

## 2. Na čem závisí subjektivní pocit zdraví

Zcela jistě je subjektivní pocit zdraví ovlivněn skutečným zdravotním stavem a ten závisí jednak na genetických dispozicích a věku daného jedince, dále na životním a sociálním prostředí ve kterém žije, jak se o své zdraví stará a v neposlední řadě na tom, jaké má možnosti léčby. K porovnání všech výše zmíněných aspektů jsou k dispozici údaje ze šetření HIS, kde se zjišťovalo psychické a fyzické zdraví, rodinný stav, životní styl a přístup k léčbě. Další údaje jsou čerpány z Národního zdravotnického informačního systému - z údajů o povinně hlášených vrozených vadách, infekčních a pohlavních nemocech, výskytu tuberkulózy, zhoubných novotvarů a počtech evidovaných diabetiků . Dále jsou k dispozici údaje o pracovní neschopnosti, o hospitalizovaných a o činnosti psychiatrických zařízení. Z údajů Českého statistického úřadu jsou přebírána data o věkovém složení populace.

Jak již bylo dříve řečeno, ženy žijí výrazně déle než muži a z toho plyne, že počet žen ve vyšším věku převyšuje počet mužů. To lze například demonstrovat na průměrném věku, který byl v roce 2002 u žen o 3,1 roků delší, nebo na indexu stárí, což je počet osob ve věku 65 let a více na sto dětí ve věku do 14 let. Index stárí u žen je téměř dvojnásobný než u mužů.

**Průměrný věk a index stáří**

Ukazatel, pohlaví	Rok			
	1993	1996	1999	2002
Průměrný věk				
ženy	38,4	39,2	40,0	40,8
muži	35,1	35,9	36,8	37,7
Index stáří				
ženy	85,3	95,6	104,9	112,3
muži	49,2	56,0	62,3	67,2

Vzhledem k tomu, že zdravotní stav je mimo jiné vázán na věk, bylo potřeba eliminovat rozdíl ve věkovém složení populací mužů a žen, který by nutně zkreslil analyzované údaje. Všude, kde to je možné, tj. kde jsou k dispozici údaje v třídění podle věku, jsou srovnávané ukazatele standardizovány (přepočítány na evropský standard). Standardizované ukazatele pak vypovídají o tom, jaká by byla četnost jevu při jednotném věkovém složení populace. V některých tabulkách v příloze jsou pro názornost ponechány jak standardizované, tak nestandardizované ukazatele, aby vynikla „standardizační“ nezbytnost ukazatelů.

**3. Jak se celkově zdravotně cítíme**

Subjektivně vnímané zdraví bylo v šetření HIS 2002 zjišťováno otázkou: „Jak se celkově zdravotně cítíte?“. Respondent měl zakroužkovat jednu z pěti nabídnutých odpovědí: velmi dobře, dobře, uspokojivě, špatně, velmi špatně.

Jako velmi dobré nebo dobré hodnotilo své zdraví 58 % žen a 66 % mužů, naopak, velmi špatně nebo špatně se cítilo 11 % žen a 7,5 % mužů. Ostatní respondenti pocítovali svůj zdravotní stav jako uspokojivý. Rozdíl mezi rozdělením mužů a žen do jednotlivých kategorií byl potvrzen jako statisticky významný, ženy hodnotí svůj zdravotní stav hůře než muži.

U obou pohlaví je patrná jednoznačná závislost subjektivního vnímání zdraví na věku. S rostoucím věkem se snižuje podíl osob, které hodnotí své zdraví jako velmi dobré nebo dobré, podíl osob, které jej hodnotí jako špatné či velmi špatné se naopak zvyšuje.

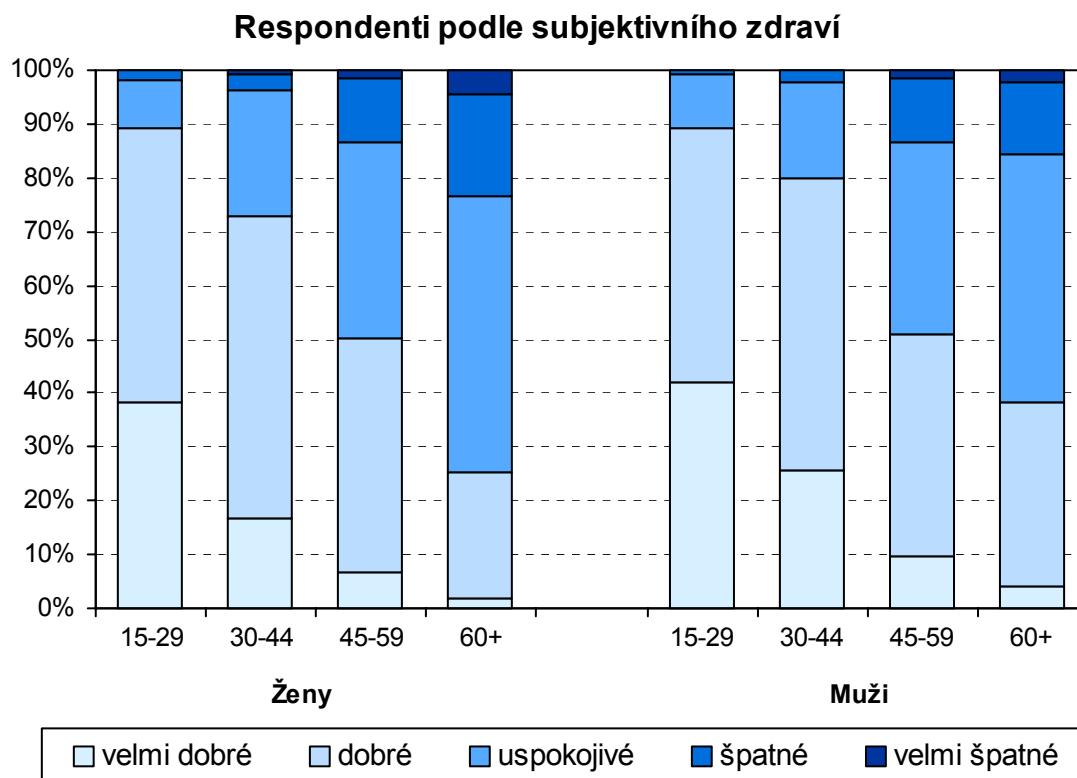
Z hlediska vzdělání se nejhůře zdravotně cítily osoby se základním vzděláním, s rostoucí úrovní dosaženého vzdělání se pocit subjektivního zdraví zlepšoval, přičemž u žen jsou rozdíly mezi jednotlivými vzdělanostními skupinami výraznější než u mužů. Ženy se základním vzděláním hodnotily své zdraví jako špatné nebo

velmi špatné až 9x častěji než ženy s vysokoškolským vzděláním, u mužů byl tento poměr nižší, a to 3,5.

Osoby zaměstnané, ve srovnání s osobami nezaměstnanými, vnímaly svůj zdravotní stav lépe, nezaměstnaní muži hodnotili své zdraví více než 9x častěji jako špatné než muži zaměstnaní, u žen tento poměr představoval hodnotu 4.

Z hlediska rodinného stavu byl zaznamenán statisticky významný rozdíl mezi osobami žijícími v manželství nebo v nesezdaném soužití a osobami rozvedenými, ovdovělými či žijícími odděleně. Pro obě pohlaví platí, že rozvedení a ovdovělí posuzovali svůj zdravotní stav jako špatný více než 2x častěji než ti, kteří žijí v manželství či v nesezdaném soužití.

S rostoucím příjmem se pocit subjektivního zdraví zlepšuje. Muži, jejichž domácnost vykazuje průměrný měsíční příjem do 5 000 Kč na osobu, hodnotili své zdraví téměř 5x častěji jako špatné než muži s příjmem domácnosti nad 9 000 Kč na osobu, u žen tento poměr představoval hodnotu 4.



## 4. Jak jsme nemocní

### 4.1. Co říká o nemocnosti statistika

#### 4.1.1. Vrozené vady

Z údajů o vrozených vadách vyplývá, že chlapců s vrozenou vadou se rodí zhruba o 50 % více než dívek. Odečteme-li ale hypospádie, typickou vadu vázanou na mužské pohlaví, se kterou se rodí zhruba 250 chlapců ročně, pak poměr chlapců a dívek s vrozenou vadou je 4:3.

S vrozenými vadami souvisí i úmrtnost dětí do 1 roku. Již od narození se chlapci jeví jako „křehčí“ pohlaví; mají vyšší úmrtnost jak v celkové kojenecké úmrtnosti, tak ve všech jejích složkách. A tak jen díky tomu, že se živě narodí více chlapců než dívek (zhruba 51:49), přetrvává vyšší podíl mužů v populaci až do věku 35 let.

#### Podíl zemřelých v % podle pohlaví a dnů

Rok	Do 7 dnů		Do 28 dnů		Do 1 roku	
	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci
1993	42,0	58,0	42,2	57,8	41,3	58,7
1996	43,3	56,7	48,7	51,3	47,0	53,0
1999	42,4	57,6	41,4	58,6	46,5	53,5
2001	44,7	55,3	43,4	56,6	41,1	58,9
2002	40,8	59,2	45,4	54,6	43,9	56,1

#### 4.1.2. Diabetes mellitus

Počet diabetiků v populaci neustále narůstá a v celém období sledování je v ženské populaci asi o 15 % větší výskyt diabetu než u mužů. Vzhledem k tomu, že s přibývajícím věkem se zvyšuje i pravděpodobnost výskytu diabetu, je obtížné odhadnout, zda ženy tato choroba postihuje častěji, protože není k dispozici věkové složení diabetiků.

#### Počet osob léčených na diabetes mellitus (DM) v ČR k 31.12

Rok	Počet osob		Přepočít na 100 000 obyvatel	
	ženy	muži	ženy	muži
1990	264 944	214 181	4 252,3	4 973,4
1993	274 051	219 944	5 156,5	4 382,0
1996	324 281	258 145	6 121,9	5 150,5
1999	345 388	278 698	6 545,1	5 572,8
2002	362 735	304 400	6 926,9	6 128,8



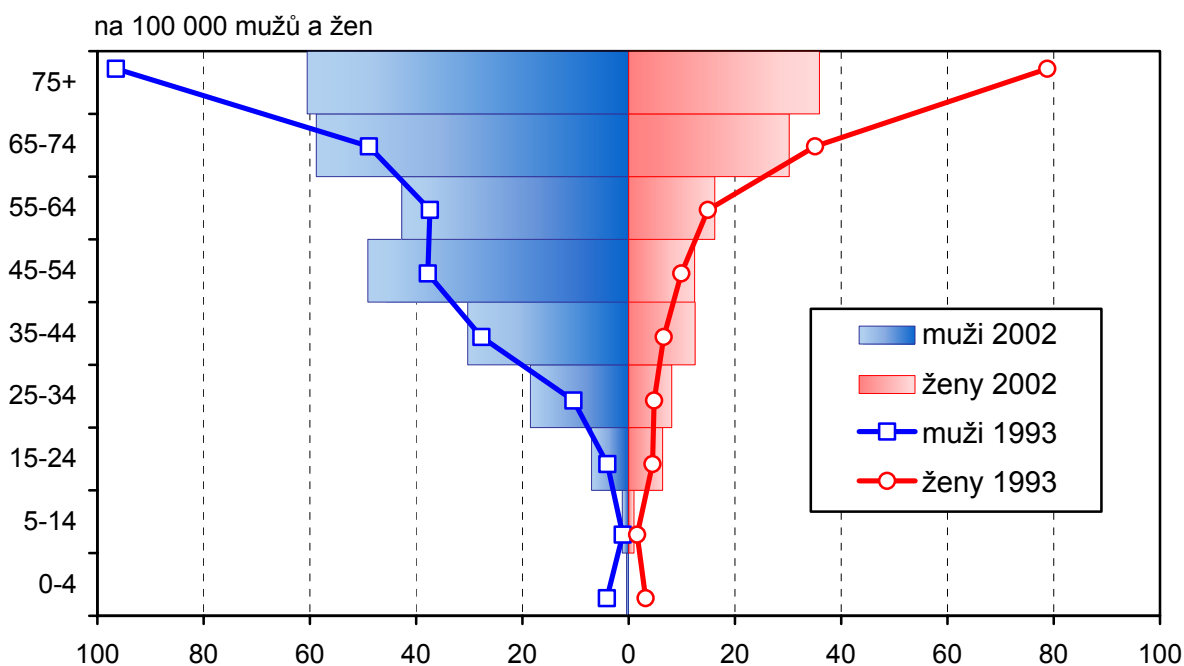
### 4.1.3. Infekční nemoci a tuberkulóza

Při dlouhodobém sledování lze i u některých infekčních chorob pozorovat rozdílnou vnímavost žen a mužů k určitým onemocněním. Příkladem mohou být střevní infekce, kde ženy a muži jsou k některým bakteriím nestejně vnímaví nebo neuroinfekce, ke kterým jsou zřetelně náchylnější muži. Rozdíly jsou také patrné například u Lymeské nemoci (častěji onemocní ženy) nebo u streptokokového onemocnění „růže“, kterým nejčastěji onemocní ženy vyšších věkových kategorií.

Situaci tuberkulózy v ČR je možno posuzovat jako příznivou. V roce 2002 bylo zaznamenáno nejméně onemocnění v celé historii sledování tuberkulózy v ČR. Ve druhé polovině 90. let byl patrný přesun onemocnění do rizikových skupin obyvatelstva, bezdomovců a cizinců. Mezi rokem 2000 a 2001 narostl podíl cizinců na celkovém počtu onemocnění z 10 na 14 %. Ale tento trend rostoucího počtu onemocnění mezi cizinci se v roce 2002 zastavil.

Onemocnění tuberkulózou (TBC) je zhruba 2x častěji diagnostikováno u mužů než u žen. Je to způsobeno větší náchylností mužů k TBC dýchacího ústrojí, která tvoří více než 86 % všech onemocnění TBC. V roce 1970 bylo hlášeno 3 475 nových onemocnění TBC dýchacího ústrojí u mužů (tj. 73 onemocnění na 100 000 mužů) a 1 952 onemocnění tuberkulózou dýchacího ústrojí u žen (tj. 39 onemocnění na 100 000 žen). V roce 2002 to bylo 682 onemocnění (14/100 000) u mužů a 317 u žen (6/100 000). Ženy naopak onemocní častěji než muži jinou tuberkulózou než dýchacího ústrojí - 95 žen (2/100 000) a 62 mužů (1/100 000). Úmrtnost na TBC je v České republice velmi nízká.

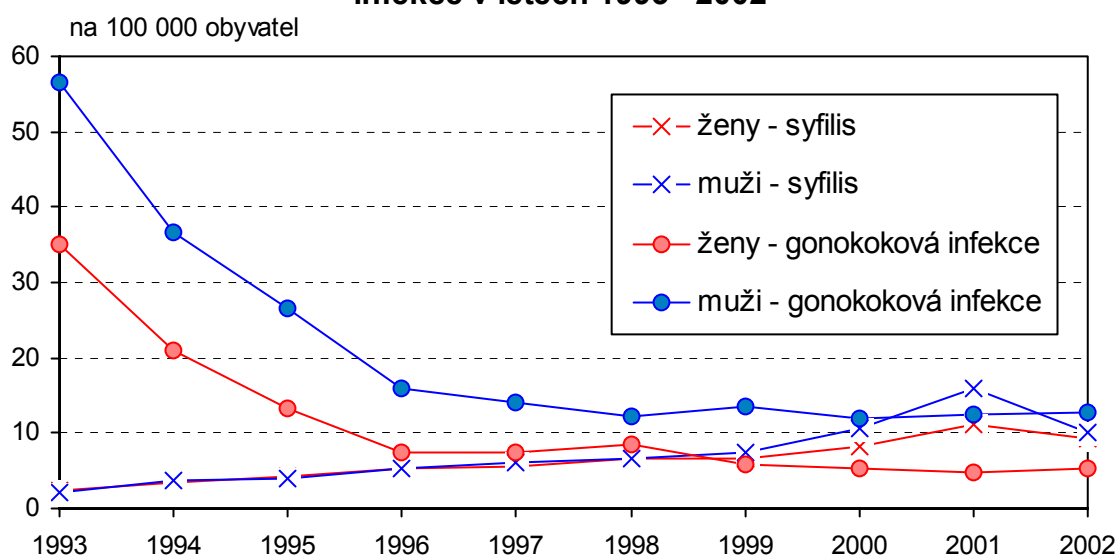
**Porovnání incidence TBC v letech 2002 a 1993**



#### 4.1.4. Pohlavní nemoci, HIV a AIDS

V České republice pozorujeme opačné trendy výskytu „klasických“ pohlavních nemocí - gonokokové infekce (kapavky) a syfilis (příjice). Zatímco počet hlášených onemocnění gonokokovou infekcí od sedmdesátých let minulého století do roku 2000 soustavně klesal, výskyt syfilis během devadesátých let minulého století stoupal a nárůst počtu onemocnění je zřetelný i v letech 2000 - 2002. (Tento vzestup je ovlivněn výskytem syfilis mezi cizinci v azylových zařízeních. Z celkového počtu hlášených případů onemocnění tvoří 59,4 % cizinci.)

**Vývoj počtu hlášených případů syfilis a gonokokové infekce v letech 1993 - 2002**



U žen i mužů je charakter vývoje obou jmenovaných onemocnění shodný. Muži však vykazují vyšší počet případů onemocnění po většinu sledovaného období.

Nejrizikovějšími skupinami jsou v případě syfilis ženy ve věku 20 - 29 let a muži ve věku 25 - 34 let. Gonokokovou infekcí jsou nejvíce postiženy o něco mladší věkové skupiny - ženy 15 - 24 let a muži 20 - 29 let. Varovným ukazatelem jsou onemocnění syfilis u desítek těhotných žen, ročně kolem 80 případů.

Ke konci roku 2002 bylo v České republice registrováno 601 HIV pozitivních osob - Čechů (545) a osob jiné národnosti s dlouhodobým pobytem v ČR (56). Navíc 178 HIV pozitivních osob bylo zjištěno mezi cizinci s přechodným pobytem v České republice. V posledních letech přibývá v ČR ročně okolo 50 nových případů.

HIV se přenáší převážně sexuálním stykem, který se v ČR podílí na šíření infekce více než 80 %. Zatímco se podíl homosexuálního přenosu na celkovém počtu

onemocnění příliš nemění, narůstá podíl přenosu heterosexuálního. Počet osob, které se nakazily heterosexuálním stykem tvoří již 30 % všech infikovaných.

Se stoupajícím počtem heterosexuálně přenesených infekcí stoupá výskyt infekce HIV u žen. Ženy tvoří již přes 20 % ze všech osob, které jsou nakaženy HIV.

U 7 % nakažených žen byla nákaza zjištěna v rámci běžně prováděných těhotenských testů. Celkem bylo registrováno 63 těhotenství u HIV infikovaných žen, donošeno bylo 46 dětí, nákaza byla potvrzena u 3 z nich.

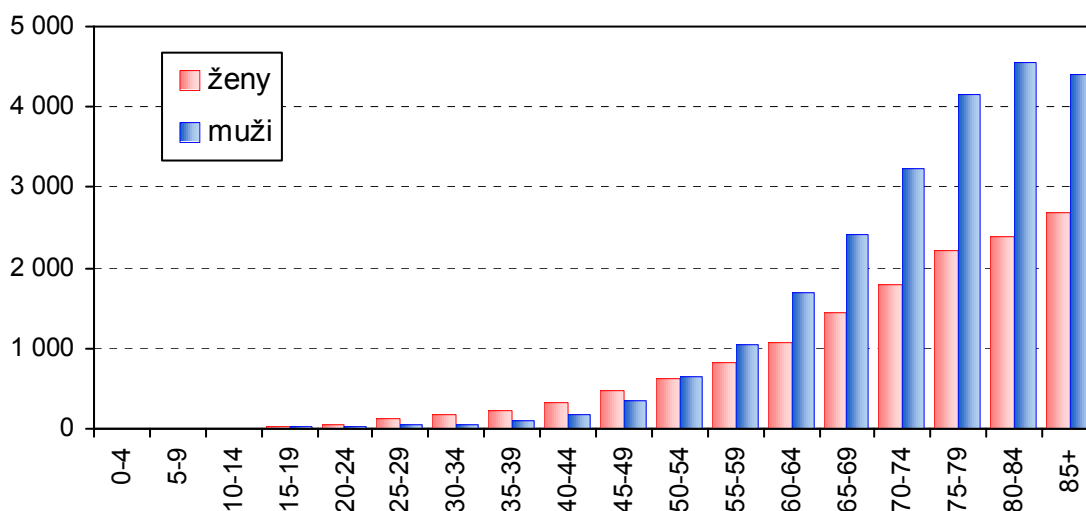
Česká republika se v Evropě řadí k zemím s nejmenším výskytem HIV/AIDS.

#### 4.1.5. Novotvary

Zhoubné novotvary (ZN) patří mezi nejzávažnější onemocnění vůbec a v České republice jsou druhou nejčastější příčinou smrti. Vzhledem k tomu, že novotvary podléhají povinné registraci v Národním onkologickém registru, jsou k dispozici velmi podrobné informace o rozšíření a úmrtnosti na tato onemocnění, a lze tedy porovnávat jak incidenci, tak prevalenci i úmrtnost u žen a mužů.

S přibývajícím věkem přibývá i pravděpodobnost onemocnění ZN, a proto, jak již bylo uvedeno dříve, je potřeba odstranit vliv věkové struktury, a tedy všechny dále zmiňované údaje jsou přepočítány na evropský standard.

