

## 1.2. SOCIÁLNA SITUÁCIA Z RODOVÉHO HĽADISKA<sup>1</sup>

### ✓ Ohrozenie chudobou je u žien vyššie

Popis postavenia a životnej situácie žien a mužov rôzneho veku nemôže byť úplný bez analýzy ich sociálnych a ekonomických podmienok a materiálneho blaha (well-beingu). Diskusia o meraní týchto aspektov života, ako aj o koncepte well-being a vzájomných väzbách so súvisiacimi teoretickými konštruktmi (chudoba – bohatstvo, nedostatok či deprivácia – dostatok, exklúzia – inklúzia a podobne) je mimoriadne bohatá, odborná literatúra z tejto oblasti výskumu patrí z hľadiska kvantity k tým najbohatším (prehľad pozri napr. Džambazovič, 2007).

Ak by sme mali poukázať na trendy diskurzu z posledných rokov, rozhodne treba spomenúť tieto: 1) rozširovanie konceptu (od materiálneho well-beingu k širším chápaniam a pojmom; pridávanie dimenzií); 2) prehľbovanie merania (nové ukazovatele za každú dimenziu, pri materiálnej rozšírenie od príjmu k spotrebe a jej uspokojovaniu); 3) špecifikácia pre jednotlivé skupiny (deti, starších ľudí a podobne)<sup>2</sup>; 4) posun k stabilizácii indikátorov<sup>3</sup>. Vo všetkých konceptoch – starších i tých novších – sa medzi ukazovateľmi well-beingu objavuje príjem domácnosti, za jednotlivcov prípadne pracovný príjem a niektorý z ukazovateľov chudoby. Zároveň ale v žiadnom z empirických výskumov realizovaných v poslednom období nechýbajú subjektívne „miery“ materiálneho blaha a meranie nemateriálneho well-beingu (napríklad pocity spokojnosti či nespokojnosti s rôznymi aspektmi života).

Aká je úroveň chudoby a príjmová situácia žien a mužov rôzneho veku a ako ju sami hodnotia? Venujme najprv pozornosť štatistickým dátam o ľuďoch s nízkymi príjmami a všimnime si rodové a vekové rozdiely. Na meranie materiálnych životných podmienok sa od roku 2004 v krajinách Európskej únie využíva zisťovanie EU-SILC (Statistics on Income and Living Conditions) *Štatistiky o príjme a životných podmienkach*, medzinárodné štatistické zisťovanie s jednotnou metodikou. Veľmi podrobne sa venuje mapovaniu príjmov domácností i jednotlivcov, ale aj iným oblastiam života – bývaniu a vybaveniu domácnosti, dostupnosti služieb rôzneho charakteru a sociálnemu vylúčeniu.<sup>4</sup> V súčasnosti je to na Slovensku jediné štatistické zisťovanie zamerané na distribúciu príjmov a úroveň a štruktúru chudoby (predtým sa na meranie príjmov domácností a výpočet miery rizika chudoby využíval Mikrocenzus).

Podľa európskeho štatistického zisťovania príjmov a životných podmienok EU-SILC bol v roku 2004 podiel obyvateľov pod hranicou chudoby<sup>5</sup> za celé Slovensko 13,3 %; o rok neskôr sa tento podiel znížil na 11,6 %. Klesajúca tendencia pokračovala aj v roku 2006, kedy sa zistená miera rizika

<sup>1</sup> Táto časť je spracovaná na základe štúdií: Filadelfiová, J.: Vek, životný cyklus a medzigeneračný prenos chudoby." In: Gerbery, D. – Lesay, I. – Škobla, D. (eds.): *Kniha o chudobe: Spoločenské súvislosti a verejné politiky*. Bratislava, Priatelia Zeme-CEPA – Friedrich Ebert Stiftung – Slovenská sieť proti chudobe 2007; Filadelfiová, J.: Ženy muži a súkromná sféra. In: Bútorová, Z. (ed.): *Ona a on na Slovensku: zaostréne na rod a vek*. Bratislava, IVO 2008.

