

## 7. Závěr

Úmrtnostní poměry se v České republice ve sledovaném období let 2006 až 2016 zlepšovaly. Relativní růst naděje dožití při narození byl u mužů i u žen vyšší než v celé EU28, ale pozice ČR v rámci Evropské unie zůstala z pohledu střední délky života podprůměrná i na konci sledovaného období. Rychleji rostla naděje dožití při narození u mužů (z 73,4 na 76,2 let mezi roky 2006 a 2016) než u opačného pohlaví (z 79,7 let na 82,1 let), což vedlo ke snížení rozdílu v naději dožití podle pohlaví. Relativní růst naděje dožití byl vyšší ve starších věkových kategoriích než v těch mladších.

Intenzita úmrtnosti v jednotlivých věkových skupinách měřená pomocí měr úmrtnosti poklesla ve sledovaném období téměř ve všech věkových kategoriích a u obou pohlaví. Nejvýraznější mužská nadúmrtnost byla patrná ve věkových skupinách 15–29 let. Vzhledem k nízkému počtu úmrtí v této věkové kategorii byl ale vliv na rozdíl v naději dožití podle pohlaví minimální. Pokles měr úmrtnosti byl téměř univerzální i při rozlišení podle rodinných stavů. Intenzita úmrtnosti ženatých/vdaných byla nižší než svobodných nebo rozvedených. Kojenecká úmrtnost po většinu období klesala (z 3,3 ‰ na 2,4 ‰ mezi roky 2006 až 2014), ale v posledních dvou letech mírně vzrostla na 2,8 ‰ v roce 2016. V rámci EU28 však stále patříme mezi země s nejnižší mírou kojenecké úmrtnosti.

Absolutní počty zemřelých kolísaly mezi roky 2006–2016 v rozmezí 104 441 až 111 173. Kromě intenzity úmrtnosti ovlivňuje tato čísla i zvyšující se podíl osob ve vyšším věku a také nepravidelnosti ve věkové struktuře. Rozdíly mezi jednotlivými roky souvisely i s rozložením zemřelých během roku, když nejvíce osob umíralo v měsících prosinec až březen, tedy na přelomu dvou kalendářních let. Na úmrtnost má totiž vliv chřipková epidemie či výrazně vyšší výskyt dalších respiračních onemocnění, jejichž přítomnost nebo absence v daném kalendářním roce může počty zemřelých nezanedbatelně ovlivnit. Místem úmrtí pro většinu zemřelých bylo zdravotnické zařízení lůžkové péče (téměř dvě třetiny případů v roce 2016). Doma došlo k zhruba pětině úmrtí. Podíl zemřelých osob s cizí státní příslušností vzrostl z 0,3 % v roce 2006 na 0,6 % v roce 2016. Oproti tomu podíl zemřelých, kteří se narodili v cizině, byl podstatně vyšší a v roce 2016 dosáhl 5,6 %. Většinou se ale již jednalo o občany ČR.

Standardizované míry úmrtnosti poklesly ve sledovaném období u pěti z šesti nejčastějších příčin smrti – nemocí oběhové soustavy, novotvarů, nemocí dýchací soustavy, vnějších příčin a nemocí trávicí soustavy. Pouze u nemocí endokrinních, výživy a přeměn látek došlo k nárůstu, který částečně souvisel s metodologickými změnami při kódování příčin smrti. Mužská nadúmrtnost byla relativně nejvyšší u vnějších příčin nemocnosti a úmrtnosti. Absolutně nejčetnější u mužů i žen byla úmrtí na nemoci oběhové soustavy, novotvary a s odstupem na nemoci dýchací soustavy. Zatímco u mužů byly v roce 2016 na dalších místech v pořadí vnější příčiny, nemoci trávicí soustavy a nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek, tak u žen následovaly nejprve nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek a až poté nemoci trávicí soustavy a vnější příčiny. Při srovnání s celou EU28 dosahaly muži i ženy z ČR nižší intenzity úmrtnosti pouze na nemoci dýchací soustavy, u dalších příčin byly hodnoty vyšší. Obzvlášť patrné byly rozdíly v úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy (o dvě třetiny vyšší úroveň měr úmrtnosti). Pozitivní byl vývoj úmrtnosti na novotvary, kde byl v ČR zaznamenán nejvýraznější pokles měr úmrtnosti u obou pohlaví ze všech států EU28 v období let 2006 až 2014.

Naděje dožití při narození vzrostla mezi obdobími 2005–2006 a 2015–2016 ve všech krajích u obou pohlaví. Nejvyšší hodnoty byly sledovány v Hlavním městě Praze, nejnižší v Ústeckém kraji. Relativně nejvyšší naděje dožití při narození žen ve srovnání s muži byla v Moravskoslezském a Zlínském kraji, nejnižší rozdíly byly v Hlavním městě Praze. Úroveň úmrtnosti na příčiny smrti ne vždy odpovídala postavení daného kraje v celkových úmrtnostních poměrech. Například v roce 2016 měli v Praze muži i ženy horší intenzitu úmrtnosti na novotvary, v Jihočeském kraji zase obě pohlaví dosahovala nejvyšších měr úmrtnosti na nemoci dýchací soustavy a ve Zlínském kraji měli muži nejvyšší intenzitu úmrtnosti na vnější příčiny. Naopak nejnižší míry úmrtnosti na vnější příčiny měly ženy v Karlovarském kraji. V Olomouckém kraji dosahovali



muži i ženy jedné z nejnižších úrovní úmrtnosti na novotvary. Překvapivě relativně nízká (pátá nejnižší) intenzita úmrtnosti na nemoci dýchací soustavy byla v Ústeckém kraji.

Úroveň úmrtnosti je výsledkem mnoha faktorů, které na ni působí. Mezi nejdůležitější faktory patří zdravý životní styl obyvatel (zdravá strava, sportovní aktivity), individuální péče o zdraví včetně prevence/využívání preventivních programů, dostupnost rychlé záchranné služby a zdravotní péče, včetně její kvality (nejmodernější technologie a léky), a vliv má i kvalita životního prostředí. Bohužel z hlášení o úmrtí nebo z listu o prohlídce zemřelého není možné tyto proměnné získat, proto nelze zhodnotit vliv jednotlivých faktorů na pokles úmrtnosti ČR.