Hlášená onemocnění ZN v roce 2000



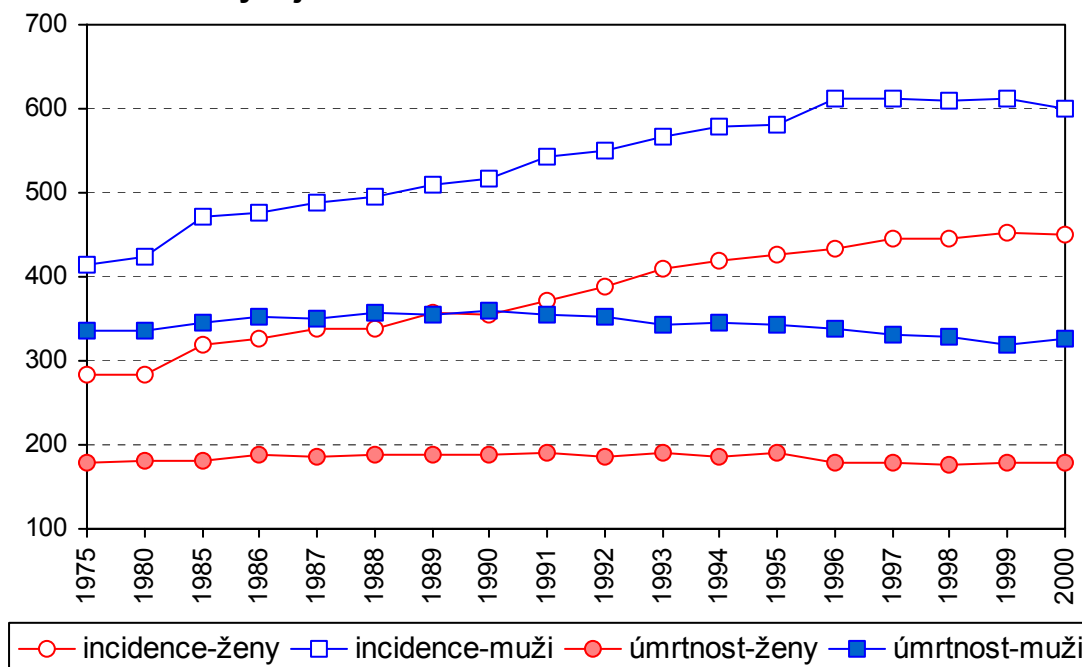
Dlouhodobý vývoj počtu hlášených onemocnění je jak u mužů, tak i u žen v České republice nepříznivý. I po odstranění vlivu zhoršující se věkové struktury je vidět, že vzrostl počet hlášených onemocnění za posledních 26 let u žen o 60 % a u mužů o 45 %, a znamená to, že v roce 2000 bylo hlášeno 59 514 nových případů ZN, z toho 29 898 ZN u žen a 29 616 ZN u mužů.

Nejčastěji hlášeným onemocněním bývá diagnóza Jiný zhoubný novotvar kůže. V roce 2000 byla u mužů diagnostikována v 6 108 případech a u žen v 5 908 případech. Ale vzhledem ke své nízké míře fatality, častému mnohočetnému výskytu a opakování - jinými slovy malé závažnosti ve srovnání s ostatními ZN - bývá často ze srovnávání vyřazována. Vyjma této diagnózy (Jiný ZN kůže) jsou nejčastějším ZN u mužů jednak zhoubné novotvary plic, dále kolorektální ZN (tj. tlustého střeva a konečníku) a zhoubný novotvar prostaty. Na rozdíl od kolorektálních ZN a ZN prostaty, jejichž počty neustále rostou, ZN plic u mužů má v posledních letech mírně klesající tendenci.

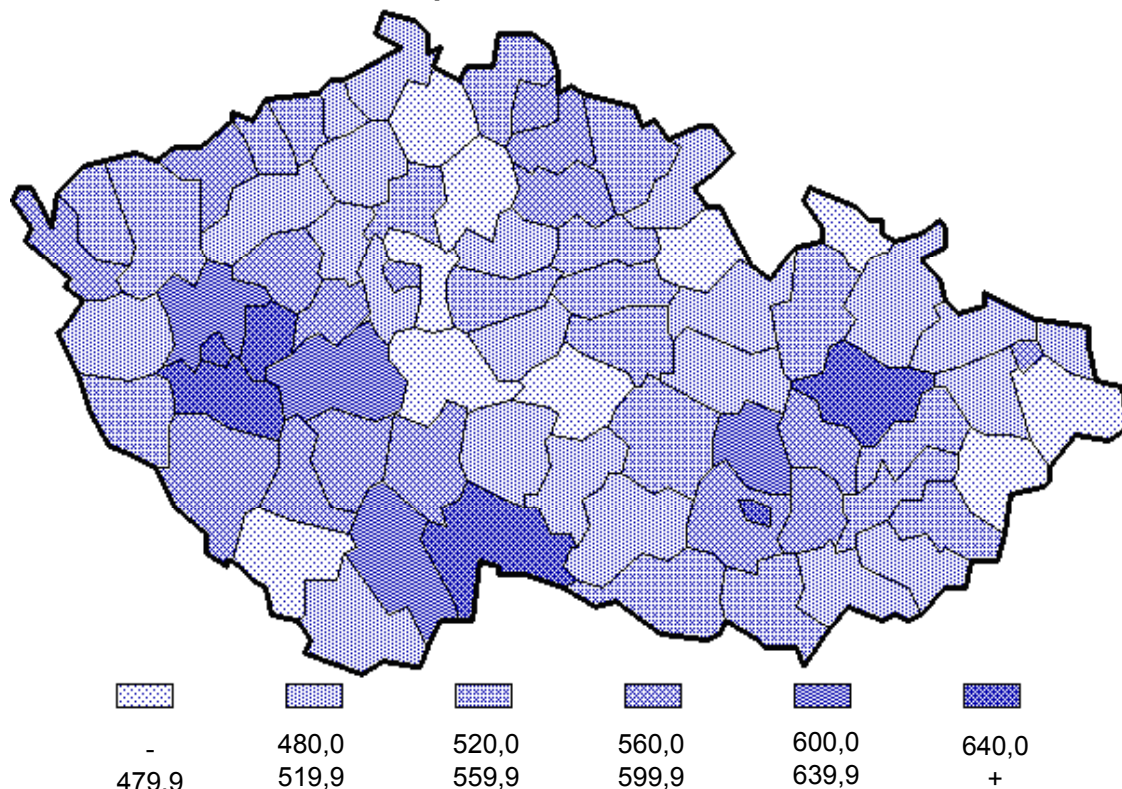
U žen je nejčastější a zároveň nejzávažnější zhoubný novotvar prsu, jehož incidence stále narůstá. Další velkou skupinou jsou ZN pohlavního ústrojí, které však spíše klesají nebo stagnují. Struktura gynekologických zhoubných novotvarů se ale postupně mění, klesá podíl ZN děložního čípku a zvyšuje se podíl ZN vaječníků a těla děložního. Znepokojivý je u žen růst ZN plic, který je ale zatím zhruba 5x méně častý než u mužů.

Vzhledem ke zkvalitnění diagnostiky a léčby není zvýšený výskyt nádorových onemocnění naštěstí následován zvýšením úmrtnosti. Celková úmrtnost na ZN prakticky stagnuje a po mírném zvýšení na začátku devadesátých let byla standardizovaná úmrtnost na ZN v roce 2000 u obou pohlaví nižší než v sedmdesátých letech.

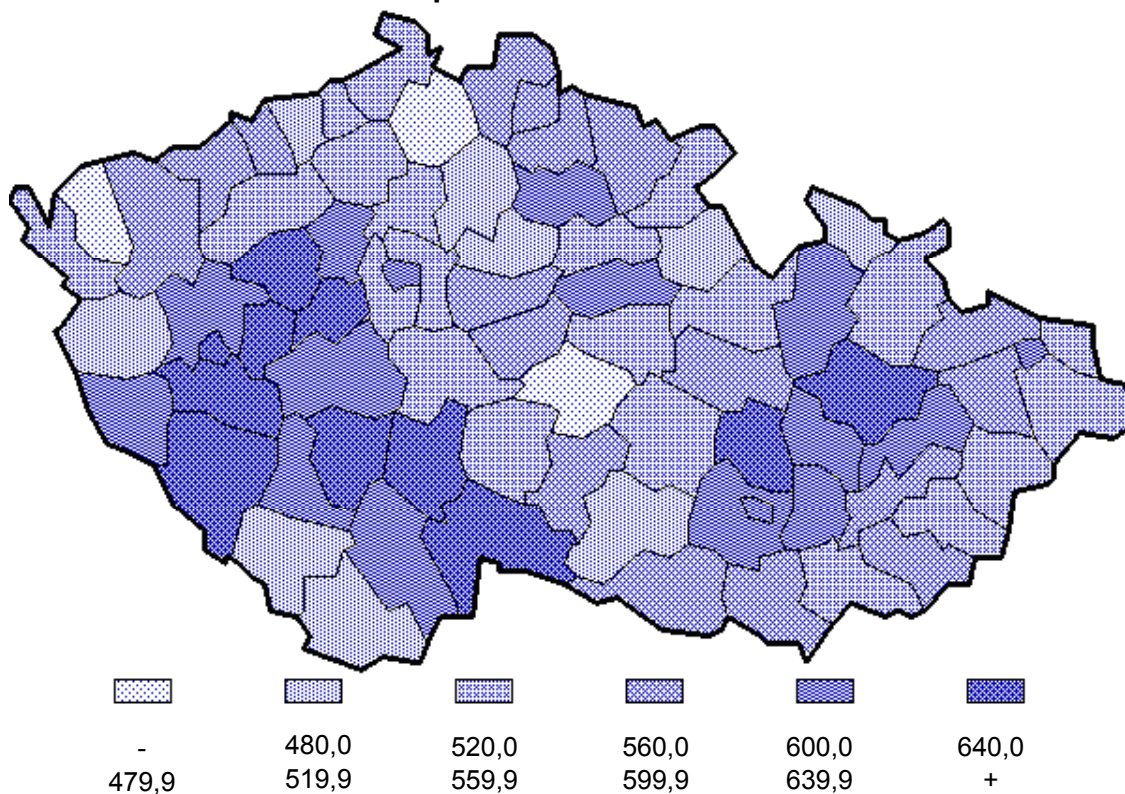
Vývoj standardizované incidence a úmrtnosti



**Zhoubné novotvary (C00 - C97, D00 - D09) na 100 000 žen  
průměr 1996 - 2000**



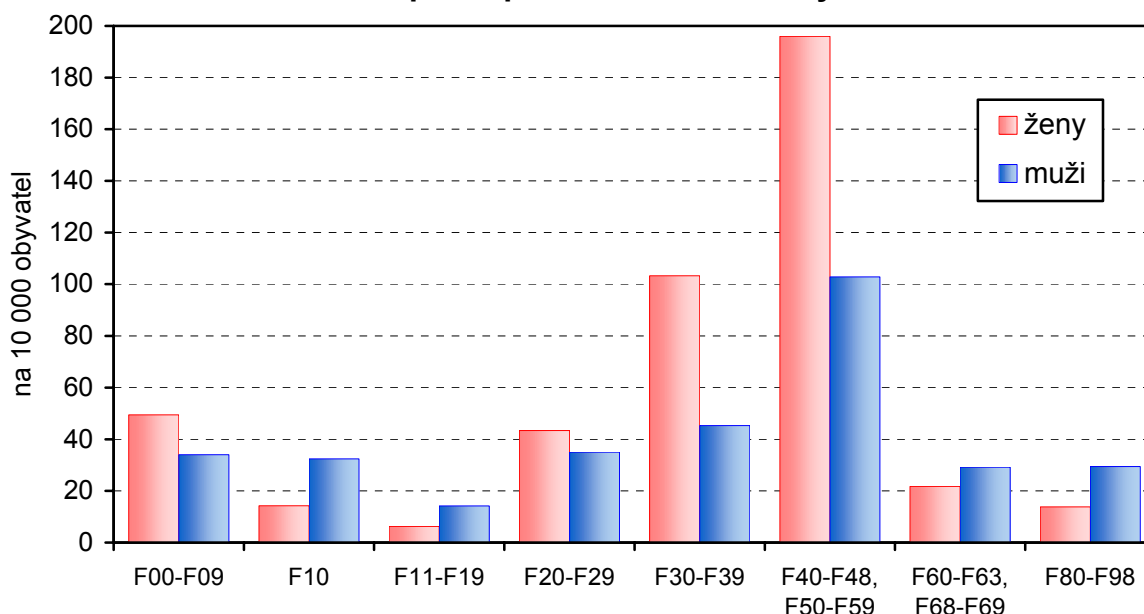
**Zhoubné novotvary (C00 - C97, D00 - D09) na 100 000 mužů  
průměr 1996 - 2000**



#### 4.1.6. Psychické zdraví

V České republice pozvolna pokračuje trend nárůstu počtu osob s psychickými problémy. V roce 2002 bylo v Česku provedeno 2 326 852 ambulantních psychiatrických ošetření – vyšetření, což představuje oproti roku 2001 nárůst o 8,3 %. Z porovnání počtu vyšetření podle pohlaví vyplývá, že na psychiatrických odděleních bylo vyšetřeno zhruba o 50 % více žen než mužů. Nejčastějšími příčinami vyšetření byly neurotické a afektivní poruchy, kde měly ženy významně (zhruba dvojnásobně) vyšší zastoupení. Následovaly organické duševní poruchy a schizofrenie, zde byly rozdíly mezi počty vyšetření na 10 000 obyvatel u jednotlivých pohlaví vyrovnanější. Zdá se, že ženy jsou z hlediska emočního labilnější než muži, kteří se s problémovými situacemi vyrovnávají lépe, nebo si je vůbec nepřipouští.

**První ošetření na ambulantních pracovištích psychiatrie  
v roce 2002 podle pohlaví na 10 000 obyvatel**



F00-F09 Organické duševní poruchy

F11-F19 Poruchy vyvolané ost. psychoaktivními látkami

F30-F39 Afektivní poruchy

F60-F63, F68-F69 Poruchy osobnosti

F10 Poruchy vyvolané alkoholem

F20-F29 Schizofrenie

F40-F48, F50-F59 Neurotické poruchy

F80-F98 Vývojové poruchy v dětství  
a adolescenci

U mužů byla častější vyšetření na poruchy vyvolané alkoholem a ostatními psychoaktivními látkami. To potvrzuje závěry řady studií, podle nichž je v mužské populaci častější výskyt alkoholismu a toxikomanie. V počtu vyšetření však nemusí být nutně zahrnuty pouze osoby s klinickými obtížemi, ale také jedinci, kteří podstoupili vyšetření z důvodů vydání některých průkazů, např. držitele zbrojního pasu, řidiče z povolání atd. Vyšší úroveň prevalence u mužů byla zjištěna také na poruchy osobnosti a poruchy psychického vývoje v dětství a adolescenci.

#### 4.1.7. Ostatní nemoci

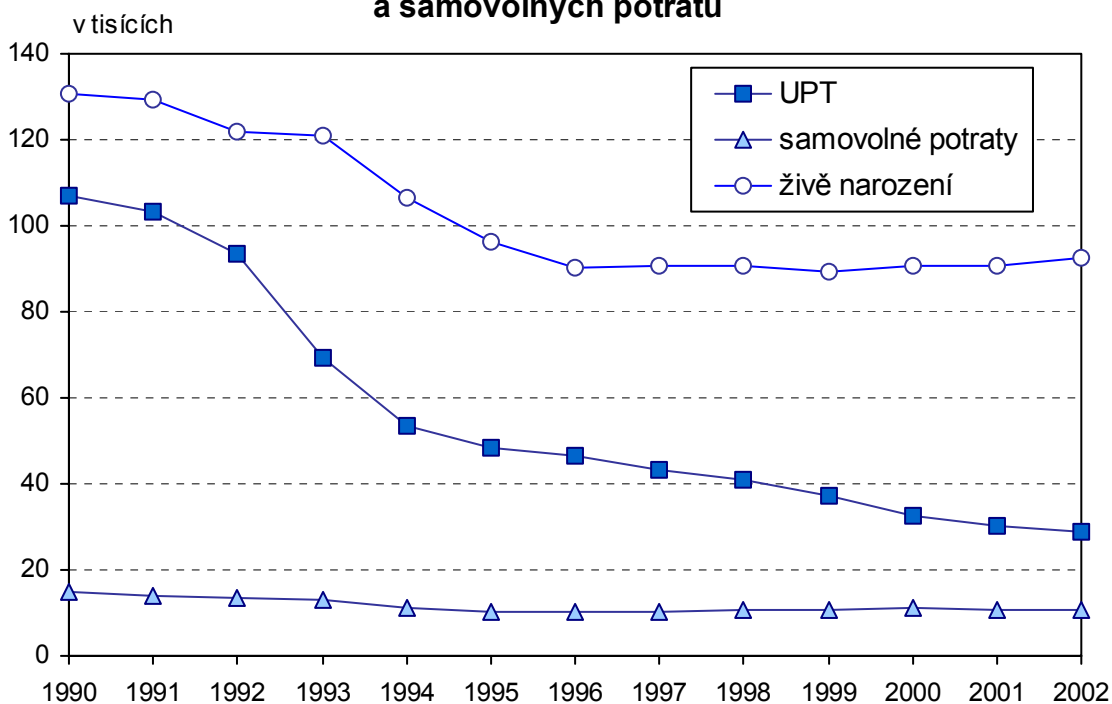
O ostatních nemocech máme ze statistiky málo informací v potřebném rozdělení podle věku a pohlaví.

Na incidenci jiných nemocí např. oběhového systému nebo pohybového aparátu můžeme usuzovat jen zprostředkovaně z počtu léčených nemocí (viz kapitola o pracovní neschopnosti (PN) nebo o hospitalizaci). Tyto údaje mají ale omezenou vypovídací schopnost, protože PN se týká pouze obyvatelstva v produktivním věku a hospitalizace zase jen závažných stavů nemocí.

#### 4.1.8. Potraty

Detailní data jsou k dispozici za potraty (spontánní potraty a umělá přerušení těhotenství) a za porody. Vývoj potratů je velmi příznivý, protože se jejich počet každoročně snižuje a v roce 2002 připadlo na tisíc žen fertilního věku 15,6 potratů, kdežto před deseti lety to bylo prakticky třikrát tolik. Počet spontánních potratů se za tuto dobu prakticky nezměnil.

**Vývoj počtu živě narozených dětí, UPT  
a samovolných potratů**



## 4.2. Co říkají o svých nemocech respondenti

V již zmiňovaném šetření HIS 2002 byl respondentům předložen seznam 22 nemocí a zjišťovalo se,

- zda tuto chorobu respondent má, nebo zda ji prodělal v minulosti
- zda byla obtíž diagnostikována lékařem a zda respondent měl tento problém v posledních 12-ti měsících
- zda respondent užíval v posledních 12-ti měsících léky či podstoupil léčení kvůli těmto potížím
- do jaké míry jej tato choroba v současnosti omezuje

Na otázku: „Máte nějakou dlouhodobou nemoc nebo zdravotní problém“ odpovědělo záporně 36,2 % žen a 47,0 % mužů.

U mužů je prevalence dlouhodobých onemocnění nižší než u žen, ženy vykazují chronické onemocnění téměř 2x častěji než muži, a to i po odstranění vlivu věkové struktury. Je patrné, že s rostoucím věkem se procento respondentů, kteří trpí nebo trpěli nějakým chronickým onemocněním u obou pohlaví zvyšuje. U mužů ve věku nad 60 let se chronická onemocnění vyskytovala v posledních 12-ti měsících až 8x častěji než u mužů ve věku do 30 let, u žen tento poměr představoval hodnotu 12.

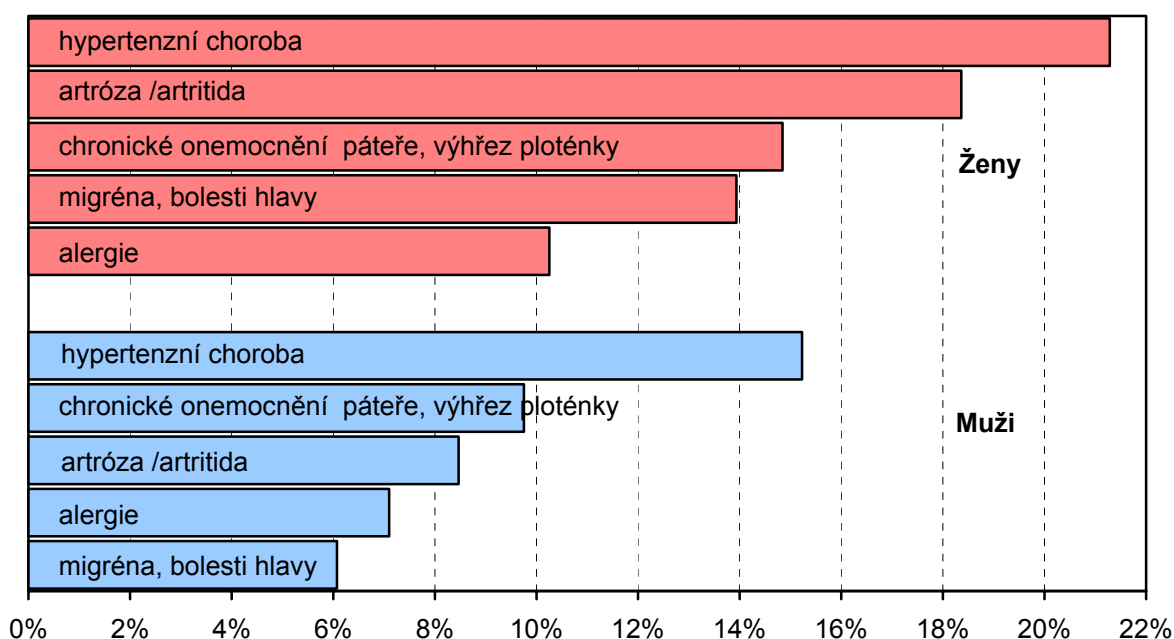
Z hlediska základních socio-demografických charakteristik nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly v celkové prevalenci chronických onemocnění. Pokud bychom však sloučili osoby bez nemoci a s neomezující nemocí do jedné kategorie a osoby s omezující nemocí do druhé kategorie, statisticky významné rozdíly jsou patrné z hlediska rodinného stavu, příjmu a ekonomické aktivity. Logistickou regresí bylo zjištěno, že osoby rozvedené a ovdovělé vykazují až 1,5x častěji omezující nemoc než osoby žijící v manželství či v nesezdaném soužití, tento rozdíl je patrný především u žen, u mužů nebyla potvrzena jeho statistická významnost. Z hlediska příjmu byl zaznamenán statisticky významný rozdíl mezi osobami s nízkým a vysokým příjmem, osoby s průměrným měsíčním příjmem domácnosti do 5 000 Kč na 1 osobu vykazovaly 1,4x častěji výskyt omezujícího chronického onemocnění než osoby s příjmem nad 9 000 Kč, tento rozdíl byl patrný především u mužů. Nezaměstnaní muži a ženy vykazovali 2x častěji omezující chronické onemocnění než osoby zaměstnané. Rozdíly podle vzdělání nebyly statisticky významné.