<sup>2</sup> Napríklad z indikátorov merajúcich materiálne well-being detí sa používa podiel detí žijúcich v domácnostiach pod hranicou chudoby, podiel detí v domácnostiach s nepracujúcimi rodičmi, alebo počet detí, ktoré nemajú vo svojej domácnosti počítač; u starších ľudí sa sleduje úroveň prístupu k verejnej doprave, bývanie umožňujúce samostatný pohyb, prídavok k dôchodku z neštátneho poistenia a podobne.

<sup>3</sup> Prejavom je zavedenie špecializovaných zisťovaní s opakovanou frekvenciou a stabilnou sadou indikátorov, ako napr. projekt PISA špecializovaný na deti, zisťovanie EU-SILC zamerané na materiál, prídavok k dôchodku z neštátneho poistenia a podobne (ale aj iné) podmienky života so súborom 17 stabilných indikátorov a podobne.

<sup>4</sup> Zisťovanie prebieha v cykloch a je doň zahrnutých takmer 6 000 domácností s viac ako 12,7 tis. jednotlivcov. Viac o samotnom zisťovaní, používaných indikátoroch, publikáciách, prípadne údaje za jednotlivé krajiny pozri: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?\\_pageid=1913,47567825,1913\\_58814988&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1913,47567825,1913_58814988&_dad=portal&_schema=PORTAL); <http://portal.statistics.sk/showdoc.do?docid=12683>.

<sup>5</sup> Myslí sa tu hranica chudoby stanovená ako 60 % mediánu ekvivalentného disponibilného príjmu v krajine; ľudia s nižším príjmom ako táto hranica sa považujú za vystavených riziku chudoby (miera rizika chudoby). Ekvivalentný disponibilný príjem (t.j. celkový hrubý príjem domácnosti delený veľkosťou domácnosti) na osobu a mesiac predstavoval v roku 2005 sumu 11 762 Sk (<http://portal.statistics.sk/showdoc.do?docid=12683>).

chudoby znížila až na hranicu 10,7 %. Pritom sa v **priebehu času zvýšil rozdiel v miere ohrozenia chudobou medzi mužmi a ženami**: za mužov Slovenska klesla miera rizika chudoby medzi rokmi 2005 a 2006 na úroveň 9,8 % zo všetkých mužov SR a za ženy zostala na rovnakej úrovni – 11,5 % zo všetkých žien SR.

**Miera rizika chudoby na Slovensku podľa pohlavia (2004 až 2006, v %)**

	2004	2005	2006
Muži	13,2	11,7	9,8
Ženy	13,5	11,5	11,5
<b>Spolu</b>	<b>13,3</b>	<b>11,6</b>	<b>10,7</b>

**Zdroj:** EU-SILC 2005 (situácia za rok 2004), EU-SILC 2006 (rok 2005) a EU-SILC 2007 (rok 2006).

Ako skupina najviac ohrozená príjmovou chudobou vyšli opakovane deti: miera rizika chudoby za vekovú skupinu do 15 rokov mala v roku 2004 hodnotu 18,4 %; v nasledujúcom roku sa síce znížila na 16,6 %, ale svoje prioritné miesto si zachovala. S rastúcim vekom podiel obyvateľov ohrozených chudobou klesá – čím vyšší vek, tým nižšia miera chudoby. Najnižšiu mieru rizika chudoby mali 65-roční a starší obyvatelia (len 7,1 % v roku 2004, nárast na 8,5 % v roku 2005). Starší ľudia zaznamenali výskyt chudoby približne o polovicu menší ako priemer Slovenska. Z populácie v produktívnom veku dosiahla najvyššie riziko chudoby najmladšia veková skupina (16 – 24 rokov): 16,8 % v roku 2004, pokles na 14,1 % v roku 2005.