Téměř u všech chronických nemocí byla prevalence mezi ženami vyšší než u mužů, nejvýraznější rozdíly byly zaznamenány u onemocnění osteoporózou (ženy vykazují toto onemocnění až 6x častěji než muži) a u onemocnění štítné žlázy (ženy trpí tímto onemocněním více než 9x častěji než muži), tato onemocnění jsou spojena s produkcí hormonů, a proto se jejich prevalence u mužů a u žen liší. Výrazný rozdíl byl zaznamenán také u prevalence migrény, ženy jí trpí až 2,5x častěji než muži.



Ze všech osob, které uvedly, že mají nebo prodělaly nějaké chronické onemocnění, bylo v 95 % případů onemocnění diagnostikováno lékařem, přičemž mezi muži a ženami nebyl v tomto ukazateli zaznamenán výrazný rozdíl. Respondenti nejméně často navštěvovali lékaře s obtížemi jako jsou migréna, chronická úzkost či deprese (65 % diagnostikováno lékařem), potíže se střevy a alergie (85 % diagnostikováno lékařem). Migréna, jaterní nemoci a chronické onemocnění páteře byla častěji potvrzena lékařskou diagnózou u žen než u mužů, naopak muži navštěvovali lékaře častěji než ženy v případě chronické úzkosti, deprese a dlouhodobých potíží se střevy.

### Prevalence nejčastějších chronických onemocnění



Z hlediska příjmu byl nejvyšší průměrný počet chronických onemocnění zaznamenán u osob s průměrným měsíčním příjmem domácnosti do 5 000 Kč na osobu, s rostoucím příjmem se tento počet snižoval a u osob s průměrným měsíčním příjmem nad 9 000 Kč byl průměrný počet chronických onemocnění nejnižší. Statisticky významný byl také rozdíl v průměrném počtu chronických onemocnění z hlediska rodinného stavu, a to především u žen. U osob svobodných byl zaznamenán nejvyšší počet chronických onemocnění, zatímco nejnižšího počtu dosahovala chronická onemocnění u osob žijících v manželství či nesezdaném soužití. Z hlediska vzdělání byl nejvyšší průměrný počet onemocnění zaznamenán u osob se základním vzděláním, nejnižší pak u osob se vzděláním středním. Nezaměstnaní muži a ženy vykazovali vyšší průměrný počet chronických onemocnění než osoby zaměstnané.

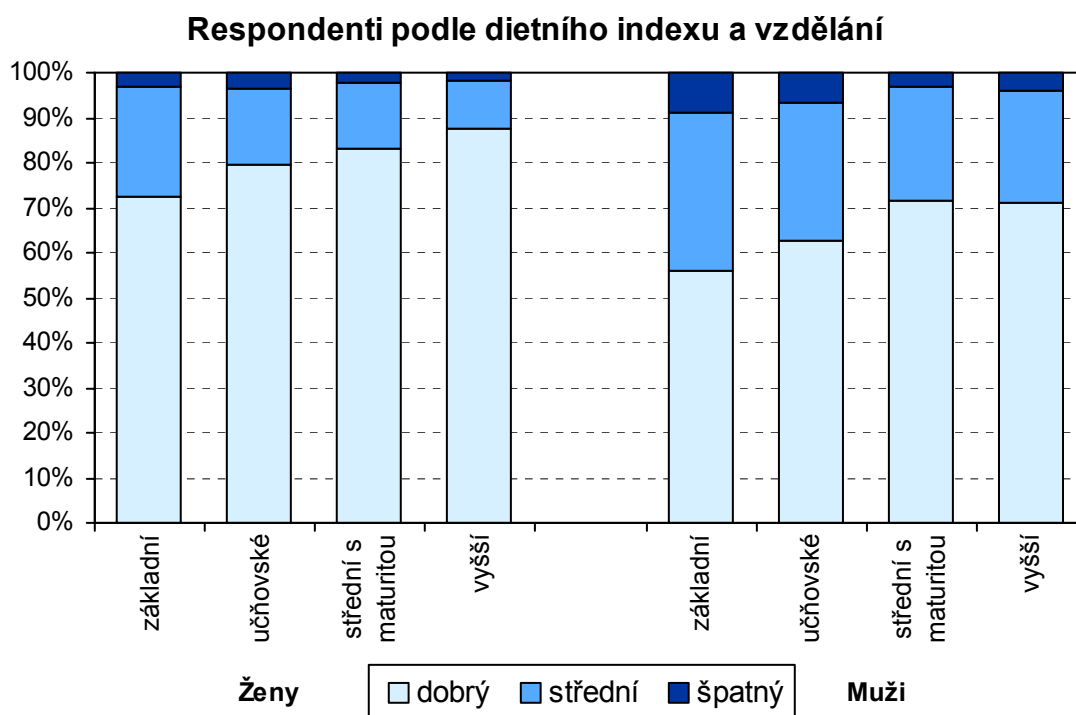
## 5. Jak ovlivňujeme své zdraví

Za významnou determinantu zdraví je považován také životní styl. Změny životního stylu v posledním desetiletí se promítly do obrazu zdraví obyvatel v podobě dvou protichůdných tendencí. Jednak v pozitivně vyznívajícím směru, spočívajícím ve vyšším zájmu mnoha lidí o posilování potenciálu zdraví (např. v oblasti výživy, či pravidelného pohybu, sportování), jednak v sílícím zdravotním riziku (zvláště v oblasti stresů, dlouhého vysedávání u počítače či televize, workoholismu, toxikomanie). Tyto negativní projevy životního stylu postihují nejen fyzickou, ale i psychickou stránku osobnosti.

Dalo by se tedy říci, že pravidla, jak si nepoškozovat zdraví, jsou obecně známá: nepřejídat se, nekouřit, alkohol pít jen s mírou, nenechávat tělo příliš lenivět a pokud možná vyhýbat se stresům. Ne každý ale o své zdraví pečuje, nebo si stanovuje vlastní modifikaci pravidel. V šetření HIS se zjišťovalo, jak rozdílné mají muži a ženy stravovací návyky a s tím související index tělesné hmotnosti (BMI), dále byl sledován podíl kuřáků a nekuřáků mezi pohlavími, podíl abstinentů a pravidelných konzumentů alkoholu a také fyzická aktivita ve volném čase.

### 5.1. Stravovací návyky

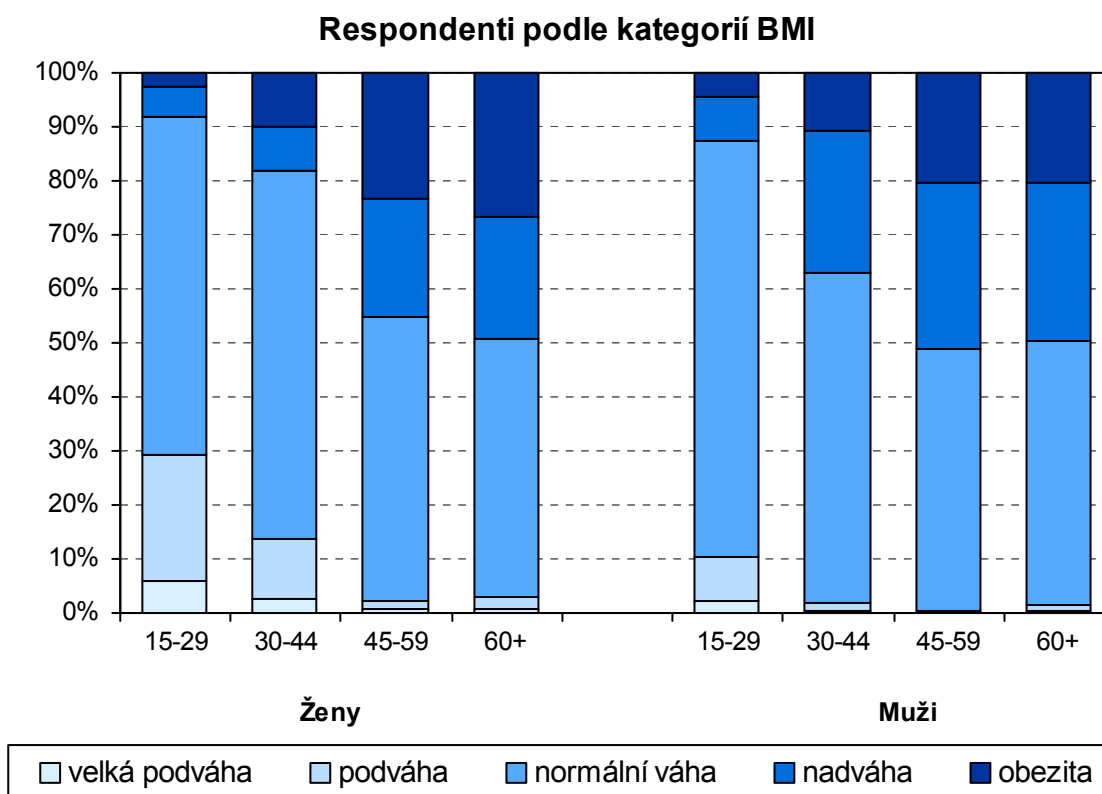
V šetření byli respondenti dotázáni na 8 dietních zásad a na základě jejich dodržování byl zkonstruován tzv. dietní index (DI). Respondenti byli poté rozděleni do 3 skupin: s dobrým DI, středním DI a špatným DI. Do skupiny s dobrým DI patřilo



65 % mužů a 80 % žen. Do skupiny se špatným DI se zařadilo téměř 6 % mužů, ale 3 % žen. Z hlediska věku je patrné, že nejméně na dodržování stravovacích zásad dbají mladí muži ve věku 15 - 34 let. Právě v této věkové kategorii je rozdíl mezi muži a ženami nejvyšší. S přibývajícím věkem přibývá osob s dobrým DI především u mužů. Také s rostoucím vzděláním roste i podíl osob s dobrým DI. Podíl osob se základním vzděláním a dobrým DI je výrazně nižší než podíl osob s vysokoškolským vzděláním a dobrým DI.

## 5.2. Index tělesné hmotnosti (BMI)

Tento ukazatel udává poměr tělesné hmotnosti (váhy) k druhé mocnině tělesné výšky. Obecně se dá říci, že podle šetření HIS byla v roce 2002 průměrná váha ženy 67,1 kg, muže 81,4 kg a že BMI je nejnižší ve věkové kategorii 15 - 24 let. S rostoucím věkem se BMI zvyšuje a maximální hodnoty dosahuje ve věkové kategorii 55 - 64 let. Zde dochází ke zlomu – BMI je u žen poprvé vyšší než u mužů a v dalších věkových skupinách se BMI snižuje, ale u žen zůstává vyšší než u mužů.

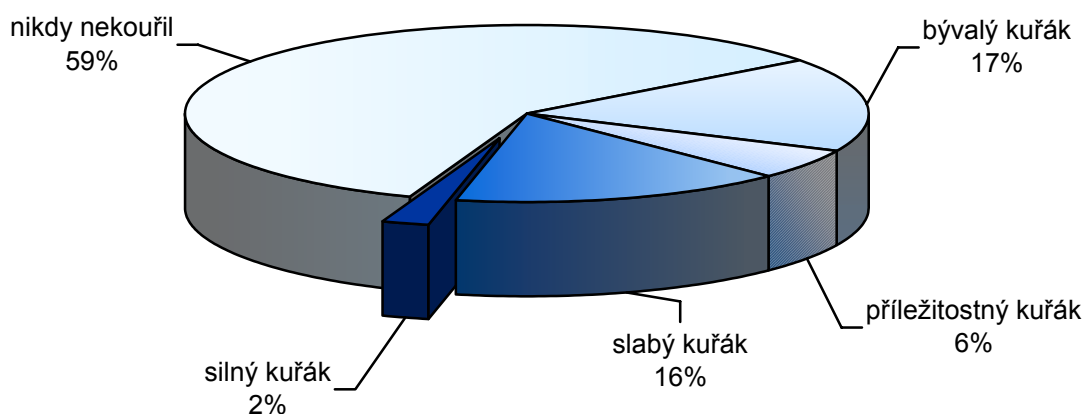


V porovnání s předchozími šetřeními se ukazuje, že BMI se u obou pohlaví mírně zvyšuje.

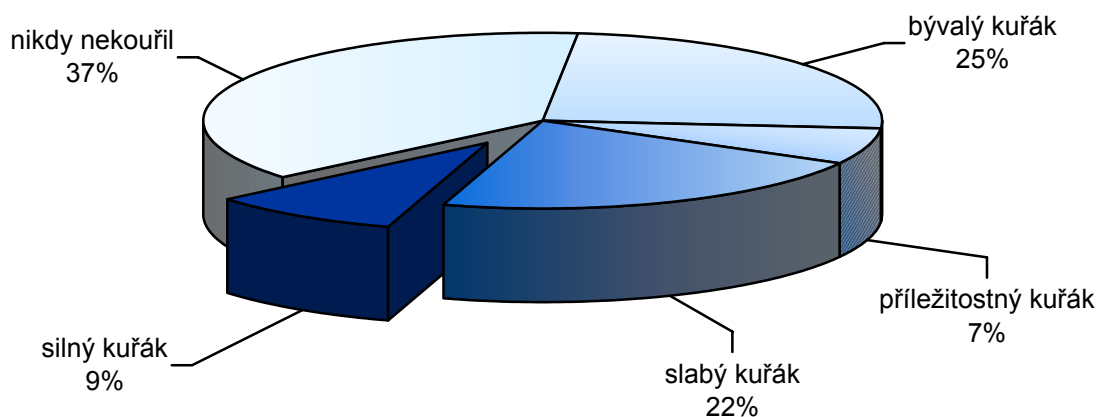
### 5.3. Kuřáctví

Podle výsledku šetření HIS 2002 nikdy nekouřilo téměř 40 % mužů a 60 % žen. Pravidelně kouřila téměř 1/3 mužů a necelá pětina žen. Ze všech pravidelných kuřáků bylo u mužů 30 % silných kuřáků (20 a více cigaret denně) a u žen pouze 13 %. Zajímavé je rozdělení kuřáků podle dosaženého vzdělání. Nejvíce pravidelných kuřáků je mezi muži se základním a učňovským vzděláním (45,3 % resp. 41,1 %). U žen je v těchto vzdělanostních skupinách rovněž vysoký podíl pravidelných kuřáček (základní 27 %, učňovské 25 %). Nejméně pravidelných kuřáků je mezi osobami s vysokoškolským vzděláním (ženy 10 %, muži 13 %).

#### Ženy podle typu kouření



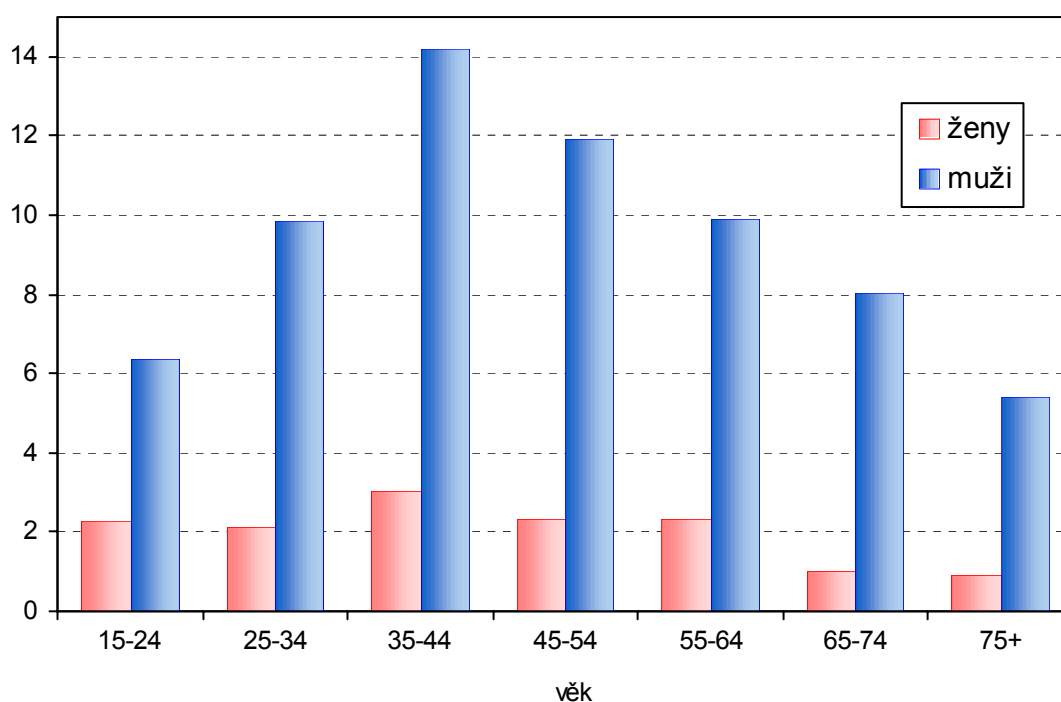
#### Muži podle typu kouření



## 5.4. Konzumace alkoholu

Celoživotními abstinenty bylo téměř 20 % žen, ale pouze 7 % mužů. V pití upřednostňují muži pivo a destiláty, ženy naopak víno a aperitiv. Muži např. konzumovali pivo v průměru 8x měsíčně, tedy až 6x častěji než ženy, destiláty pak 2,5x častěji. V jednom měsíci vypili muži téměř 20 piv, ženy pouze 2 piva. Víno konzumovaly častěji ženy než muži, zato ale v menších dávkách, takže celkové množství vypitého vína bylo u obou pohlaví téměř shodné. Rizikovou skupinou populace zatíženou nadměrným konzumem alkoholu jsou především nezaměstnaní muži středního věku, ale i vysokoškolsky vzdělané ženy s vyšším příjmem.

**Průměrná týdenní spotřeba alkoholu (v dávkách 12 g)**

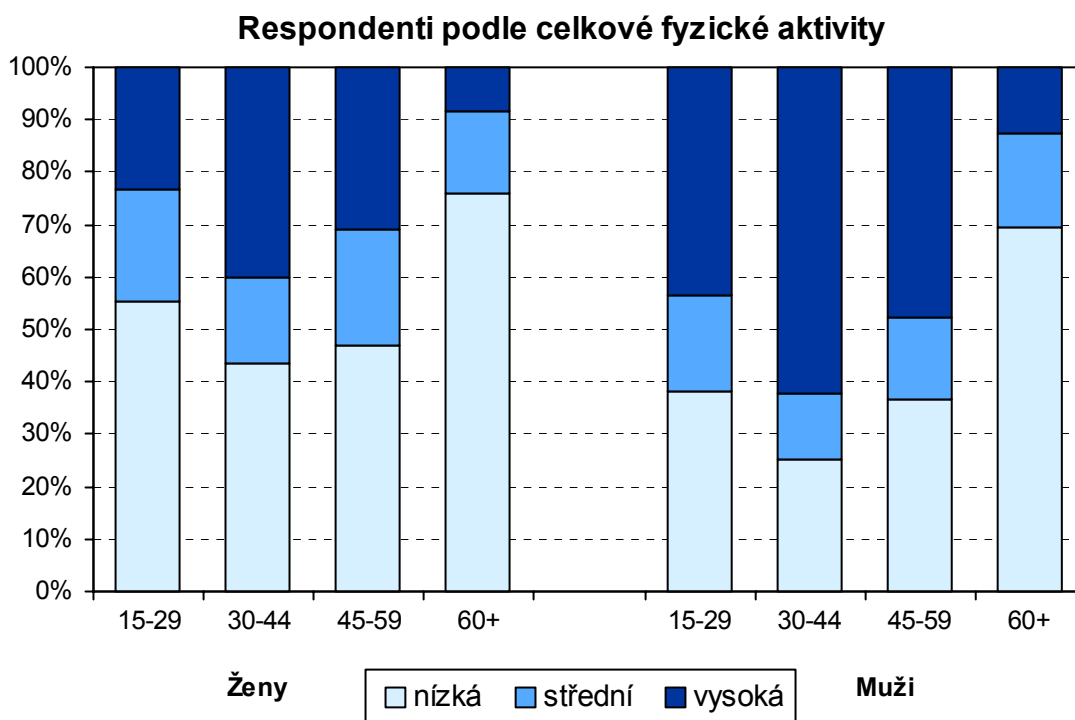


U obou pohlaví je nejvyšší podíl osob s častou konzumací alkoholu ve věkové skupině 35 - 44 let; z hlediska rodinného stavu byla nejvyšší spotřeba zaznamenána u rozvedených a ovdovělých mužů a svobodných žen.

Z hlediska ekonomické aktivity byly významné rozdíly mezi zaměstnanými a nezaměstnanými pouze u mužů. Nezaměstnaní muži vykazovali vyšší spotřebu alkoholu než zaměstnaní muži. U žen nebyly rozdíly statisticky významné.

### 5.5. Fyzická aktivita

Fyzická aktivita byla sledována jednak dotazem na typ aktivity (aktivní sport, rekreační sport, lehké aktivity a sedavé aktivity) a dále na čas, který respondenti danou aktivitou strávili. Ve sportovních typech aktivit jednoznačně převládli muži (rozdíl mezi muži a ženami je statisticky významný), zatím co v lehčích typech aktivit jsou podíly mužů a žen více vyrovnané a rozdíly nejsou tolik výrazné, i když ženy zde mírně převládají. Signifikantní rozdíly mezi ženami a muži byly zaznamenány také v průměrném počtu dnů, po které se respondenti věnovali jednotlivým druhům aktivit. Nejvyšší průměrnou dobu strávenou danou aktivitou vykazovala obě pohlaví v případě sedavých aktivit, naopak nejnižší průměrná doba byla u obou pohlaví zaznamenána u aktivního sportu. Opět je zde patrné, že muži se více a především déle věnují fyzicky náročným aktivitám.