**Miera rizika chudoby žien a mužov SR podľa veku (2004 a 2005, v %)**

		2004	2005
0 – 15 rokov	<b>Spolu</b>	<b>18,4</b>	<b>16,6</b>
16 – 24 rokov	<b>Spolu</b>	<b>16,8</b>	<b>14,1</b>
	Ženy	16,6	13,1
	Muži	17,1	15,1
25 – 49 rokov	<b>Spolu</b>	<b>14,1</b>	<b>11,6</b>
	Ženy	17,7	11,9
	Muži	13,4	11,3
50 – 64 rokov	<b>Spolu</b>	<b>8,3</b>	<b>7,7</b>
	Ženy	8,3	7,3
	Muži	8,3	8,2
65+ rokov	<b>Spolu</b>	<b>7,1</b>	<b>8,5</b>
	Ženy	9,8	10,8
	Muži	2,7	4,5
<b>Spolu SR</b>		<b>13,3</b>	<b>11,6</b>

**Poznámka:** V triedení podľa veku nie sú údaje z roku 2006 dostupné.

**Zdroj:** EU-SILC 2005 (situácia za rok 2004) a EU-SILC 2006 (situácia za rok 2005).

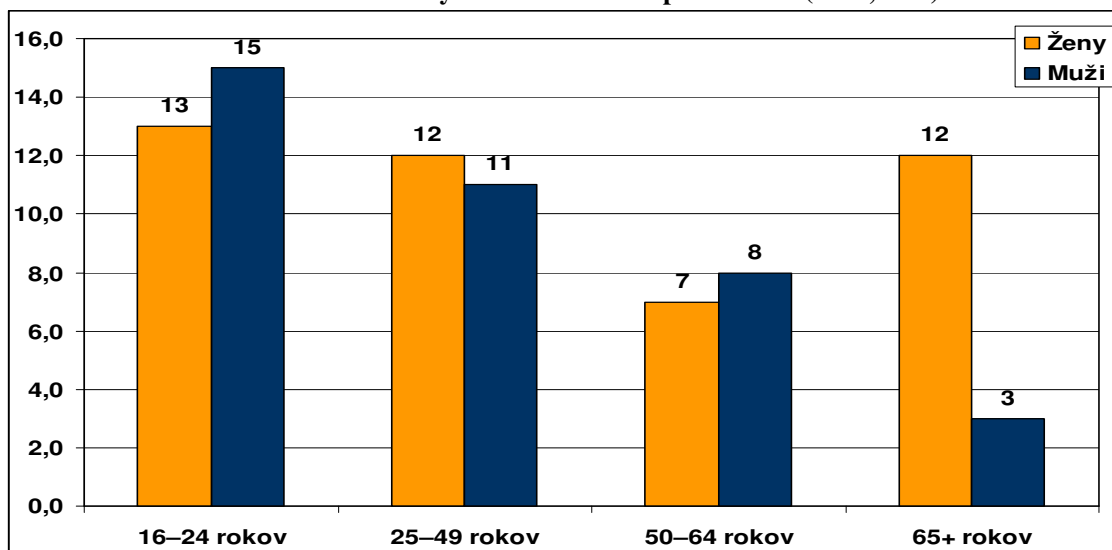
Podľa EU-SILC sú v priemere za krajiny EÚ ženy v ekonomicky aktívnom veku ohrozené chudobou viac ako muži: na základe výsledkov z roku 2005 žilo pod hranicou chudoby 15 % ekonomicky aktívnych žien a 14 % ekonomicky aktívnych mužov vo všetkých krajinách EÚ. Za starších ako 65 rokov bol rozdiel v neprospech žien podstatne vyšší – 21 % žien a 16 % mužov (priemer EÚ-27).

Najväčšiu mieru rizika chudoby za ekonomicky aktívnych malo Poľsko (20 %), a potom Lotyšsko, Litva, Portugalsko, Grécko, Španielsko a Estónsko s Rumunskom (okolo 17 % a 18 %). Najnižšie hodnoty (menej ako 10 %) sa ukázali vo Švédsku, Českej republike, Holandsku, Fínsku a Slovinsku. Spolu v piatich krajinách bol podiel ohrozených chudobou vyšší za ekonomicky aktívnych mužov, v šestnástich krajinách EÚ bol vyšší za ženy a v zostávajúcich šiestich krajinách sa rodový rozdiel neprejavil (vrátane Slovenska). Najväčší rozdiel v neprospech žien malo Taliansko, Cyprus a Nemecko.

Za populáciu vo veku 65 a viac rokov dosiahol najvyššiu mieru rizika chudoby Cyprus (takmer 50 %), nasledovalo Írsko, Grécko, Španielsko, Portugalsko a Veľká Británia (okolo 30 %). Naopak – najmenej ohrozených chudobou medzi poproduktívnymi mala opäť Česká republika, ďalej

Luxembursko, Holandsko a Maďarsko (okolo 5 %). Až v 25 krajinách EÚ bol podiel obyvateľov s ukončenou ekonomickou aktivitou ohrozených chudobou vyšší za ženy, opačnú rodovú proporciu malo len Luxembursko a vyrovnanú len Portugalsko. Najväčší rodový rozdiel v neprospech žien 65-ročných a starších malo Belgicko, Estónsko a Slovinsko.

Miera rizika chudoby žien a mužov SR podľa veku (2006, v %)



Zdroj: EU-SILC 2007 (situácia za rok 2006).

Na Slovensku sa rodový rozdiel v miere rizika chudoby ukázal vo vekovej skupine starších ako 65 rokov, pri porovnávaní priemeru za všetky ekonomicky aktívne ženy a mužov nie. To ale neznamená, že v jednotlivých kategóriách veku sa rozdiely medzi ekonomicky aktívnymi ženami a mužmi nevyskytujú. Ako vidieť z grafu, za skupinu 16 – 24 rokov bol rozdiel 2 % v neprospech mužov (13,1 % ženy ku 15,1 % muži); u 25 – 49-ročných 0,6 % v neprospech žien (11,9 % ženy a 11,3 % muži); a za vekovú skupinu 50 – 64 rokov 0,9 % opäť v neprospech mužov (7,3 % žien a 8,2 % mužov pod hranicou chudoby). Rodové pomery sa teda v jednotlivých vekových skupinách ekonomicky aktívnych líšia, a líšia sa aj v porovnaní rokov (pozri napríklad skupinu 25 – 49 rokov, u ktorej bol rodový rozdiel v roku 2004 podstatne vyšší ako o rok neskôr: za mužov to bolo 13,4 % a za ženy 17,7 %).

V skupine poproduktívnych sa dlhodobo rodový rozdiel prejavuje a má rastovú tendenciu. V roku 2004 bola miera rizika chudoby za mužov 2,7 % a za ženy 9,8 % (rozdiel 7,1 %). V roku 2005 bol rozdiel medzi mužmi a ženami 6,3 %: miera rizika chudoby 65-ročných a starších mužov dosiahla 4,5 % a žien až 10,8 %. Ale v poslednom zistenom roku (2006) sa rozdiel zvýšil na 9 % (muži 3 % a ženy 12 %). **Ženy Slovenska staršie ako 65 rokov boli vystavené riziku chudoby takmer štvornásobne viac než tí istí muži.** Pritom táto veková skupina bola na Slovensku jedinou, ktorej sa medziročne riziko chudoby zvýšilo (u všetkých ostatných došlo k poklesu).

Príjmová chudoba môže a nemusí korešpondovať s materiálnou depriváciou<sup>6</sup>, skúsme ich teda vzájomne porovnať (za rok 2004 – údaje z ďalších dvoch cyklov EÚ-SILC nie sú zatiaľ k dispozícii). Hoci podľa príjmu boli najohrozenejšou skupinou deti, pohľad cez „nedobrovoľné nedostatočné uspokojovanie potrieb bežných v spoločnosti“ priniesol iné poradie sledovaných vekových skupín.