## 6. Jak přistupujeme k léčbě

Zdravý způsob života přispívá k celkovému zdraví, ale záruka zdraví to není. Proto bylo zjišťováno, jak se v případě nemoci liší přístup mužů a žen k léčení. Ideální by bylo zjistit, s jakou nemocí a jak často navštěvují ženy či muži svého lékaře či stomatologa, zda pravidelně berou předepsané léky či dodržují doporučenou životosprávu. Takto podrobné údaje nejsou k dispozici, a proto byly použity ty dostupné údaje, které o přístupu k léčbě vypovídají alespoň částečně. To znamená – zda častěji nastupují v případě nemoci do pracovní neschopnosti muži či ženy, jak často jsou jedni či druzí hospitalizováni, zda chodí častěji k lékaři ženy či muži, a také jestli více užívají léky ženy či muži.

### 6.1. Ambulantní péče

V šetření byly zahrnuty rovněž otázky týkající se využívání ambulantní péče. Ty zjišťovaly, kolikrát během posledních 4 týdnů respondenti ohledně vlastního zdraví navštívili jakéhokoliv lékaře: praktického či závodního lékaře, lékařskou pohotovost, zubního lékaře a lékaře specialistu. Pokud respondenti uvedli, že lékaře v posledních 4 týdnech nenavštívili, bylo dále zjišťováno, kdy jej navštívili naposledy, resp. zda jej navštívili v průběhu posledních 12ti měsíců či před více jak rokem.

Z výsledků je zřejmé, že v průběhu posledních 4 týdnů navštívila jakéhokoliv lékaře přibližně 1/2 mužů a více než 2/3 žen. Naopak v průběhu posledního roku lékaře nenavštívilo 10 % mužů a 5 % žen. Rozdíl mezi muži a ženami byl u obou těchto ukazatelů potvrzen jako statisticky významný, a to i po odstranění vlivu věkové struktury, ženy tedy navštěvovaly lékaře častěji než muži. Statisticky významný rozdíl z hlediska pohlaví je zřejmý také v ukazateli podílu osob, které navštívily jakéhokoliv lékaře v průběhu posledních týdnů.

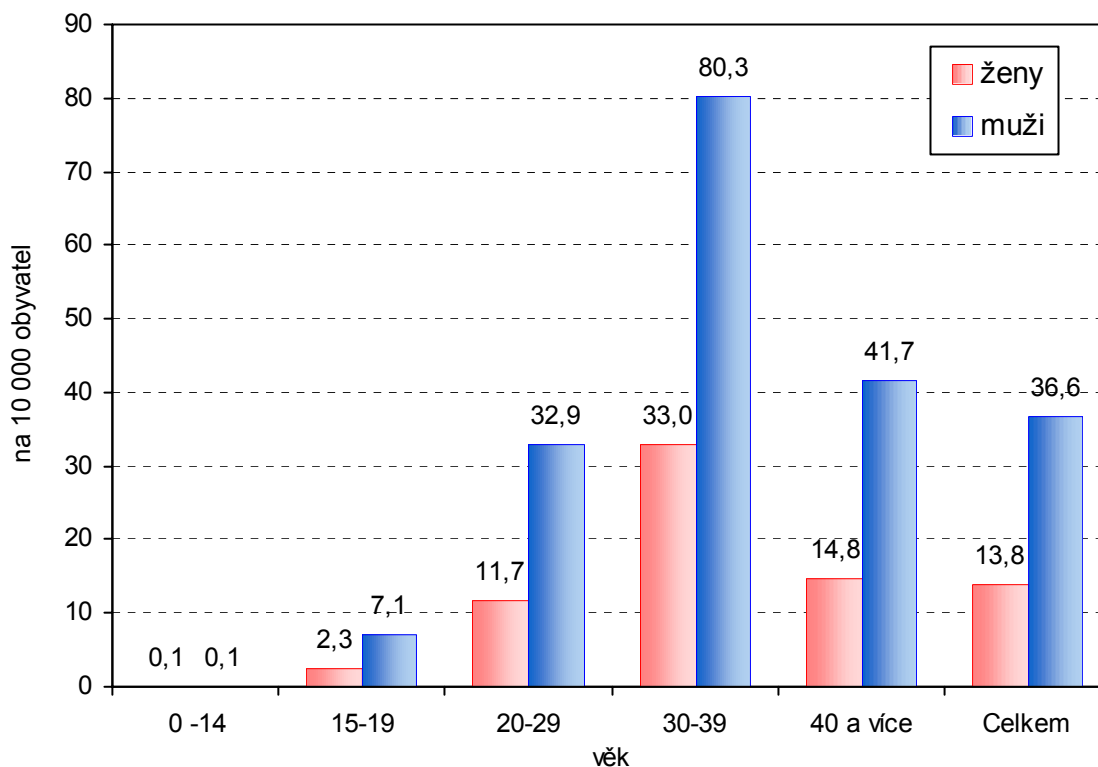
#### 6.1.1. Ambulantní péče v psychiatrických zařízeních

Jedním z rizikových aspektů životního stylu, který významně ovlivňuje zdravotní stav jedince je také konzumace návykových látek. Mezi pacienty „živé kartotéky“ (pacienti ambulantních pracovišť AT nebo psychiatrických oddělení, kteří jsou léčeni krátkodobě i dlouhodobě, se zprávou nebo záznamem v dokumentaci ne starším jeden rok), bylo v roce 2002 nejvíce osob léčeno z důvodů poruch vyvolaných alkoholem (61,7 %, tj. 25 400 jedinců), přičemž bylo ošetřeno 2,5krát více mužů než žen. Vzhledem k výsledkům šetření HIS CR 2002, podle kterého 12,3 % mužů a 2,8 % žen konzumovalo alkohol v nadměrném množství, je aktivně léčen jen malý zlomek těchto problémových uživatelů (přesně 3,9 % mužů a 6,8 % žen pijících alkohol v nadměrném množství).

Alkohol je někdy klasifikován jako přechod mezi měkkými a tvrdými drogami, i přesto, že jeho somatické účinky, které potvrzuje i vysoký podíl léčených osob

v živé kartotéce, odpovídají klasifikaci tvrdých drog. Míra prevalence osob léčených v důsledku zneužívání alkoholu narůstala s věkem, s maximem ve věkové skupině 30 - 39 let.

### Pacienti "živé kartotéky" zneužívající alkohol



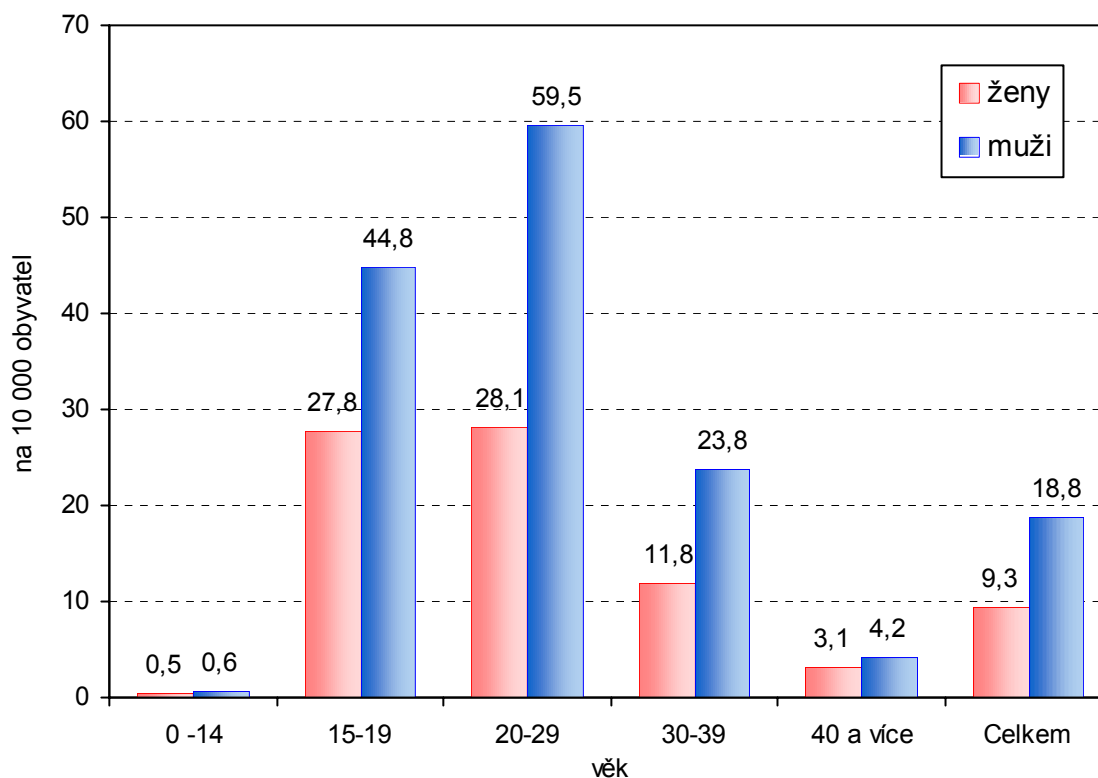
Zneužívání tabákových výrobků bylo ve vyšší míře evidováno mezi muži, v porovnání s alkoholem se jednalo o hodnoty o řád nižší. Podle výsledků již zmiňovaného šetření pravidelně kouřila zhruba 1/3 mužů a necelá 1/5 žen (tj. 30,9 % mužů, 18,1 % žen). V „živé kartotéce“ psychiatrických oddělení bylo evidováno, a tedy aktivně léčeno pouze 0,05 % pravidelných kuřáček a 0,07 % pravidelných kuřáků. Významný nárůst osob zneužívajících tabák byl zjištěn již od věkového intervalu 15 - 19 let, s maximem v následující skupině. U starších osob byl zaznamenán trend poklesu míry prevalence. Lze tedy uvažovat o tom, zda si s přibývajícím věkem lidé více uvědomují riziko kouření a snaží se tohoto zlovyku zbavit, nebo zda je nechápou jako zdravotní problém, což je vzhledem k nízkému podílu léčených jedinců zřejmě rozšířený názor kuřáků všech věkových skupin.

Alarmující je, že mezi pacienty ošetřovanými v důsledku zneužívání alkoholu a tabáku byly, zejména ve skupině mužů, také osoby ve věku do 14 let. Situace je o to závažnější, že u nich můžeme předpokládat delší užívání, které vyvolalo komplikace vedoucí k nutnosti vyhledat lékařskou pomoc.



Pokud se zaměříme pouze na nelegální psychotropní látky, je při porovnání míry prevalence jednotlivých věkových skupin patrné, že se jedná o palčivý problém mladších osob, zejména ve věku 15 - 39 let. Také zde byla zjištěna vyšší úroveň prevalence u mužů, s maximem ve věkové skupině 20 - 29 let a 15 - 19 let. U žen byly dosažené míry prevalence ve zmiňovaných věkových skupinách zhruba o polovinu nižší. Jedinou skupinou psychoaktivních látek, u níž byla zachycena vyšší úroveň prevalence mezi ženami, byla sedativa a hypnotika, jedná se zřejmě o tzv. „lékové závislosti“, které jsou typické právě pro ženy. Jako látky výrazně dominující mezi muži byla detekována prchavá rozpustidla, pravděpodobně díky větší dostupnosti (používání různých ředidel při práci).

### Pacienti "živé kartotéky" zneužívající nelegální psychotropní látky

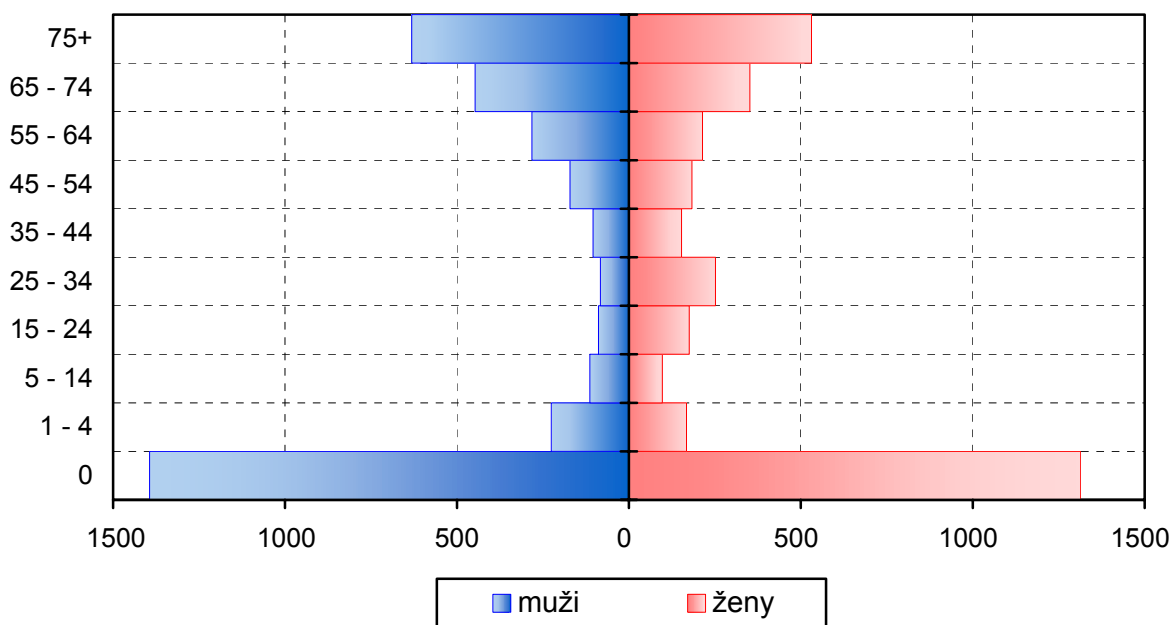


Předkládaná data podávají informaci pouze o léčených uživatelích psychotropních látek. Problémoví uživatelé drog tvoří skrytou populaci, která obvykle není v kontaktu s žádným léčebným zařízením, ať z obav před trestním postihem, či sociální stigmatizací. Ze stejných důvodů pak řada z nich vyhledává nízkoprahová zařízení, či pomoc street-workerů, kde není (alespoň při prvním kontaktu) nutná identifikace.

## 6.2. Hospitalizace

Na první pohled se zdá, že jsou ženy daleko častěji hospitalizovány. Např. v roce 2002 bylo hlášeno více než 950 tisíc hospitalizací u mužů a 1 256 tisíc hospitalizací u žen, což znamená přes 19,5 tisíc hospitalizací na 100 000 mužů a téměř 24 tisíc hospitalizací na 100 000 žen. Tyto údaje vlastně ale vypovídají o „spotřebě“ zdravotní péče. Vzhledem k tomu, že s rostoucím věkem se nemocnost zvyšuje a ve věku 65 let a více žije podstatně více žen než mužů, je nutno k solidnímu porovnání provést opět již dříve zmiňovanou standardizaci, aby se eliminoval vliv rozdílné věkové struktury populace. Když se navíc odečtou všechny hospitalizace provedené v souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím, dostaneme výsledek právě opačný – ženy jsou hospitalizovány relativně o něco méně než muži. Při vynechání těch skupin nemocí, pro které jsou hospitalizace méně časté jako např. nemoci ucha, krve apod., se zjistí, že největší rozdíly jsou v hospitalizaci na nemoci oběhové soustavy. Pro tyto nemoci jsou muži v nemocnici o třetinu častěji než ženy. Rovněž poranění a otravy a nemoci dýchací soustavy zapříčiňují častější hospitalizace u mužů. Ženy jsou častěji hospitalizovány pro nemoci močové a pohlavní soustavy a pro příčiny uvedené pod souhrnným názvem Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotními službami. Vzhledem k tomu, že uvedená kapitola zahrnuje mimo jiné i hospitalizaci osob, které se setkaly se zdravotnickými službami za okolností souvisejících s reprodukcí, patří sem dohled nad těhotenstvím a hlavně osoby doprovázející nemocnou osobu, což jsou převážně matky doprovázející své nemocné děti, pak rozdíl není překvapující.

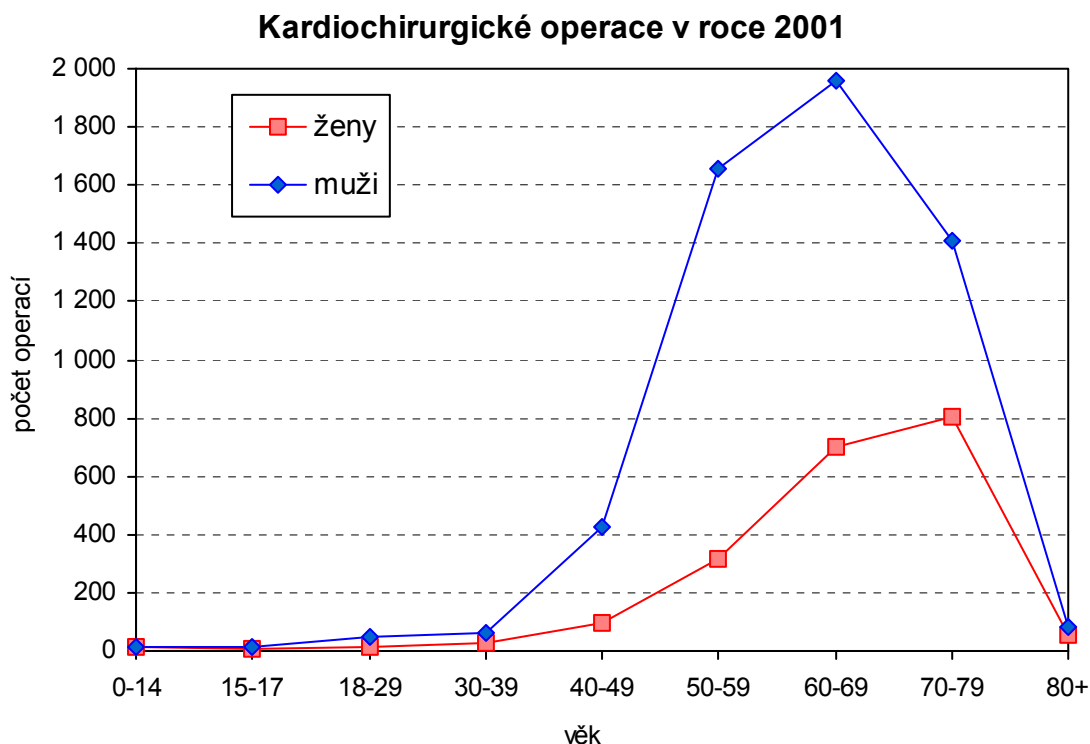
Počet hospitalizovaných na 1000 obyvatel v roce 2002



Průměrná doba hospitalizace se u žen a mužů příliš neliší (7,7 dne u žen a 7,8 dne u mužů). Výrazný rozdíl je pouze u hospitalizovaných na poranění a otravy, kde muži jsou v průměru hospitalizováni necelých 7 dní a ženy více jak 9 dní. Vysvětlení lze nalézt v průměrném věku hospitalizovaných pro úraz (ženy 49,1 roku, muži 36 roku). Podrobnější rozbor ukazuje, že od 70ti let věku výše je procento žen hospitalizovaných pro úraz podstatně vyšší než u mužů. To je opačná situace než v dětském věku, kdy je pro úraz hospitalizováno téměř o třetinu více chlapců než dívek.

### 6.2.1. Kardiovaskulární operace

K údajům o hospitalizaci lze přiřadit i údaje o kardiovaskulárních operacích pro získaná srdeční onemocnění. V dlouhodobém vývoji tvoří ženy pouze jednu čtvrtinu operovaných a věkové složení operovaných žen a mužů dokumentuje následující graf. Zhruba 4x větší celkový počet operací u mužů ve vyšších věkových skupinách dokumentuje vyšší výskyt kardiovaskulárních onemocnění, které jsou operací léčeny.

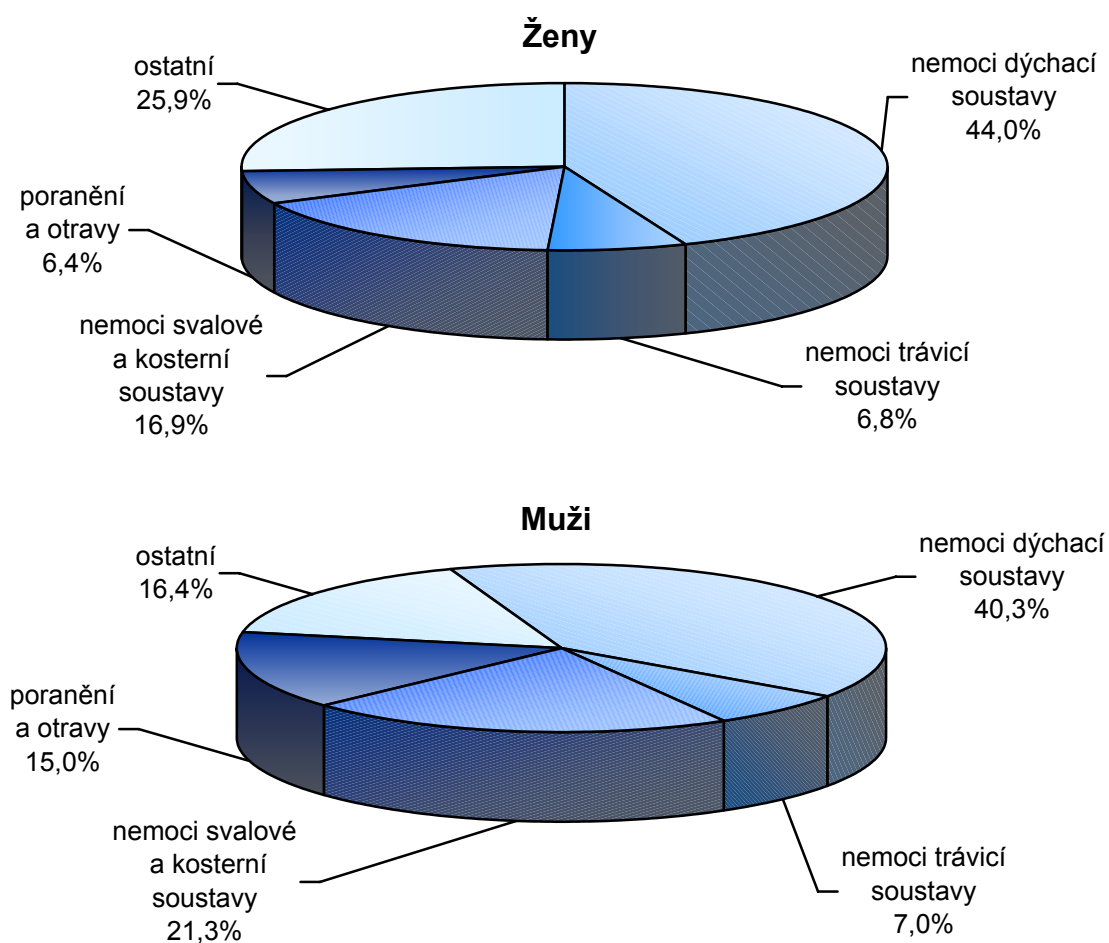


### 6.3. Pracovní neschopnost

Nejčastější příčinou pracovní neschopnosti jak pro muže, tak pro ženy jsou nemoci dýchací soustavy. Rozdíl je v tom, že pro nemoci dýchací soustavy dostávají ženy neschopenku o 20 % častěji než muži. Druhou nejčtenější příčinou pracovní neschopnosti jsou nemoci svalové a kosterní soustavy, které jsou o 10 % častější u mužů, a totéž platí o nemocech oběhové soustavy. Výrazně největší rozdíly jsou u duševních poruch, kde jsou ženy v pracovní neschopnosti téměř dvakrát častěji než muži, a dále u nemocí močové a pohlavní soustavy, kde je pracovní neschopnost u žen dokonce více jak čtyřikrát častější než u mužů.

Muži vedou u poranění a otrav, kterých mají dvakrát tolik než ženy. To se odráží i na smrtelných pracovních úrazech, kterých bylo v roce 2002 celkem 184 a z toho pouze 9 bylo u žen.

**Struktura počtu ukončených případů PN podle kapitol MKN-10 v ČR v roce 2002**



## 7. Na co jsou nejvíce přiznávány invalidní důchody

Ne vždy se podaří nemoc vyléčit a jestliže u osoby, která je důchodově pojištěná, dojde z důvodů dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu k poklesu její soustavné výdělečné činnosti nejméně o 66 %, nebo je schopna pro zdravotní postižení soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek, je takovému pojištěnci přiznán plný invalidní důchod. Při poklesu výdělečné činnosti o 33 %, nebo možnosti pracovat za ztížených životních podmínek, je pojištěnci přiznán částečný invalidní důchod. Nejčastější příčinou k přiznání jak plného, tak částečného invalidního důchodu jsou pro ženy i muže nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně. Druhou nejčastější příčinou jsou nemoci oběhové soustavy, kde je patrná výrazná převaha počtu přiznaných plných i částečných invalidních důchodů u mužů. To odpovídá vyšší kardiovaskulární morbiditě mužů než žen, zejména ve středním věku, ale je to podstatně ovlivněno i skutečností, že muži odcházejí do starobního důchodu později než ženy a invalidní důchody jsou jim přiznány v době, kdy ženy již požívají starobní důchod. Třetí nejvýznamnější skupinou co do počtu nově přiznaných invalidních důchodů jsou novotvary. Tato skupina se od předchozích skupin liší tím, že zatímco v ostatních skupinách získávají obě pohlaví důchody zpravidla na stejná onemocnění, u novotvarů je tomu jinak. Mužům jsou přiznávány důchody převážně na zhoubné novotvary trávicího ústrojí, ženám na zhoubný novotvar prsu a zhoubný novotvar pohlavních orgánů.

### Počet nově přiznaných plných invalidních důchodů v roce 2001

Třída nemocí	Ženy	Muži
Novotvary	2 866	2 444
Nemoci endokrinní, výživa	444	729
Poruchy duševní	1 400	1 592
Nemoci nervové soustavy a smyslových orgánů	705	803
Nemoci oběhové soustavy	937	3 975
Nemoci dýchací soustavy	390	793
Nemoci trávicí soustavy	235	425
Nemoci svalové, kosterní a pohybové soustavy	2 027	3 031
Ostatní	281	471
Celkem	9 285	14 263

## 8. Na co nejčastěji umíráme

Přesto, že podíl žen ve věku 65 let a více na celkovém počtu obyvatel je 1,5 krát vyšší než mužů, na absolutním počtu zemřelých obě pohlaví podílejí zhruba 50 %; od roku 1999 je průměrný roční počet zemřelých žen i mužů pod hranicí 55 tisíc. Výrazný rozdíl mezi pohlavími není ani v přepočtu na 1 000 žen, resp. mužů, v roce 2002 činila tato relace 10,3 pro ženy a 11,0 pro muže. Úmrtnost ve věku mezi 40 a 64 rokem života, zůstává, přes pokles v posledních letech, vysoká, a to především u mužů. Zajímavým faktem je, že ve středním věku ženy dosahují specifické úmrtnosti mužů ve věku o téměř deset let vyšším (např. specifická úmrtnost mužů ve věku 45 - 49 let je 5,3 a ženy dosahují hodnotu 5,8 ve věku 55 - 59 let). Provedeme-li již několikrát zmiňovanou standardizaci, která eliminuje vliv rozdílné věkové struktury mužů a žen, je situace zcela odlišná. Standardizovaná úmrtnost žen představuje pouze 60 % hodnoty standardizované úmrtnosti mužů.

### Zemřelí a standardizovaná úmrtnost na nejčastější příčiny smrti v roce 2002 na 100 000 obyvatel evropského standardu

Příčina smrti	Počet zemřelých				Standardizovaná úmrtnost	
	absolutně		v %		úmrtnost	
	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži
Celkem	53 866	54 377	100,0	100,0	685,8	1 146,2
z toho:						
nemoci oběhové soustavy	31 500	25 652	58,5	47,2	379,4	560,5
novotvary	12 835	16 058	23,8	29,5	175,3	323,2
poranění a otravy	2 245	4 593	4,2	8,4	32,7	91,3
nemoci dýchací soustavy	2 150	2 563	4,0	4,7	27,1	55,5
nemoci trávicí soustavy	1 923	2 512	3,6	4,6	25,9	50,2

Pořadí nejčastějších příčin smrti je shodné pro ženy, i muže. Dlouhodobě jsou na prvním místě nemoci oběhové soustavy, na místě druhém novotvary, třetí místo zaujímají poranění a otravy, následují nemoci dýchací a trávicí soustavy. Těchto pět kapitol příčin smrti má dlouhodobě za následek okolo 95 % úmrtí. Z uvedených pěti nejčastějších příčin vykazují ženy vyšší podíl na celkovém počtu úmrtí než muži pouze u nemocí oběhové soustavy. Ovšem srovnáme-li opět standardizovanou úmrtnost, převyšují muži ženy o 50 %. Detailnější rozbor příčin smrti ze skupiny nemocí oběhové soustavy ukazuje u mužů více jak dvojnásobnou standardizovanou úmrtnost na infarkt myokardu a o 20 % vyšší na cévní onemocnění mozku. Z ostatních tříd nemocí je nejvyšší rozdíl u poranění a otrav, kde hodnota

standardizované úmrtnosti mužů je již více než 2,5x vyšší než u žen. Zvláště sledovanou skupinou poranění a otrav jsou úmyslná sebepoškození neboli sebevraždy. Výskyt sebevražd je výrazně vyšší u mužů, podíl mužů na celkovém počtu sebevražd dosahuje 80 %. U žen je nejčastějším motivem sebevraždy duševní onemocnění, následují zdravotní problémy a tělesná vada a na třetím místě jsou konflikty a problémy v rodině. U mužů jsou zdravotní problémy a tělesná vada na prvním místě, rodinné problémy na místě druhém a duševní onemocnění představují až třetí nejfrekventovanější motiv. Ovdovělí muži jsou faktory spojenými s rodinným stavem ovlivněni mnohem výrazněji než ženy, zejména ovdovělí muži převyšují průměrnou úroveň sebevraždělosti mnohem výrazněji než ovdovělé ženy.

Výlučně „ženskou záležitostí“ je mateřská úmrtnost, která je definovaná jako počet úmrtí žen v těhotenství, za porodu a do 42. dne šestinedělí na 100 tisíc živě narozených dětí. Počet žen zemřelých z této příčiny je od roku 1994 pod hranicí 10 úmrtí ročně, mateřská úmrtnost se pohybuje mezi hodnotami 2 - 7 úmrtí na 100 tisíc živě narozených.

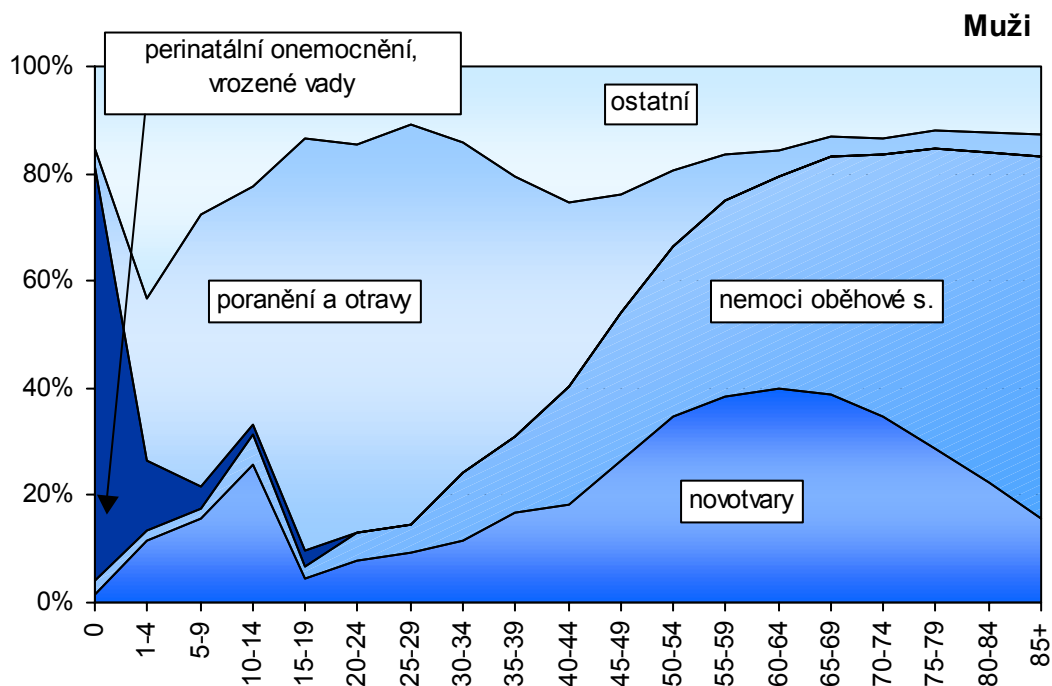
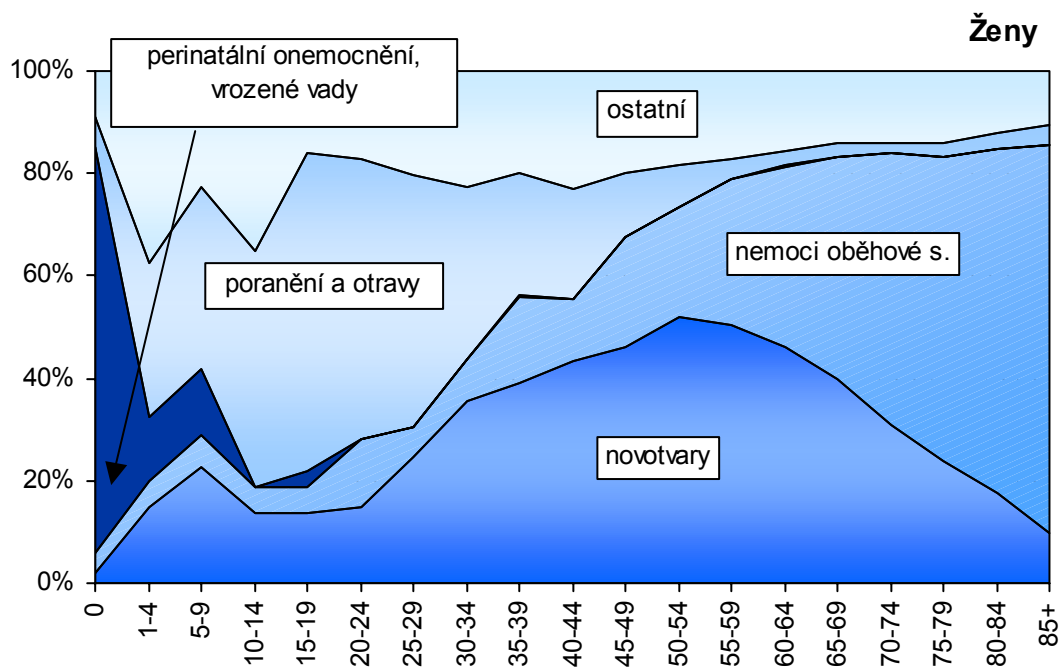
Struktura příčin smrti se mění s věkem, jak je patrné z grafu na další straně. U žen ve věku do 30 let, s výjimkou kojeneckého věku, jsou nejčastější příčinou smrti poranění a otravy. Hlavní příčinou smrti ve věku od 30 do 65 let jsou novotvary a od 65 let nemoci oběhové soustavy. U mužů jsou poranění a otravy nejčastější příčinou úmrtí do věku 45 let, poté je na 1. místě střídají novotvary spolu s nemocemi oběhové soustavy a po 65. roce života prvenství přebírají jednoznačně nemoci oběhové soustavy.

Demografickým ukazatelem, který globálně charakterizuje úmrtnostní poměry je střední délka života, tj. očekávaná délka dalšího života při dosažení určité věkové hranice.

### Vývoj střední délky života ve věku

Rok	0 let		15 let		45 let		65 let	
	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži
1980	73,9	66,8	60,3	53,5	31,2	25,7	14,3	11,2
1985	74,7	67,5	60,8	53,8	31,7	25,9	14,7	11,5
1990	75,4	67,6	61,3	53,7	32,3	25,8	15,2	11,6
1995	76,6	69,7	62,4	55,6	33,3	27,6	16,0	12,7
2000	78,4	71,7	63,8	57,2	34,6	28,9	17,1	13,7
2001	78,4	72,1	63,8	57,6	34,6	29,3	17,1	14,0
2002	78,5	72,1	64,0	57,6	34,8	29,3	17,2	13,9

**Struktura specifických úmrtostí  
rok 2002**

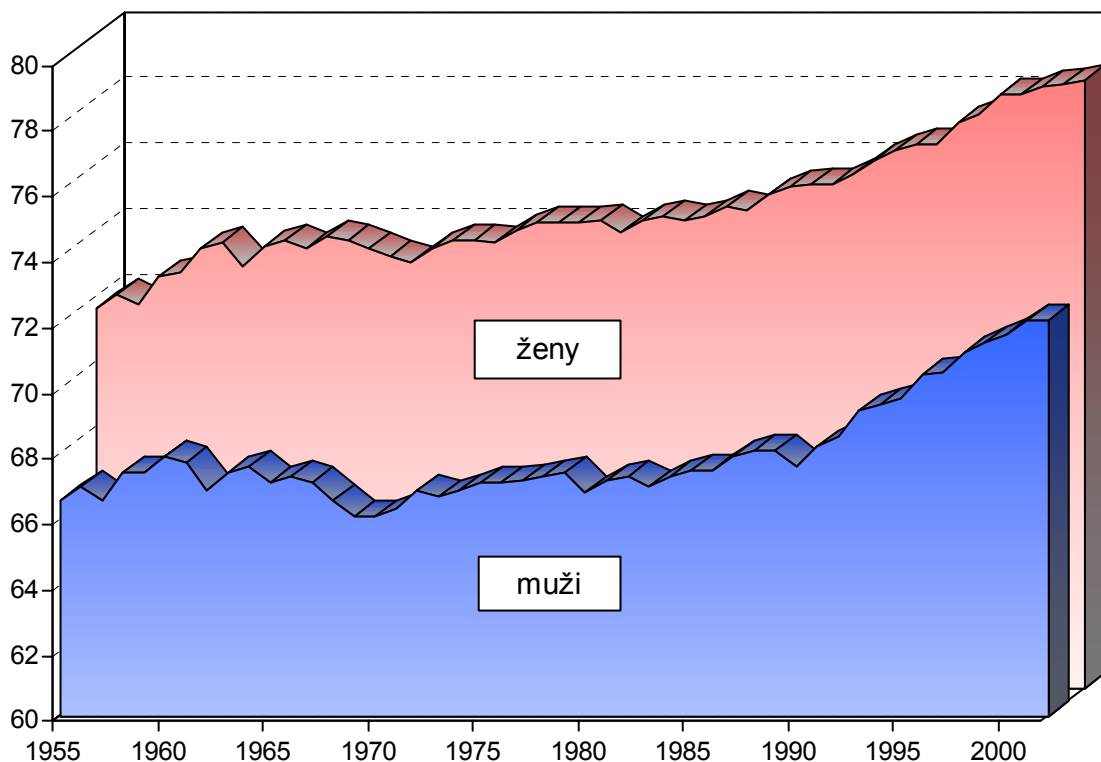




Střední délka života v České republice v dlouhodobém vývoji roste, významně se prodloužila v 90. letech. V letech 1990 - 2002 došlo k nárůstu střední délky života při narození u žen o 3,1 roku, u mužů o 4,5 roku. Rozdíl mezi pohlavími se dlouhodobě pohyboval kolem 7 let, v roce 2002 se snížil na 6,5 roku.

Tempo růstu po roce 1990 bylo v rámci Evropy ojedinělé. Přes tak výrazný růst se pozice České republiky v rámci evropských zemí téměř nemění. Hodnotou 72,1 let pro muže a 78,5 let pro ženy v roce 2002 Česká republika stále nedosáhla nejnižší hodnoty dosažené v roce 2000 v západní Evropě (Portugalsko muži 72,6 let, Irsko ženy 79,3 let). Za evropskými zeměmi s nejvyššími hodnotami tohoto ukazatele zaostává u mužů zhruba o 4 až 5 let, u žen o 3 až 4 roky, v rámci zemí střední a východní Evropy zaujímá druhé místo za Slovinskem.

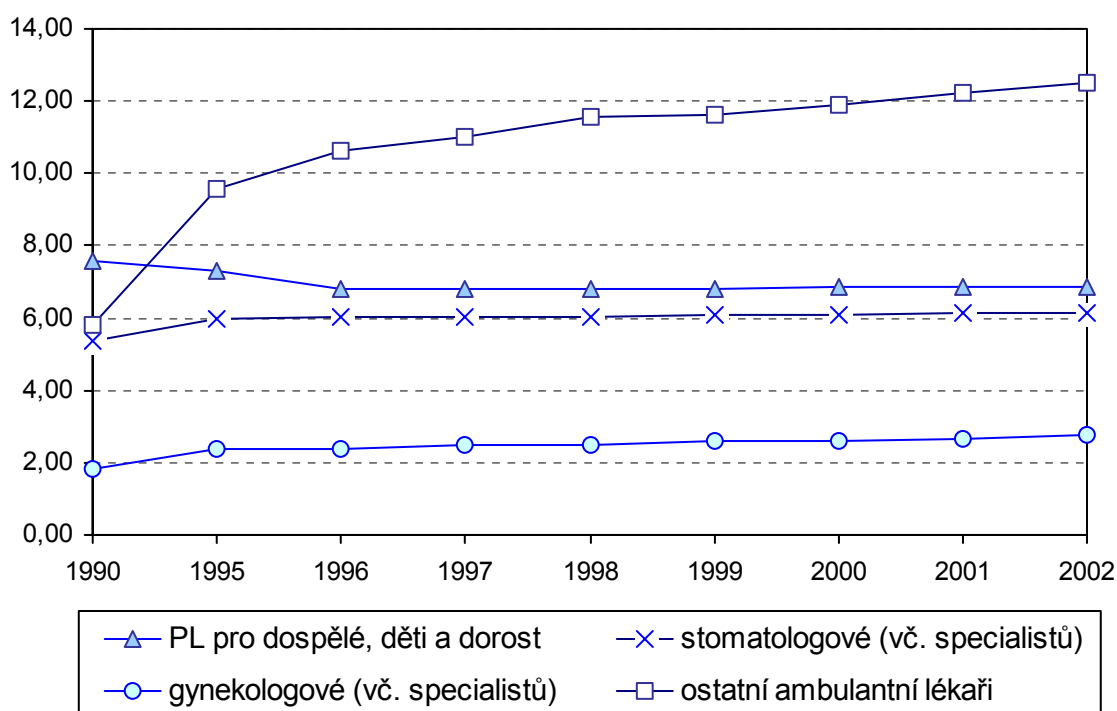
Vývoj střední délky života při narození



## 9. Jaké jsou možnosti léčby a co léčba stojí

Zdravotní péči v České republice zabezpečovalo 26 270 zdravotnických zařízení, ve kterých koncem roku 2002 pracovalo 36 784 lékařů a 111 654 středních zdravotnických pracovníků. Lůžkovou péči zajišťovalo 201 nemocnic s 61 489 lůžky akutní péče a s 5 179 lůžky následné péče, dále 169 odborných léčebných ústavů s 23 352 lůžky a 68 lázeňských léčeben s 22 972 lůžky. Z celkového počtu lůžek pouze ženám slouží 6 672 akutních lůžek na ženských odděleních nemocnic. Na těchto odděleních bylo operováno celkem 187 809 žen (včetně ambulantních operací), tzn. téměř 36 operací na 1 000 žen. Zajištění ambulantní péče zabezpečuje 28 482 lékařů a 54 980 středních zdravotnických pracovníků. V primární péči se ženám věnují praktičtí lékaři gynekologové, kterých bylo registrováno 1 185, což znamená, že na jeden úvazek gynekologa připadá v průměru 4 400 žen. Skutečná relace je o něco příznivější, protože dívky ve věku 0 - 14let navštěvují gynekologa zřídka. Na těchto odděleních bylo provedeno téměř 11 milionů ošetření - vyšetření a na jednu ženu tak připadá 2,1 vyšetření.