<sup>6</sup> Pod materiálnou depriváciou sa chápe nedobrovoľné nedostatočné uspokojovanie potrieb vzhľadom na úroveň a spôsob, ktorý je v danej spoločnosti bežný, v dôsledku nedostatku zdrojov. Umožňuje v rámci chudobných odlíšiť skupinu s príjmom pod hranicou rizika chudoby, ktorá materiálnu depriváciu nezažíva (má iné zdroje), a tiež skupinu s príjmom nad hranicou rizika chudoby, ale so skúsenosťou s nedostatočným uspokojovaním potrieb. EU-SILC sledoval 3 dimenzie materiálnej deprivácie (ekonomické ťažkosti, nedobrovoľné nevybavenie domácnosti predmetmi dlhodobej spotreby a problémy s bývaním), každá mala 4 – 5 položiek. Za „materiálne deprivovaného“ sa považuje človek, ktorý uvedie nedostatok aspoň v 2 položkách na prvej a 2 na druhej dimenzii, a zároveň aspoň v jednej položke na tretej dimenzii (EU-SILC 2005).

Najviac materiálne deprivovaných sa zaznamenal v skupine nad 65 rokov (až 12 %; pričom priemer za SR bol 8,3 %). Teda podľa príjmu sú obyvatelia starší ako 65 rokov v nižšom ohrození chudobou, ale zažívajú viac materiálnej deprivácie ako iné skupiny populácie. Pri deťoch je tomu naopak – mali najvyššiu mieru ohrozenia príjmovou chudobou (18 %), no materiálna deprivácia sa ich týkala iba priemerne (8,4 %). V prípade detí teda rodiny a domácnosti volia stratégie, aby deti príjmový deficit rodiny nepocítili na uspokojovaní svojich potrieb.

**Podiel materiálne deprivovaných ľudí podľa hranice rizika chudoby a veku (2004, v %)**

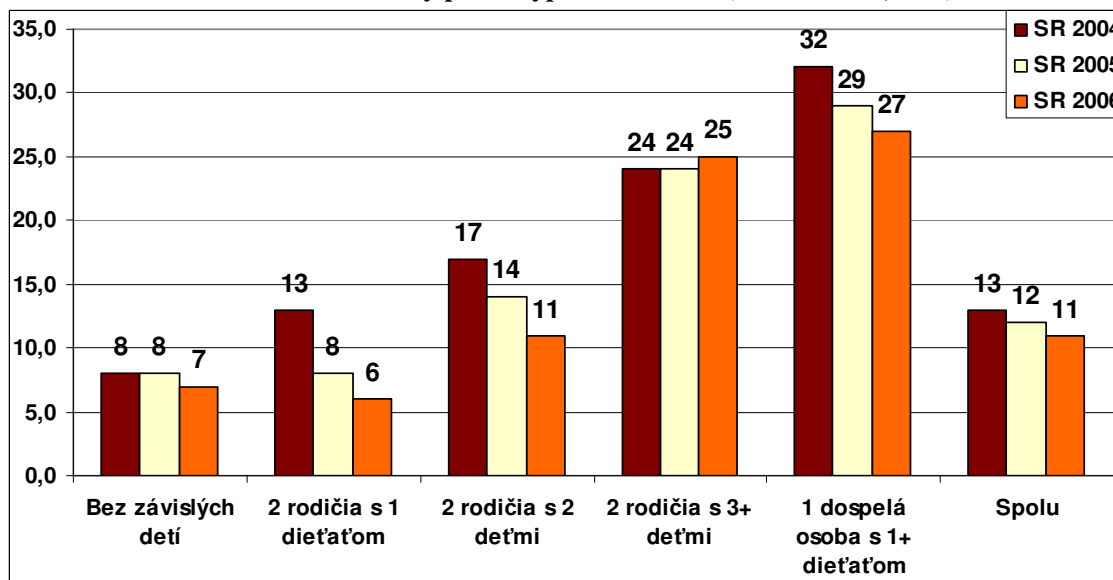
Veková skupina	Spolu	Ľudia pod hranicou rizika chudoby	Ľudia nad hranicou rizika chudoby
0 – 15 rokov	8,4	15,3	6,8
16 – 24 rokov	7,9	14,3	6,7
25 – 49 rokov	8,0	17,7	6,4
50 – 64 rokov	6,9	19,9	5,8
65+ rokov	12,0	25,5	11,0
<b>SPOLU SR</b>	<b>8,3</b>	<b>17,2</b>	<b>7,0</b>

Zdroj: EU-SILC 2005 (situácia za rok 2004).