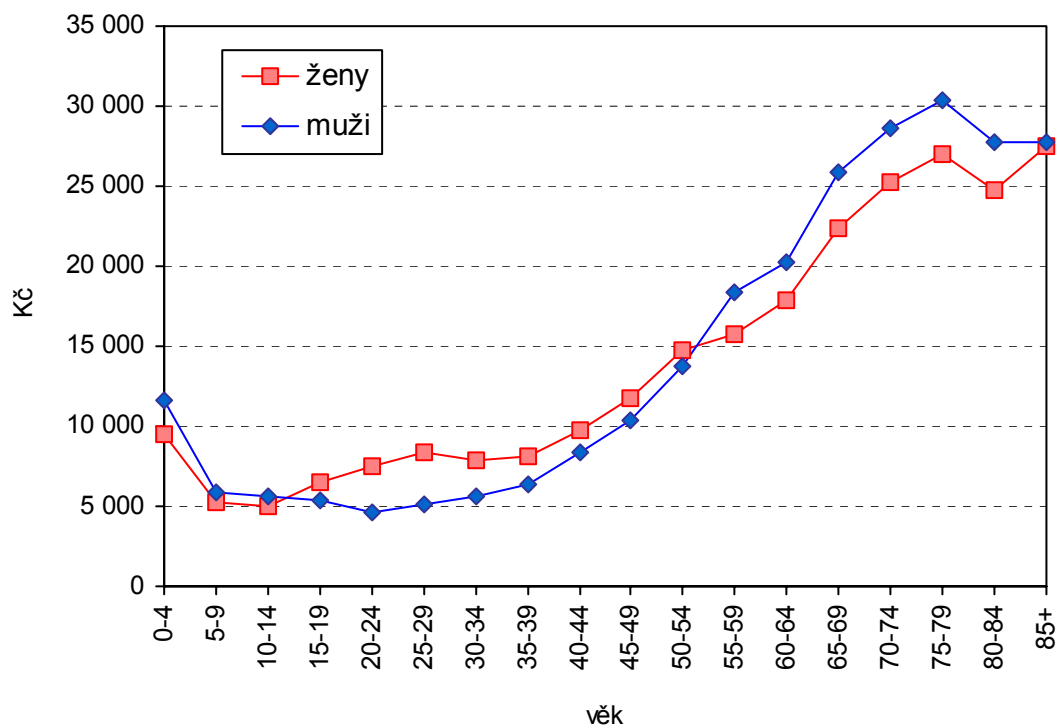
**Ambulantní lékaři v České republice na 10 000 obyvatel**



V průměru vydala v roce 2001 Všeobecná zdravotní pojišťovna na 1 pojištěnce 12 344 Kč. Z toho 11 519 Kč na „průměrného“ muže a 13 124 Kč na „průměrnou“ ženu. Podíváme-li se podrobněji na to, jak jsou náklady rozloženy podle věkových skupin, zjistíme, že náklady na zdravotní péči pro dívky jsou nižší než pro chlapce. Od 15 let výše se situace radikálně mění a náklady na zdravotní péči žen vzrůstají

a ve věkové skupině 20-29 let jsou až o 60 % vyšší. Poté výdaje na ženy klesají a pohybují se těsně pod 90ti % výdajů na muže.

**Výdaje VZP na zdravotní péči na 1 pojištěnce v roce 2001**



Porovnání, kolik utratí ženy a kolik muži za léky na základě výsledků HIS je nutné brát pouze jako orientační, protože se sledovala vydání celých domácností, jejichž složení může být různé. Přesto je zřejmé, že ženy platily za zdravotní péči častěji než muži. Tento rozdíl může být způsoben tím, že ženy jsou lépe informovány o tom, zda a kolik jejich domácnost za zdravotní péči platila. Srovnáme-li průměrné částky u osob, které za zdravotní péči platily, nejsou z hlediska pohlaví zřejmé žádné výraznější rozdíly.

## 10. Ženy a muži pracující ve zdravotnictví

Zdravotnictví, stejně jako školství patří mezi výrazně feminizované obory. Z celkového počtu 248 tisíc pracovníků zaměstnaných v rezortu zdravotnictví je 197 tisíc odborných zdravotnických pracovníků, mezi nimiž zcela převládají ženy. Mezi zdravotními, dětskými a dietními sestrami se minimálně vyskytují muži, a tak 97 % sester jsou ženy. Ale v porovnání se situací před 5ti lety se počet mužů studujících obor všeobecná zdravotní sestra více než zdvojnásobil (z 269 na 618 studentů).

Stejně tak kategorie laboranti by se spíše mohla nazývat laborantky, protože ženy tvoří 99 % laborantů farmaceutických, 98 % laborantů zdravotních a 83 % laborantů radiologických. Existují pouze dvě profese ve zdravotnictví, ve kterých dominují muži. Je to řidič rychlé lékařské pomoci, kde je pouze 18 žen (tj. 1 %), a překvapivě také učitel ve zdravotnictví, kde je méně než polovina žen (40 %).

Mezi nejprestižnější povolání v ČR patří profese lékařů. I přes velkou zodpovědnost, kterou lékaři mají, a přes stále ještě nízké finanční ohodnocení trvá vážnost této profese a stále se hlásí dostatek zájemců o náročné studium na lékařských fakultách.

V přístupu ke studiu na lékařských fakultách nejsou žádné diskriminační prvky pro ženy. Naopak – v posledních letech na lékařských fakultách studuje o 10 – 12 % více žen než mužů a rovněž zhruba o 10 % více žen je absoluuje. Největší převahu mají

### Studující na lékařských fakultách k 31.10.

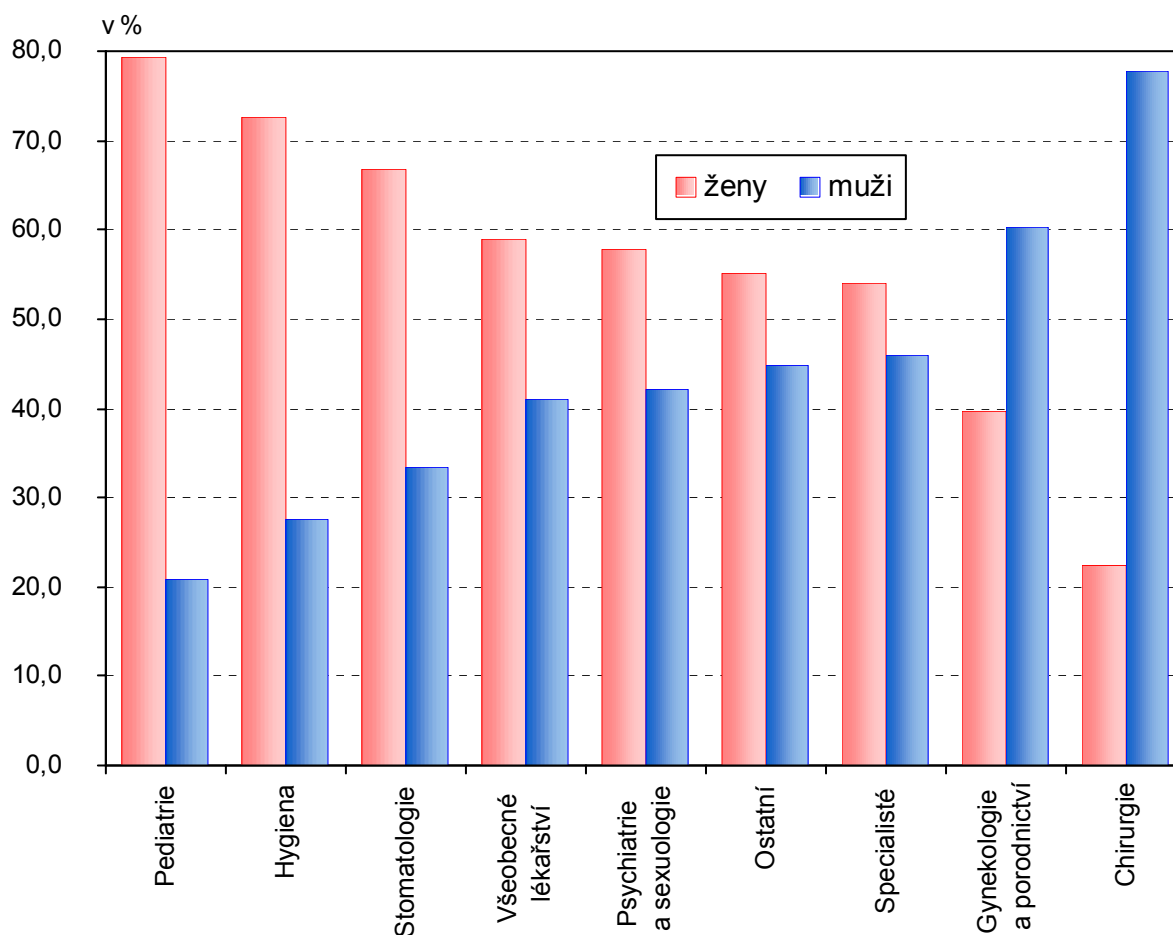
Rok	Studijní obor	Ženy		Muži	
		absolutně	v %	absolutně	v %
1995	Stomatologie	417	61,5	261	38,5
	Všeobecné lékařství	3 736	56,5	2 878	43,5
	Celkem	4 153	57,0	3 139	43,0
1999	Stomatologie	448	57,7	328	42,3
	Všeobecné lékařství	3 577	57,9	2 605	42,1
	Celkem	4 025	57,8	2 933	42,2
2001	Stomatologie	469	56,5	361	43,5
	Všeobecné lékařství	3 739	60,8	2 409	39,2
	Celkem	4 208	60,3	2 770	39,7
2002	Stomatologie	483	57,2	361	42,8
	Všeobecné lékařství	3 898	62,1	2 376	37,9
	Celkem	4 381	61,5	2 737	38,5

ženy mezi absolventy stomatologie, kde ke konci 90. let tvořily téměř 3/4 nových stomatologů.

Ve všech oborech se ale situace radikálně mění při získávání vyšších atestací. Atestaci 1. stupně, případně atestaci 1. stupně s nástavbou mělo v roce 2001 téměř 64 % žen a 36 % mužů, ale atestaci 2. stupně případně atestaci 2. stupně s nástavbou jen 32 % žen, ale 68 % mužů.

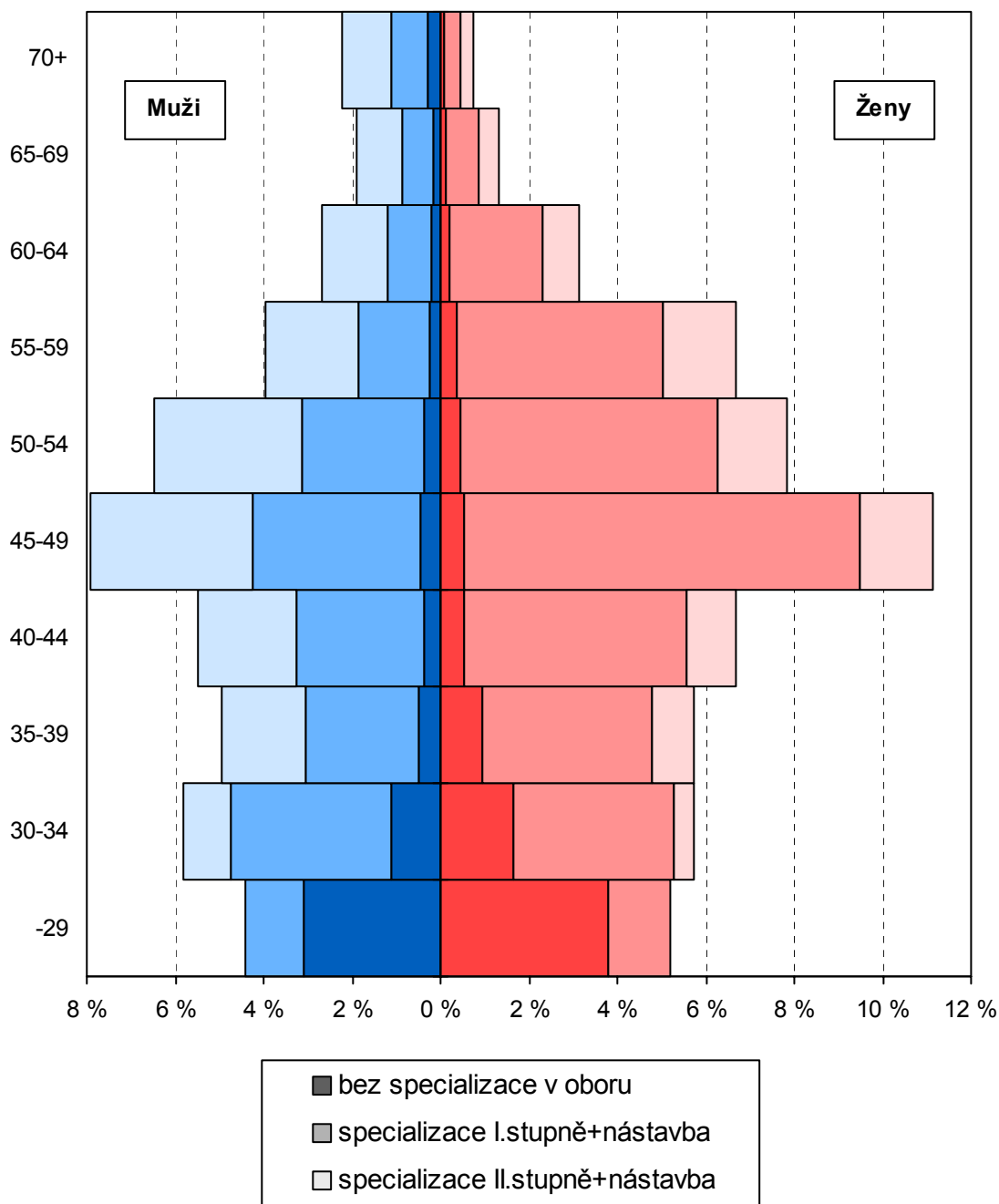
Podíl žen a mužů v daném oboru činnosti dokumentuje následující graf. Je z něj patrné, že ženy převažují ve většině oborů s výjimkou gynekologie a porodnictví a v chirurgických oborech.

**Podíl mužů a žen v daném oboru činnosti v ČR v roce 2002**



V profesním zařazení, v nejvyšších řídicích funkcích ve zdravotnictví, mají ženy velmi malé zastoupení. K 31.12.2002 bylo ze všech 201 ředitelů nemocnic pouze 23 žen, tj. 11 %. Mezi vedoucími odborů zdravotnictví na krajských úřadech jsou dvě ženy a na postu ministra zdravotnictví se od roku 1990, na rozdíl od všech ostatních ministerstev, vystřídal rovněž dvě ženy.

**Věková a kvalifikační struktura lékařů  
podle hlavního oboru činnosti v roce 2002  
(evidenční počet)**



## 11. Závěr

Není v možnostech této publikace ani v možnostech dostupných dat zdůvodnit rozdíly ve zdravotním stavu mužů a žen. Chtěli jsme pouze zmapovat největší odlišnosti a případně – pokud to data z Národního zdravotnického informačního systému dovolují – naznačit možné souvislosti.

Ve všech zemích světa je střední délka života u žen vyšší než u mužů. Tento rozdíl spolu s vyšším výskytem samovolných potratů mužských embrií, s vyšším výskytem vrozených vad u chlapců a řadou dalších markerů podporuje teorii o genetické dispozici žen k vyššímu věku. Dá se předpokládat, že rizikovější chování mužů a naopak opatrnější chování žen je také geneticky podmíněno. Velký rozptyl hodnot rozdílu středních délek života (1 rok až 13 let) ale ukazuje, že jen genetické dispozice k vysvětlení velikosti tohoto rozdílu nepostačují. Civilizační vlivy výrazně ovlivňují střední délku života jak v pozitivním, tak i v negativním smyslu. Vyspělá zdravotnická technika umožňuje přežít i těžce nemocným jedincům, např. kojencům s velmi nízkou porodní vahou, lidem po infarktu apod. Vzhledem k tomu, že muži se ukazují v tomto směru jako ohroženější, mohla by technická vyspělost přispívat k prodlužování střední délky života u mužů a tím ke snižování rozdílu mezi muži a ženami. Alkohol a kouření jsou determinanty, které působí na zkracování života a kterým daleko více podléhají muži než ženy, naopak zvětšují rozdíl mezi střední délkou života žen a mužů. Menší rozdíl ve střední délce života je i v zemích, kde postavení a podmínky života žen nejsou na odpovídající úrovni a jejich střední délka života je „uměle“ zkrácena. Zdá se, že „standardní“ rozdíl je 7-8 let v neprospěch mužů.

Některé porovnávané údaje jsou velmi konzistentní a jejich vzájemná souvislost je evidentní. Např. u mužů je ve srovnání se ženami vysoká incidence TBC, vysoká incidence ZN plic, dvojnásobná úmrtnost na nemoci dýchací soustavy a k tomu přistupuje kouření, kterému podléhá třetina mužské populace. Zdá se, že ženy o své zdraví více pečují. Méně kouří, méně pijí alkohol, a méně užívají drogy. O něco více než muži se snaží dodržovat dobré stravovací návyky a častěji navštěvují lékaře. Ženy jsou také opatrnější než muži a méně riskují. Dokladuje to výrazně vyšší úmrtnost, hospitalizovanost a pracovní neschopnost na úrazy u mužů.

Na druhé straně se ženy jeví jako emočně labilnější. Až o polovinu častěji se léčí na psychiatrických odděleních, nejvíce na neurotické a afektivní poruchy, častěji jsou hospitalizovány pro uvedené nemoci a pracovní neschopnost je u nich pro tyto poruchy dokonce více jak čtyřikrát častější než u mužů.

Další záležitostí jsou sebevraždy. Muži řeší své problémy sebevraždou až pětkrát častěji než ženy. Ženy se pravděpodobně obracejí o pomoc na psychiatra a mohou odvrátit fatální řešení svých problémů. Do hry zde také vstupuje faktor způsobu sebevraždy. Ženy používají spíše měkké, nenásilné metody, tj. toxické látky (např.

léky), kdežto muži spíše násilné metody např. střelnou zbraň či oběšení. „Měkká metoda“ může v některých případech změnit sebevraždu na sebevražedný pokus, kterých je u žen podstatně více než u mužů. Společné pro obě pohlaví je to, že zvyšující se počet uživatelů drog zvyšuje pravděpodobnost suicidálního jednání.

V některých případech se vztahové závislosti tak jasně neprojevují. U nemocí oběhové soustavy, které jsou nejčastější příčinou smrti a kde výrazně dominují muži, jsou muži na tyto příčiny také výrazně častěji hospitalizováni, ale pracovní neschopnost mají jen o málo vyšší než ženy.

Chronické nemoci mají téměř dvojnásobnou prevalenci u žen než u mužů. Z údajů získaných ze šetření HIS plyne, že pouze 36 % žen, ale 47 % mužů nemělo nějakou dlouhodobou nemoc nebo zdravotní problém.

Život v partnerském svazku přispívá ke zvyšování kvality života. Obě pohlaví, žijící v partnerském svazku mají nižší míru nemocnosti i úmrtnosti.

Jakýkoliv závěr z předložených údajů je nutně velmi zjednodušující. Přesto se dá říci, že ženy si svého zdravotního stavu více všímají a své zdravotní problémy řeší. To vše mluví pro to, že by u žen mohly být nemoci zachycené v ranějším stadiu, a proto buďto snáze léčitelné, nebo u fatálních typů nemocí alespoň s lepší prognózou přežívání. V logice věci by pak bylo, že žijí déle, ale s pocitem špatného zdraví. Muži naopak často zdravotní problémy bagatelizují, neradi je přiznávají nejen svému okolí, ale i sobě a pak léčení zanedbaných onemocnění je obtížnější a hlavně méně úspěšné.



## 12. Shrnutí

- Ženy hodnotí svůj zdravotní stav hůře než muži, ale žijí výrazně déle než oni.
- Index stáří u žen je téměř dvojnásobný než u mužů.
- Živě se narodí více chlapců než dívek.
- Chlapci mají vyšší úmrtnost jak v celkové kojenecké úmrtnosti, tak ve všech jejích složkách.
- V ženské populaci je asi o 15 % větší výskyt diabetu než u mužů.
- U některých infekčních chorob lze pozorovat rozdílnou vnímavost žen a mužů.
- Onemocnění tuberkulózou je zhruba 2x častěji diagnostikováno u mužů než u žen.
- U žen i mužů je charakter vývoje onemocnění syfilis a gonokokové infekce shodný, ale muži vykazují vyšší počet případů onemocnění.
- Počet onemocnění ZN vzrostl za posledních 26 let u žen o 60 % a u mužů o 45 %.
- Vyjma kůže jsou nejčastějším ZN u mužů ZN plic, ZN tlustého střeva a konečníku a ZN prostaty. U žen je nejčastější ZN prsu, další jsou ZN pohlavního ústrojí. Znepokojivý je růst ZN plic.
- Ženy jsou z hlediska emočního labilnější než muži.
- Na psychiatrických odděleních bylo vyšetřeno zhruba o 50 % více žen než mužů. Nejčastějšími příčinami vyšetření u žen byly neurotické a afektivní poruchy.
- U mužů byla častější vyšetření na poruchy vyvolané alkoholem a ostatními psychoaktivními látkami a z důvodu poruch vyvolaných alkoholem bylo ošetřeno 2,5krát více mužů než žen.
- Ženy vykazují chronická onemocnění téměř 2x častěji než muži.
- Nezaměstnaní muži a ženy vykazovali 2x častěji omezující chronická onemocnění než osoby zaměstnané.
- Ženy trpí osteoporózou až 6x častěji než muži, štítnou žlázou více než 9x častěji a migrénou až 2,5x častěji než muži.
- Průměrná váha ženy je 67,1 kg, muže 81,4 kg.
- Nejméně na dodržování stravovacích zásad dbají mladí muži ve věku 15 - 34 let.
- Nikdy nekouřilo téměř 40 % mužů a 60 % žen.

- Abstinenty bylo téměř 20 % žen, ale pouze 7 % mužů.
- Alarmující je zneužívání alkoholu u mužů ve věku do 14 let.
- Zneužívání tabákových výrobků bylo ve vyšší míře evidováno mezi muži.
- Muži se více a především déle věnují fyzicky náročným aktivitám.
- Muži jsou výrazně častěji hospitalizováni pro nemoci oběhové soustavy než ženy, naopak ženy jsou častěji než muži hospitalizovány pro nemoci močové a pohlavní soustavy.
- Zhruba 4x větší celkový počet operací u mužů ve vyšších věkových skupinách dokumentuje u nich vyšší výskyt kardiovaskulárních nemocí.
- Ženy dostávají neschopenku pro nemoci dýchací soustavy o 20 % častěji než muži.
- Pracovní neschopnost na nemoci svalové a kosterní soustavy jsou o 10 % častější u mužů, totéž platí o nemocech oběhové soustavy.
- Největší rozdíly jsou u duševních poruch, kde ženy jsou v pracovní neschopnosti téměř dvakrát častěji než muži a u nemocí močové a pohlavní soustavy dokonce více jak čtyřikrát častěji než muži.
- Nejčastější příčinou k přiznání jak plného, tak částečného invalidního důchodu jsou pro ženy i muže nemoci svalové a kosterní soustavy. Druhou příčinou jsou nemoci oběhové soustavy, kde je výrazná převaha počtu přiznaných plných i částečných invalidních důchodů u mužů.
- Standardizovaná úmrtnost žen představuje pouze 60 % hodnoty standardizované úmrtnosti mužů. Pořadí nejčastějších příčin smrti je shodné pro ženy i muže. Na prvním místě jsou nemoci oběhové soustavy, na místě druhém novotvary, třetí místo zaujímají poranění a otravy, následují nemoci dýchací a trávicí soustavy.
- Výskyt sebevražd je výrazně vyšší u mužů.
- Od roku 1990 vzrostla střední délka života při narození u žen o 3,1 roku, u mužů o 4,5 roku. Rozdíl mezi pohlavími se dlouhodobě pohybuje kolem 7 let.
- VZP vydala v roce 2001 na zdravotní péči průměrně na jednu ženu 13 124 Kč a na jednoho muže 11 519 Kč.

## 13. Přílohy

1. Hlavní výsledky šetření HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002
2. Obyvatelstvo podle pohlaví a pětiletých věkových skupin (stav k 31.12.)
3. Vývoj hlášených onemocnění a úmrtnosti na zhoubné novotvary
4. Vývoj vybraných pohlavních a infekčních onemocnění
5. Pacienti „živé kartotéky“ podle věku a zneužívané psychoaktivní látky na 10 000 obyvatel v roce 2002
6. Hospitalizace podle příčin a pohlaví v roce 2002
7. Hospitalizované děti a senioři v roce 2002 pro poranění a otravy
8. Ukončené případy pracovní neschopnosti v ČR v roce 2002
9. Mezinárodní srovnání střední délky života
10. Zemřelí a úmrtnost podle pohlaví a příčin smrti v roce 2002
11. Náklady VZP na zdravotní péči v roce 2001
12. Pracovníci v rezortu zdravotnictví podle kategorií k 31.12.2002
13. Lékaři podle hlavního oboru činnosti v ČR v roce 2002 (evidenční počet)
14. Absolventi lékařských fakult za rok

## 1. Hlavní výsledky šetření HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002

1/4

Ukazatel	Ženy - procento respondentů s odpovědí				
	velmi dobré	dobré	celkem dobré	špatné	velmi špatné
<b>Subjektivní zdraví</b>					
1993	11,1	29,1	36,5	21,0	2,3
1996	11,8	29,5	37,1	19,3	2,3
1999	12,4	37,9	36,4	11,6	1,7
2002	15,5	42,9	30,5	9,3	1,7
<b>Chronické nemoci <sup>1)</sup></b>	<b>žádné</b>	<b>neomezující</b>	<b>omezující</b>		
1993	43,0	46,5	10,5	x	x
1996	42,2	45,8	11,6	x	x
1999	48,3	38,7	13,0	x	x
2002	37,6	13,0	49,4	x	x
<b>Dlouhodobé potíže <sup>1)</sup></b>	<b>žádné</b>	<b>lehké</b>	<b>těžké</b>		
1993	79,3	17,4	3,3	x	x
1996	72,4	22,2	5,4	x	x
1999	76,9	15,6	7,5	x	x
2002	76,8	14,1	9,0	x	x
<b>Index zdravotních potíží <sup>1)</sup></b>	<b>dobry</b>	<b>průměrný</b>	<b>špatný</b>		
1993	34,3	45,5	20,2	x	x
1996	22,9	48,5	28,6	x	x
1999	37,0	40,8	22,2	x	x
2002			nesrovnatelné		
<b>Dočasná neschopnost</b>	<b>ne</b>	<b>ano</b>			
1993	79,0	21,0	x	x	x
1996	78,4	21,6	x	x	x
1999	82,2	17,8	x	x	x
2002	82,0	18,0	x	x	x
<b>Sociální zdraví <sup>1)</sup></b>	<b>výborné</b>	<b>vyhovující</b>	<b>špatné</b>		
1993	23,9	51,8	24,3	x	x
1996	22,7	49,4	27,9	x	x
1999	75,1	22,4	2,6	x	x
2002			nesrovnatelné		
<b>Celkový index zdraví <sup>1)</sup></b>	<b>dobry</b>	<b>průměrný</b>	<b>špatný</b>		
1993	32,6	48,2	19,2	x	x
1996	23,8	44,0	32,1	x	x
1999	32,0	48,7	19,3	x	x
2002			nesrovnatelné		

Pozn.: Ukazatele označené <sup>1)</sup> nejsou plně srovnatelné

## 1. Hlavní výsledky šetření HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002

2/4

Ukazatel	Muži - procento respondentů s odpovědí				
<b>Subjektivní zdraví</b>	<b>velmi dobré</b>	<b>dobré</b>	<b>celkem dobré</b>	<b>špatné</b>	<b>velmi špatné</b>
1993	17,8	27,2	36,8	16,5	1,7
1996	17,9	32,7	31,7	16,6	1,0
1999	15,6	42,1	30,8	10,4	1,1
2002	21,9	44,5	26,1	6,8	0,8
<b>Chronické nemoci <sup>1)</sup></b>	<b>žádné</b>	<b>neomezující</b>	<b>omezující</b>		
1993	50,3	41,2	8,5	x	x
1996	48,8	41,4	9,8	x	x
1999	52,1	37,8	10,1	x	x
2002	51,8	11,5	36,7	x	x
<b>Dlouhodobé potíže <sup>1)</sup></b>	<b>žádné</b>	<b>lehké</b>	<b>těžké</b>		
1993	84,9	12,7	2,4	x	x
1996	78,4	19,5	2,1	x	x
1999	80,7	15,6	3,7	x	x
2002	84,4	12,2	3,4	x	x
<b>Index zdravotních potíží <sup>1)</sup></b>	<b>dobry</b>	<b>průměrný</b>	<b>špatný</b>		
1993	49,0	41,8	9,2	x	x
1996	39,9	43,5	16,6	x	x
1999	49,1	38,0	12,9	x	x
2002	nesrovnatelné				
<b>Dočasná neschopnost</b>	<b>ne</b>	<b>ano</b>			
1993	83,8	16,2	x	x	x
1996	82,1	17,9	x	x	x
1999	82,7	17,3	x	x	x
2002	87,0	13,0	x	x	x
<b>Sociální zdraví <sup>1)</sup></b>	<b>výborné</b>	<b>vyhovující</b>	<b>špatné</b>		
1993	18,2	55,0	26,8	x	x
1996	21,4	48,6	30,0	x	x
1999	71,9	25,5	2,6	x	x
2002	nesrovnatelné				
<b>Celkový index zdraví <sup>1)</sup></b>	<b>dobry</b>	<b>průměrný</b>	<b>špatný</b>		
1993	42,8	48,0	9,2	x	x
1996	35,8	42,8	21,2	x	x
1999	38,7	47,9	13,4	x	x
2002	nesrovnatelné				

Pozn.: Ukazatele označené <sup>1)</sup> nejsou plně srovnatelné

## 1. Hlavní výsledky šetření HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002

3/4

Ukazatel	Ženy - struktura respondentů (v %)				
	-18,0	18,0-19,9	20,0-26,9	27,0-29,9	30,0+
<b>Index tělesné hmotnosti</b>					
1993	2,2	9,2	61,0	15,4	12,2
1996	1,5	9,5	61,5	15,3	12,1
1999	3,0	9,9	58,1	15,3	13,5
2002	2,5	9,3	57,3	14,9	16,1
<b>Dietní index <sup>1)</sup></b>	<b>dobrý</b>	<b>střední</b>	<b>špatný</b>		
1993	55,2	34,8	10,1	x	x
1996	76,0	19,6	4,4	x	x
1999	77,5	19,6	2,9	x	x
2002	79,8	17,5	2,8	x	x
<b>Kuřáctví</b>	<b>nikdy</b>	<b>bývalí</b>	<b>příležitostní</b>	<b>slabí</b>	<b>silní</b>
1993	55,0	13,7	8,5	17,6	3,3
1996	55,9	15,3	8,5	16,1	4,1
1999	61,1	15,1	6,5	15,7	1,6
2002	59,1	17,3	5,5	15,8	2,3
<b>Konzumace alkoholu</b>	<b>výjimečná</b>	<b>přiměřená</b>	<b>nadměrná</b>		
1993	73,6	24,7	1,8	x	x
1996	72,6	24,5	2,9	x	x
1999	81,2	17,3	1,5	x	x
2002	78,0	19,2	2,8	x	x
<b>Tělesná aktivita</b>	<b>těžká</b>	<b>rekreační</b>	<b>lehká</b>	<b>sedavá</b>	
1993	1,7	18,0	38,8	41,5	x
1996	1,3	13,7	36,7	48,1	x
1999	3,1	14,5	37,3	44,4	x
2002					

nesrovnatelné

Pozn.: Ukazatele označené <sup>1)</sup> nejsou plně srovnatelné

## 1. Hlavní výsledky šetření HIS CR 1993, 1996, 1999, 2002

4/4

Ukazatel	Muži - struktura respondentů (v %)				
	-17,9	18,0-19,9	20,0-26,9	27,0-29,9	30,0+
<b>Index tělesné hmotnosti</b>					
1993	0,7	2,9	66,7	19,3	10,4
1996	1,0	2,1	68,5	17,6	10,5
1999	0,7	4,0	58,7	21,5	15,0
2002	0,9	3,0	59,8	22,8	13,4
<b>Dietní index <sup>1)</sup></b>	<b>dobrý</b>	<b>střední</b>	<b>špatný</b>		
1993	42,5	38,1	19,4	x	x
1996	59,7	29,2	11,0	x	x
1999	67,1	27,7	5,2	x	x
2002	65,3	29,0	5,7	x	x
<b>Kuřáctví</b>	<b>nikdy</b>	<b>bývalí</b>	<b>příležitostní</b>	<b>slabí</b>	<b>silní</b>
1993	35,1	23,1	8,6	20,7	11,2
1996	37,4	21,3	8,1	19,8	12,5
1999	36,9	24,3	8,6	18,3	11,4
2002	37,8	24,7	6,6	21,7	9,2
<b>Konzumace alkoholu</b>	<b>výjimečná</b>	<b>přiměřená</b>	<b>nadměrná</b>		
1993	39,8	44,5	15,7	x	x
1996	39,0	48,5	12,5	x	x
1999	41,8	48,7	9,5	x	x
2002	34,7	53,0	12,3	x	x
<b>Tělesná aktivita</b>	<b>těžká</b>	<b>rekreační</b>	<b>lehká</b>	<b>sedavá</b>	
1993	7,8	26,9	35,3	30,0	x
1996	7,7	22,1	32,3	37,8	x
1999	8,3	23,9	33,1	34,4	x
2002					

nesrovnatelné

Pozn.: Ukazatele označené <sup>1)</sup> nejsou plně srovnatelné

**2. Obyvatelstvo podle pohlaví a pětiletých věkových skupin (stav k 31.12.)**

Věková skupina	1993				2002			
	ženy		muži		ženy		muži	
	počet	v %	počet	v %	počet	v %	počet	v %
0	58 530	1,1	61 582	1,2	45 096	0,9	47 715	1,0
1-4	244 418	4,6	257 560	5,1	173 866	3,3	184 099	3,7
5-9	319 860	6,0	335 423	6,7	244 419	4,7	257 301	5,2
10-14	357 124	6,7	375 255	7,5	310 846	5,9	326 424	6,6
15-19	444 872	8,4	463 738	9,2	324 580	6,2	340 702	6,9
20-24	375 924	7,1	394 472	7,9	378 937	7,2	394 817	7,9
25-29	338 037	6,4	353 010	7,0	444 842	8,5	461 655	9,3
30-34	316 992	6,0	328 690	6,5	354 770	6,8	368 755	7,4
35-39	371 245	7,0	377 445	7,5	343 556	6,6	356 387	7,2
40-44	407 859	7,7	409 679	8,2	313 913	6,0	320 911	6,5
45-49	399 548	7,5	394 413	7,9	380 188	7,3	379 452	7,6
50-54	310 147	5,8	297 078	5,9	403 082	7,7	391 958	7,9
55-59	253 948	4,8	228 981	4,6	374 402	7,1	348 398	7,0
60-64	279 906	5,3	235 353	4,7	274 525	5,2	239 711	4,8
65-69	279 381	5,3	204 037	4,1	230 841	4,4	182 867	3,7
70-74	242 926	4,6	155 263	3,1	239 086	4,6	165 908	3,3
75-79	117 129	2,2	64 548	1,3	205 771	3,9	116 285	2,3
80-84	126 163	2,4	58 692	1,2	121 573	2,3	57 452	1,2
85+	70 707	1,3	24 078	0,5	72 270	1,4	25 909	0,5
Celkem	5 314 716	100,0	5 019 297	100,0	5 236 563	100,0	4 966 706	100,0
0-4	302 948	5,7	319 142	6,4	218 962	4,2	231 814	4,7
0-14	979 932	18,4	1 029 820	20,5	774 227	14,8	815 539	16,4
15-49	2 654 477	49,9	x	x	2 540 786	48,5	x	x
15-64	3 498 478	65,8	3 482 859	69,4	3 592 795	68,6	3 602 746	72,5
65+	836 306	15,7	506 618	10,1	869 541	16,6	548 421	11,0



## 3. Vývoj hlášených onemocnění a úmrtnosti na zhoubné novotvary

Rok	Absolutně		Na 100 000 obyvatel		Evropský standard	
	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži
<b>Hlášená onemocnění (MKN-10 dg. C00-C97 a dg. D00-D09)</b>						
1975	16 526	18 341	318,7	376,1	282,4	413,4
1980	17 133	18 963	322,3	378,4	284,5	424,0
1985	19 351	20 806	363,7	414,8	319,7	472,5
1986	19 744	20 968	371,1	417,6	326,3	476,5
1987	20 453	21 495	384,3	427,7	337,4	487,3
1988	20 553	21 930	385,9	435,9	337,6	495,2
1989	21 830	22 671	409,8	450,2	357,2	509,2
1990	21 745	22 968	408,3	456,0	354,0	517,0
1991	23 000	24 307	433,5	485,8	371,4	543,3
1992	24 171	24 610	455,3	491,3	388,8	549,9
1993	25 648	25 616	482,7	510,6	408,6	567,1
1994	26 425	26 345	497,2	524,7	419,3	578,4
1995	26 948	26 780	507,4	533,4	426,7	581,5
1996	27 750	28 549	523,5	569,3	433,5	612,3
1997	28 733	28 990	542,8	578,6	446,2	612,4
1998	29 011	29 223	548,7	583,6	444,9	610,7
1999	29 732	29 803	563,1	595,7	451,5	612,4
2000	29 898	29 616	567,0	592,4	450,7	600,0
<b>Zemřelí na zhoubné novotvary (MKN-10 dg. C00-C97)</b>						
1975	10 953	14 710	211,2	301,6	178,6	336,7
1980	11 529	15 047	216,9	300,3	181,0	336,2
1985	11 532	15 162	216,8	302,3	180,0	344,7
1990	12 378	15 797	232,4	313,7	189,2	358,7
1991	12 420	15 682	234,1	313,4	190,5	354,3
1992	12 249	15 621	230,7	311,7	186,6	352,0
1993	12 605	15 330	237,2	305,5	190,1	342,8
1994	12 473	15 579	234,7	310,3	186,3	345,2
1995	12 826	15 636	241,5	311,5	190,0	343,6
1996	12 208	15 534	230,3	309,8	178,8	337,1
1997	12 354	15 482	233,4	309,0	179,5	330,6
1998	12 322	15 544	233,0	310,4	177,3	328,7
1999	12 613	15 425	238,9	308,3	179,1	320,2
2000	12 661	15 878	240,1	317,6	177,4	325,3

## 4. Vývoj vybraných pohlavních a infekčních onemocnění

Rok	Hlášené případy pohlavních nemocí na 100 000 obyvatel			
	Syfilis		Gonokoková infekce	
	ženy	muži	ženy	muži
1993	2,39	2,11	34,97	56,65
1994	3,50	3,64	20,85	36,64
1995	4,29	4,08	13,29	26,49
1996	5,41	5,26	7,41	15,97
1997	5,59	6,15	7,37	14,13
1998	6,60	6,75	8,45	12,14
1999	6,76	7,48	5,97	13,59
2000	8,19	10,70	5,40	12,06
2001	11,04	15,89	4,80	12,55
2002	9,17	9,99	5,29	12,77

Rok	Nově hlášená onemocnění TBC			
	absolutně		na 100 000 obyvatel	
	ženy	muži	ženy	muži
1993	722	1 097	13,60	21,90
1994	770	1 142	14,50	22,70
1995	722	1 054	13,61	21,01
1996	770	1 108	14,54	22,11
1997	690	1 077	13,04	21,50
1998	653	1 086	12,36	21,70
1999	625	945	11,84	18,90
2000	509	880	9,66	17,61
2001	478	813	9,08	16,24
2002	412	744	7,87	14,98

Rok	Klíšťová encefalitida středoevropská - A 84.1				Lymeská nemoc - A 69. 2			
	absolutně		na 100 000 obyvatel		absolutně		na 100 000 obyvatel	
	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži
1994	249	364	4,69	7,25	2 476	1 415	46,59	28,18
1995	302	442	5,69	8,80	3 971	2 331	74,78	46,43
1996	224	347	4,23	6,92	2 621	1 572	49,45	31,35
1997	169	246	3,19	4,91	1 533	937	28,96	18,70
1998	170	252	3,22	5,03	1 232	906	23,30	18,09
1999	178	312	3,37	6,24	1 637	1 085	31,00	21,69
2000	278	441	5,27	8,82	2 305	1 542	43,71	30,84
2001	244	389	4,63	7,79	2 136	1 411	40,53	28,24
2002	242	405	4,62	8,16	2 168	1 490	41,40	30,01

### 5. Pacienti "živé kartotéky" podle věku a zneužívané psychoaktivní látky na 10 000 obyvatel v roce 2002

Psychoaktivní látka	Pacienti "živé kartotéky" na 10 000 obyvatel											
	0 - 14 let		15 - 19 let		20 - 29 let		30 - 39 let		40 let a více		celkem	
	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži
Alkohol	0,1	0,1	2,3	7,0	11,6	32,5	33,7	82,1	14,9	42,0	13,8	36,6
Opiáty a opioidy celkem	0,0	0,0	6,5	9,2	10,0	21,1	1,6	6,6	0,3	0,8	2,4	5,6
Heroin z opiátů	0,0	0,0	5,0	6,8	8,8	17,0	1,2	4,8	0,1	0,6	1,9	4,4
Canabinoidy	0,2	0,3	6,7	12,1	1,7	5,8	0,3	1,5	0,0	0,2	0,8	2,2
Sedativa a hypnotika celkem	0,0	0,0	1,3	0,8	3,6	2,5	6,3	3,8	2,4	1,6	2,7	1,8
Stimulancia celkem	0,1	0,1	7,1	9,0	7,3	15,6	1,5	5,6	0,0	0,7	1,8	4,5
Metamfetamin ze stimul.	0,0	0,0	5,5	7,3	6,2	13,3	1,3	5,1	0,0	0,7	1,5	3,9
Halucinogeny	0,0	0,0	0,8	1,6	0,5	0,9	0,2	0,1	0,0	0,0	0,2	0,3
Prchavá rozpustidla	0,1	0,1	0,2	2,1	0,1	1,4	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,5
Kombinace drog	0,0	0,0	4,5	8,6	4,4	10,8	1,9	5,6	0,2	0,6	1,4	3,6
Tabák	0,0	0,0	0,6	1,8	1,5	2,1	2,6	3,5	1,2	1,8	1,2	1,8
Jiné	0,0	0,0	0,3	0,7	0,3	0,8	0,2	0,7	0,1	0,1	0,1	0,2
Nelegální drogy celkem	0,4	0,6	27,3	44,3	27,9	58,9	12,1	24,3	3,1	4,2	10,5	18,8
Celkový počet pacientů v "živé kartotéce"	0,5	0,7	30,2	53,1	40,9	93,5	48,3	109,8	19,1	48,0	24,3	57,2