Úroveň materiálnej deprivácie sa v jednotlivých skupinách veku odlišovala za ľudí s príjmom pod hranicou rizika chudoby a nad touto hranicou – podiel deprivovaných je v prvej skupine 2 až 3-krát vyšší. Kým z obyvateľov s príjmom nad hranicou rizika chudoby sa zistilo 7 % materiálne deprivovaných, pri ľuďoch pod touto hranicou to bolo až 17,2 %. A podobný rozdiel platí pre všetky vekové skupiny. Konkrétne za 65-ročných a starších rozdiel predstavoval takmer 15 %: z najstarších obyvateľov nad hranicou rizika chudoby zažíva materiálnu depriváciu 11 % a spomedzi tých, čo sú pod hranicou rizika chudoby až 25,5 %. Znamená to, že viac ako štvrtina ľudí na Slovensku starších ako 65 rokov žije v domácnosti, ktorá má príjem nižší ako je hranica rizika chudoby a zároveň zažíva nedostatočné uspokojovanie svojich materiálnych potrieb. No je medzi nimi (staršími ako 65 rokov) aj 11 % takých, čo síce nemajú príjem pod hranicou chudoby, ale materiálnu depriváciu zažívajú.

Z činiteľov vplývajúcich na úroveň chudoby i materiálnej deprivácie má na Slovensku najsilnejší vplyv postavenie členov domácnosti na trhu práce (zamestnanosť či nezamestnanosť), ale aj štruktúra rodiny (úplnosť, počet detí, počet pracujúcich dospelých), región, etnicita či vek (Gerbery – Džambazovič 2006; Džambazovič 2007).

**Miera rizika chudoby podľa typu domácnosti (2004 až 2006, v %)**



Zdroj: EU-SILC 2005 (situácia za rok 2004), EU-SILC 2006 (rok 2005) a EU-SILC 2007 (rok 2006).

Vyššie ohrozenie detskej populácie a žien chudobou založenou na príjme ukazuje napríklad porovnanie podľa typu domácnosti. Roku 2004 domácnosti s deťmi vykázali v celoslovenskom priemere dvojnásobne vyššiu mieru rizika chudoby ako domácnosti bez detí. Kým pri domácnostiach bez detí bola miera rizika chudoby 8,3 %, pri domácnostiach s deťmi vyšla na úrovni 16,5 %. Tá **etapa životného cyklu, ktorá sa spája s výchovou a starostlivosťou o nezaopatrené deti, je z hľadiska výskytu chudoby v podmienkach SR podstatne rizikovejšia ako obdobie života bez malých detí.** Priemerný údaj za EÚ-25 nevykázal až taký vysoký rozdiel medzi domácnosťami bez detí a s deťmi – pohyboval sa na úrovni troch percent (na Slovensku až 8 %).

Avšak ani skupina rodín s deťmi nie je z hľadiska rizika chudoby rovnomerná, vykazuje obrovské rozdiely, keď sa zohľadňuje štruktúra rodinného usporiadania – teda počet detí a typ rodiny. Ohrozenie chudobou je po všetky sledované roky výrazne vyššie v rodinách s deťmi a s jedným rodičom. Miera rizika chudoby dosiahla v tomto type domácnosti roku 2004 až 31,7 %, čo je triapolkrát viac ako v dvojrodičovských rodinách s jedným dieťaťom a dvojnásobne viac ako v dvojrodičovských rodinách s dvoma deťmi. V nasledujúcich dvoch rokoch síce došlo k zníženiu, ale iba veľmi miernemu. Riziko chudoby je osobitne vysoké aj v prípade domácností s vyšším počtom detí (s tromi a viac deťmi), spomedzi ktorých sa týkalo takmer štvrtiny (podľa EU-SILC).