**6. Hospitalizace podle příčin a pohlaví v roce 2002**

Kapitola MKN-10	Standardizovaná hospitalizace		Specifická hospitalizovanost	
	ženy	muži	ženy	muži
I. Některé infekční a parazitární nemoci	536,90	583,61	484,4	511,4
II. Novotvary	1 756,52	1 831,47	2 030,6	1 878,9
III. Nemoci krve, krvetvorných orgánů a imunity	119,23	112,04	139,2	103,7
IV. Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	430,10	364,89	511,9	364,8
V. Poruchy duševní a poruchy chování	289,12	339,81	297,2	347,6
VI. Nemoci nervové soustavy	528,47	547,18	561,5	542,6
VII. Nemoci oka a očních adnex	582,61	515,08	785,3	511,1
VIII. Nemoci ucha a bradavkového výběžku	174,56	200,11	165,4	181,2
IX. Nemoci oběhové soustavy	2 373,92	3 632,67	3 298,7	3 702,3
X. Nemoci dýchací soustavy	1 439,83	2 015,78	1 209,6	1 651,7
XI. Nemoci trávicí soustavy	1 883,22	2 178,67	2 074,1	2 160,6
XII. Nemoci kůže a podkožního vaziva	282,01	321,70	299,4	319,7
XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy	1 432,68	1 340,43	1 660,7	1 414,0
XIV. Nemoci močové a pohlavní soustavy	2 164,95	1 134,16	2 299,2	1 110,2
XV. Těhotenství, porod a šestinedělí	2 778,37	x	2 943,3	x
XVI. Některé stavy vzniklé v perinatálním období	305,17	345,28	162,4	204,9
XVII. Vrozené vady, deformace	203,58	280,49	142,4	199,3
XVIII. Příznaky, znaky a nálezy nezařazené jinde	1 051,17	980,83	1 078,8	918,8
XIX. Poranění, otravy a následky vnějších příčin	1 332,51	2 214,87	1 440,5	2 199,4
XXI. Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt	2 946,91	1 851,94	2 403,5	1 314,2
Celkem	22 611,84	20 791,02	23 988,2	19 636,3

## 7. Hospitalizované děti a senioři v roce 2002 pro poranění a otravy

Věková kategorie	Počet hospitalizovaných						Průměrná ošetrovací doba			
	celkem	% z věk. kategorie	v tom operace			% opero- vaných	celkem	při operaci		
			neodkl.	jiná	žádná			neodkl.	jiné	žádné
<b>Dívky</b>										
0	941	2,1	18	35	888	5,6	3,2	7,2	7,0	2,9
1 až 4	3 190	1,8	238	232	2 720	14,7	3,5	5,4	7,6	3,0
5 až 9	3 439	1,4	586	369	2 484	27,8	3,9	4,7	4,8	3,5
10 až 14	4 240	1,4	541	529	3 170	25,2	4,3	5,0	5,3	3,9
Celkem	11 810	1,6	1 383	1 165	9 262	21,6	3,8	5,0	5,7	3,5
<b>Chlapci</b>										
0	1 082	2,3	28	47	1 007	6,9	3,9	6,6	10,7	3,7
1 až 4	4 230	2,3	397	335	3 498	17,3	3,8	6,5	8,0	3,4
5 až 9	5 390	2,0	811	546	4 033	25,2	4,0	5,1	5,8	3,8
10 až 14	7 561	2,3	1 135	938	5 488	27,4	4,2	5,7	5,9	3,9
Celkem	18 263	2,3	2 371	1 866	14 026	23,2	4,0	5,1	6,0	3,6
<b>Ženy</b>										
65 - 69	3 879	1,7	685	980	2 214	42,9	11,0	11,3	11,8	11,3
70 - 74	5 703	2,4	1 008	1 203	3 412	38,8	13,4	12,0	14,1	13,8
75 - 79	7 462	3,6	1 311	1 502	4 649	37,7	14,5	12,8	14,6	15,3
80 - 84	6 056	5,4	1 084	1 127	3 845	36,5	15,8	12,6	15,4	15,3
85 +	6 113	8,1	1 203	1 085	3 825	37,4	15,7	12,2	15,7	16,8
Celkem	27 433	3,2	5 291	5 897	17 945	40,8	15,3	12,3	14,6	14,9
<b>Muži</b>										
65 - 69	3 228	1,7	525	655	2 048	36,6	10,0	10,4	12,6	9,1
70 - 74	3 396	2,1	527	632	2 242	34,0	10,8	11,6	12,3	10,1
75 - 79	3 132	2,7	494	569	2 069	33,9	11,9	12,9	14,5	10,5
80 - 84	1 905	3,6	307	320	1 278	32,9	12,1	13,0	13,7	11,5
85 +	1 685	6,2	279	249	1 157	31,3	12,1	11,2	14,6	11,7
Celkem	13 346	2,4	2 132	2 425	8 794	34,1	11,2	11,7	13,3	10,5

**8. Ukončené případy pracovní neschopnosti v ČR v roce 2002**

Kapitola MKN-10	Počet případů			
	na 100 000 pojištěnců		na evropský standard	
	ženy	muži	ženy	muži
I. Některé infekční a parazitární nemoci	2 143	2 026	2 244	2 095
II. Novotvary	1 124	513	1 062	658
III. Nemoci krve, krevtovorných orgánů a imunity	95	34	87	36
IV. Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	338	212	339	222
V. Poruchy duševní a poruchy chování	1 567	791	1 358	707
VI. Nemoci nervové soustavy	927	645	855	619
VII. Nemoci oka a očních adnex	675	742	764	770
VIII. Nemoci ucha a bradavkového výběžku	424	450	405	420
IX. Nemoci oběhové soustavy	2 227	2 506	2 488	2 874
X. Nemoci dýchací soustavy	36 910	30 814	36 617	30 443
XI. Nemoci trávicí soustavy	5 724	5 393	5 738	5 259
XII. Nemoci kůže a podkožního vaziva	1 576	1 665	1 576	1 626
XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy	14 186	16 252	13 318	15 004
XIV. Nemoci močové a pohlavní soustavy	5 414	1 153	5 091	1 237
XV. Těhotenství, porod a šestinedělí	1 415	x	1 243	x
XVII. Vrozené vady, deformace	20	14	22	14
XVIII. Příznaky, znaky a nálezy nezařazené jinde	2 305	1 673	2 540	1 875
XIX. Poranění, otravy a následky vnějších příčin	5 351	11 449	5 814	11 120
XXI. Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt	1 523	123	1 280	121
Celkem	83 945	76 457	82 840	75 099

## 9. Mezinárodní srovnání střední délky života

Stát	Rok	Střední délka života					
		při narození			ve věku 65 let		
		ženy	muži	rozdíl Ž- M	ženy	muži	rozdíl Ž- M
Francie	1999	82,83	75,17	7,66	21,32	16,68	4,64
Švýcarsko	1999	82,80	76,97	5,83	20,90	16,95	3,95
Itálie	1999	82,62	76,28	6,34	20,62	16,37	4,25
Španělsko	1999	82,35	75,24	7,11	20,31	16,19	4,12
Švédsko	1999	82,08	77,13	4,95	20,11	16,53	3,58
Rakousko	2001	81,95	76,10	5,85	20,21	16,76	3,45
Finsko	2001	81,81	74,72	7,09	19,94	15,86	4,08
Island	1997	81,61	76,41	5,20	20,10	16,43	3,67
Norsko	1999	81,32	75,71	5,61	19,66	15,76	3,90
Lucembursko	2001	81,13	75,48	5,65	19,87	16,28	3,59
Řecko	1999	81,03	75,82	5,21	19,13	16,79	2,34
Německo	1999	81,02	74,89	6,13	19,47	15,68	3,79
Nizozemsko	2000	80,76	75,65	5,11	19,41	15,43	3,98
Slovinsko	2001	80,52	72,32	8,20	19,13	14,58	4,55
Spojené království	2000	80,51	75,69	4,82	19,21	15,90	3,31
Portugalsko	2000	79,67	72,63	7,04	18,33	14,75	3,58
Irsko	2000	79,31	74,01	5,30	18,07	14,73	3,34
Dánsko	1999	78,87	74,13	4,74	18,17	15,17	3,00
Česká republika	2001	78,71	72,18	6,53	17,40	14,04	3,36
Chorvatsko	2001	78,17	71,03	7,14	17,04	13,63	3,41
Polsko	2000	78,09	69,80	8,29	17,55	13,72	3,83
Slovensko	2000	77,64	69,26	8,38	16,88	13,06	3,82
Litva	2001	77,49	65,89	11,60	17,81	13,38	4,43
Maďarsko	2001	76,76	68,32	8,44	17,11	13,27	3,84
Lotyšsko	2001	75,68	64,48	11,20	16,87	12,58	4,29
Bulharsko	2001	75,44	68,55	6,89	15,76	13,07	2,69
Rumunsko	2001	75,01	67,69	7,32	16,13	13,48	2,65
Bělorusko	2001	74,55	62,79	11,76	15,62	11,40	4,22
Ukrajina	2000	73,62	62,30	11,32	15,23	11,61	3,62
Rusko	2001	72,28	59,08	13,20	15,25	11,06	4,19

## 10. Zemřelí a úmrtnost podle pohlaví a příčin smrti v roce 2002

1/2

Kapitola MKN-10	Počet zemřelých					
	ženy		muži		podíl z celku	
	absolut.	v %	absolut.	v %	ženy	muži
I. Některé infekční a parazitární nemoci	170	0,3	150	0,3	53,1	46,9
II. Novotvary	12 835	23,8	16 058	29,5	44,4	55,6
III. Nemoci krve, krvetvorných orgánů a imunity	38	0,1	41	0,1	48,1	51,9
IV. Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	766	1,4	568	1,0	57,4	42,6
V. Poruchy duševní a poruchy chování	21	0,0	90	0,2	18,9	81,1
VI. Nemoci nervové soustavy	916	1,7	898	1,7	50,5	49,5
VII. Nemoci oka a očních adnex	-	-	-	-	-	-
VIII. Nemoci ucha a bradavkového výběžku	-	-	-	-	-	-
IX. Nemoci oběhové soustavy	31 500	58,5	25 652	47,2	55,1	44,9
X. Nemoci dýchací soustavy	2 150	4,0	2 563	4,7	45,6	54,4
XI. Nemoci trávicí soustavy	1 923	3,6	2 512	4,6	43,4	56,6
XII. Nemoci kůže a podkožního vaziva	8	0,0	1	0,0	88,9	11,1
XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy	19	0,0	13	0,0	59,4	40,6
XIV. Nemoci močové a pohlavní soustavy	781	1,4	629	1,2	55,4	44,6
XV. Těhotenství, porod a šestinedělí	3	0,0	x	x	100,0	x
XVI. Některé stavy vzniklé v perinatálním období	100	0,2	117	0,2	46,1	53,9
XVII. Vrozené vady, deformace	50	0,1	68	0,1	42,4	57,6
XVIII. Příznaky, znaky a nálezy nezařazené jinde	341	0,6	424	0,8	44,6	55,4
XX. Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti	2 245	4,2	4 593	8,4	32,8	67,2
Celkem	53 866	100,0	54 377	100,0	49,8	50,2



## 10. Zemřelí a úmrtnost podle pohlaví a příčin smrti v roce 2002

2/2

Kapitola MKN-10	Zemřelí na 100 000 obyvatel		Standardizovaná úmrtnost	
	ženy	muži	ženy	muži
I. Některé infekční a parazitární nemoci	3,2	3,0	2,1	3,0
II. Novotvary	245,1	323,5	175,3	323,2
III. Nemoci krve, krve tvorných orgánů a imunity	0,7	0,8	0,5	0,8
IV. Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	14,6	11,4	9,4	11,5
V. Poruchy duševní a poruchy chování	0,4	1,8	0,4	1,7
VI. Nemoci nervové soustavy	17,5	18,1	12,4	18,5
VII. Nemoci oka a očních adnex	-	-	-	-
VIII. Nemoci ucha a bradavkového výběžku	-	-	-	-
IX. Nemoci oběhové soustavy	601,6	516,7	379,4	560,5
X. Nemoci dýchací soustavy	41,1	51,6	27,1	55,5
XI. Nemoci trávicí soustavy	36,7	50,6	25,9	50,2
XII. Nemoci kůže a podkožního vaziva	0,2	0,0	0,1	-
XIII. Nemoci svalové a kosterní soustavy	0,4	0,3	0,2	0,2
XIV. Nemoci močové a pohlavní soustavy	14,9	12,7	9,6	13,5
XV. Těhotenství, porod a šestinedělí	0,1	x	0,1	x
XVI. Některé stavy vzniklé v perinatálním období	1,9	2,4	3,6	4,0
XVII. Vrozené vady, deformace	1,0	1,4	1,6	2,2
XVIII. Příznaky, znaky a nálezy nezařazené jinde	6,5	8,5	4,5	9,1
XX. Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti	42,9	92,5	32,7	91,3
Celkem	1 028,7	1 095,3	685,8	1 146,2

**11. Náklady VZP na zdravotní péči v roce 2001**

Věková skupina	Absolutně (v tis. Kč)		Na 1 pojištěnce	
	ženy	muži	ženy	muži
0-4	1 190 398	1 536 605	9 481	11 591
5-9	920 296	1 084 864	5 249	5 855
10-14	1 065 017	1 256 397	5 026	5 619
15-19	1 446 290	1 247 475	6 529	5 359
20-24	1 964 703	1 277 691	7 551	4 640
25-29	2 281 020	1 442 835	8 341	5 118
30-34	1 702 206	1 344 455	7 843	5 687
35-39	1 785 649	1 531 279	8 111	6 405
40-44	2 065 104	1 895 181	9 717	8 372
45-49	3 054 800	2 830 589	11 760	10 422
50-54	4 086 446	3 861 476	14 708	13 727
55-59	3 953 526	4 339 189	15 805	18 431
60-64	3 556 032	3 416 564	17 821	20 205
65-69	4 388 218	3 867 427	22 405	25 890
70-74	5 228 825	4 008 887	25 279	28 673
75-79	5 085 393	3 131 786	26 986	30 328
80-84	2 469 045	1 319 327	24 764	27 810
85+	2 340 344	878 066	27 507	27 700
ostatní	320 636	318 340	7 049	5 200
Celkem	48 903 946	40 588 423	13 124	11 519

## 12. Pracovníci v rezortu zdravotnictví podle kategorií k 31. 12. 2002

	Fyzické osoby		% žen z celku
	ženy	muži	
Lékaři	23 639	21 304	52,60
Farmaceuti	4 455	1 008	81,55
Dentisté	2	3	40,00
Zdravot. pracovníci s jiným VŠ	701	317	68,86
Jiní VŠ	2 587	1 207	68,19
Jiní SŠ	1 893	272	87,44
Sestry zdravotní	68 262	943	98,64
dětské	9 987	13	99,87
ženské	4 917	1	99,98
dietní	672	4	99,41
ostatní	1 560	208	88,24
Rehabilitační pracovníci	6 066	301	95,27
Asistenti hygienické služby	1 398	33	97,69
Laboranti zdravotní	7 240	159	97,85
Laboranti farmaceutičtí	4 760	48	99,00
Laboranti radiologičtí	2 645	558	82,58
Zubní technici	4 021	579	87,41
<b>SZP celkem</b>	<b>111 528</b>	<b>2 847</b>	<b>97,51</b>
Ošetřovatelky	3 251	206	94,04
Pěstounky	53	0	100,00
Zubní instrumentářky	824	6	99,28
Maséři	548	200	73,26
Dezinfektoři	42	17	71,19
Laboratorní pracovníci	310	13	95,98
Pitevní laboranti	24	30	44,44
Řidiči rych.lék./zdr. pom.	18	1 607	1,11
<b>NZP celkem</b>	<b>5 070</b>	<b>2 079</b>	<b>70,92</b>
<b>PZP celkem</b>	<b>11 471</b>	<b>6 662</b>	<b>63,26</b>
<b>Odborní zdravot. pracovníci celkem</b>	<b>161 346</b>	<b>35 699</b>	<b>81,88</b>
Učitelé	245	370	39,84
Vychovatelé DM	63	5	92,65
Technicko-hospodářští pracovníci	13 330	4 073	76,60
Dělníci a provozní pracovníci	23 028	9 995	69,73
<b>Pracovníci celkem</b>	<b>198 012</b>	<b>50 142</b>	<b>79,79</b>

**13. Lékaři podle hlavního oboru činnosti v ČR v roce 2002 (evidenční počet)**

1/2

Hlavní obor činnosti	Ženy		Muži	
	počet	v %	počet	v %
Všeobecné lékařství	3 141	59,0	2 184	41,0
Gynekologie a porodnictví	922	39,6	1 404	60,4
Neonatologie	82	64,6	45	35,4
Pediatric	2 672	79,8	676	20,2
Pediatric	2 754	79,3	721	20,7
Anestez. a resuscitace	743	46,5	854	53,5
Chirurgie	336	13,2	2 205	86,8
Kardiochirurgie	16	11,1	128	88,9
Neurochirurgie	17	9,7	159	90,3
Ortopedie	88	9,3	862	90,7
Plastická chirurgie	40	33,1	81	66,9
Popáleninová medicína	16	55,2	13	44,8
Traumatologie	7	7,4	88	92,6
Chirurgie	1 263	22,3	4 390	77,7
Alergolog. a klin. imun.	218	69,2	97	30,8
Dermatovenerologie	659	80,6	159	19,4
Diabetologie	139	68,8	63	31,2
Dorostové lékařství	32	91,4	3	8,6
Endokrinologie	50	62,5	30	37,5
Foniatric	21	61,8	13	38,2
Funkční diagnostika	8	30,8	18	69,2
Gastroenterologie	64	36,4	112	63,6
Geriatric	169	57,7	124	42,3
Infekční nemoci	138	66,0	71	34,0
Interní lékařství	1 958	49,2	2 022	50,8
Kardiologie	137	34,8	257	65,2
Klinická onkologie	108	53,7	93	46,3
Lékařská genetika	44	69,8	19	30,2
Nefrologie	39	40,6	57	59,4
Nemoci z povolání	57	69,5	25	30,5
Neurologie	776	60,0	518	40,0
Oftalmologie	815	72,5	309	27,5
Otorinolaryngologie	484	51,1	463	48,9
Radioterapie	121	54,8	100	45,2
Revmatologie	68	68,0	32	32,0

**13. Lékaři podle hlavního oboru činnosti v ČR v roce 2002 (evidenční počet)**

2/2

Hlavní obor činnosti	Ženy		Muži	
	počet	v %	počet	v %
Tělových. lékařství	23	41,8	32	58,2
Tuber. a respir. nem.	326	56,2	254	43,8
Urologie	69	12,3	492	87,7
Záchraná služba	114	29,7	270	70,3
Specialisté	6 637	54,1	5 633	45,9
Stomatologie	4 465	66,7	2 232	33,3
Hygiena	126	73,7	45	26,3
Hygiena dětí a dorostu	21	91,3	2	8,7
Hygiena obec. a kom.	145	71,8	57	28,2
Hygiena práce	51	65,4	27	34,6
Hygiena výživy	32	74,4	11	25,6
Hygiena	375	72,5	142	27,5
Epidemiologie	102	76,7	31	23,3
Fyziatrie, balneologie	170	62,0	104	38,0
Galenická farmacie	1	50,0	1	50,0
Klinická biochemie	125	51,4	118	48,6
Klinická farmakologie	8	36,4	14	63,6
Klinická hematologie	107	60,5	70	39,5
Mikrobiologie	194	75,2	64	24,8
Nukleární medicína	61	44,9	75	55,1
Ortopedická protetika	4	23,5	13	76,5
Ostatní obory	191	43,3	250	56,7
Ostatní obory LP	164	47,7	180	52,3
Ostatní obory SVLS	6	42,9	8	57,1
Patologická anatomie	159	44,0	202	56,0
Posudkové lékařství	268	62,3	162	37,7
Radiodiagnostika	641	52,9	571	47,1
Rehabilitační	340	55,9	268	44,1
Soudní lékařství	22	31,0	49	69,0
Transfúzní služba	151	82,1	33	17,9
Ostatní	2 714	55,1	2 213	44,9
Psychiatrie	720	58,3	515	41,7
Sexuologie	7	31,8	15	68,2
Psychiatrie a sexuologie	727	57,8	530	42,2
Celkem	22 998	54,2	19 449	45,8

**14. Absolventi lékařských fakult za rok**

Rok	Studijní obor	Ženy		Muži	
		absolutně	v %	absolutně	v %
1990	Stomatologie	75	63,0	44	37,0
	Všeobecné lékařství	393	54,1	334	45,9
	Dětské lékařství	104	73,2	38	26,8
	Hygiena	46	75,4	15	24,6
	Celkem	618	58,9	431	41,1
1995	Stomatologie	95	72,0	37	28,0
	Všeobecné lékařství	820	59,0	571	41,0
	Celkem	915	60,1	608	39,9
1997	Stomatologie	91	72,8	34	27,2
	Všeobecné lékařství	648	55,3	524	44,7
	Celkem	739	57,0	558	43,0
1998	Stomatologie	59	60,8	38	39,2
	Všeobecné lékařství	525	54,9	432	45,1
	Celkem	584	55,4	470	44,6
1999	Stomatologie	59	57,3	44	42,7
	Všeobecné lékařství	502	57,4	372	42,6
	Celkem	561	57,4	416	42,6
2000	Stomatologie	63	60,0	42	40,0
	Všeobecné lékařství	465	57,6	342	42,4
	Celkem	528	57,9	384	42,1
2001	Stomatologie	50	60,2	33	39,8
	Všeobecné lékařství	389	51,0	373	49,0
	Celkem	439	52,0	406	48,0
2002	Stomatologie	64	54,2	54	45,8
	Všeobecné lékařství	418	58,4	298	41,6
	Celkem	482	57,8	352	42,2

## 14. Seznam literatury

1. Statistická ročenka České republiky, ČSÚ, Praha, 2002.
2. Vývoj invalidity v České republice a ve vybraných zemích EU, Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, Praha, 2002.
3. Výroční zpráva VZP, Praha, 2002.
4. J. Rychtaříková, Demografie 2, (1998), str.93.
5. Populační vývoj České republiky 1990-2002, Katedra demografie a geodemografie Přírodovědecké fakulty UK, Praha, 2003.
6. Š. Daňková, Psychologické, sociální a demografické aspekty sebevražednosti v mezinárodním srovnání, Katedra demografie a geodemografie Přírodovědecké fakulty UK, Praha, 2003.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

**ŽENY A MUŽI  
V ČÍSLECH  
ZDRAVOTNICKÉ  
STATISTIKY**



**ÚZIS ČR  
2003**