Pri sledovaní medziročnej zmeny sa ukázalo, že pokleslo na Slovensku ohrozenie chudobou pri všetkých typoch domácností s deťmi okrem viacdetných domácností (3 a viac detí), kde sa ešte posilnilo. Fakt, že **riziko chudoby sa pre rodiny s tromi a viac deťmi neznižilo**, môže naznačovať, že vláda zdroje získané z ekonomického rastu nerozdeľuje rovnomerne a že nie je dostatočne rýchla vo využívaní ekonomického rastu na adekvátne investície do detí. Konkrétne to môže signalizovať, že podpora veľkým rodinám a rodinám s deťmi nie je dostatočná.

To, akou etapou životného cyklu domácnosť prechádza alebo o aký typ domácnosti ide, znižuje alebo zvyšuje zraniteľnosť z hľadiska príjmovej chudoby či materiálnej deprivácie. Vyššia zraniteľnosť sa viaže na (ne)schopnosť domácnosti mobilizovať zdroje, najmä svoju pracovnú silu, ktorá je najdôležitejším zdrojom príjmu, ale aj na počet detí v domácnosti. Výskyt chudoby je nižší v rámci osamelých dvojíc bez závislých detí. Keď prídu deti a keď vyrastajú, výskyt chudoby sa zvyšuje. Domáce i zahraničné výskumy dokladajú, že je to z dvoch základných príčin: prvou je sama prítomnosť závislých členov a druhou problémy rodičov (hlavne matiek) so zmobilizovaním svojej pracovnej sily (Barquero – Trejos 2003; Bodnárová et al. 2004, 2006a). Dáta za SR preukázali vyššie ohrozenie chudobou tých domácností, kde je vyšší počet závislých detí, a takisto tých, kde jeden z rodičov chýba – a podľa cenzových dát je to stále v prevažnej väčšine prípadov otec. Čiže **okrem žien vo veku nad 65 rokov sú príjmovou chudobou ohrozené aj osamelé matky s deťmi.**

- *V posledných rokoch sú ženy SR ohrozené chudobou viac ako muži (rovnaký pomer ako vo väčšine krajín EÚ)*
- *Najzraniteľnejšie z hľadiska chudoby sú rodinné domácnosti vedené ženou (jednorodičovské rodiny) a jednočlenné domácnosti (osamelé žijúce ženy)*
- *Vôbec najväčší rozdiel medzi mužmi a ženami v miere rizika chudoby je u najstaršej vekovej kategórie – t.j. medzi ženami a mužmi vo veku 65 a viac rokov (3 % vz. 12 %)*
- *Pod tento výsledok sa podpisujú výrazným spôsobom celoživotne nižšie mzdy žien, ako aj viac žien mimo ekonomickej aktivity (ženy v domácnosti, na opakovanej materskej a rodičovskej dovolenke, medzi vypomáhajúcimi členmi v rodinnom podnikaní a podobne), ale aj častejší model založenia novej rodiny vo vyššom veku u mužov (rozvedené ženy v staršom veku strácajú nárok na vdovský dôchodok); všetky tieto faktory sa premietajú do výrazne nižších dôchodkov žien, čo v mnohých prípadoch starších žien znamená prepád pod hranicu chudoby – vlastný dôchodok ako jediný zdroj príjmu nestačí na „prekročenie“ hranice chudoby*
- *Všetky tieto rodové diferencie sú ešte intenzívnejšie v ekonomicky slabých regiónoch, v rámci niektorých etnických skupín alebo v segregovaných komunitách<sup>7</sup>*
- *Pri politikách a programoch zameraných na riešenie chudoby treba zvažovať všetky uvádzané súvislosti; riešenie chudoby rizikových skupín by zasa malo špecificky sledovať rodovú dimenziu.*

<sup>7</sup> O chudobe v rómskych komunitách pozri bližšie publikáciu UNDP *Správa o životných podmienkach rómskych domácností na Slovensku* (Filadelfiová – Gerbery – Škobla, 2006).

✓ **Príjmová situácia žien je horšia ako u mužov**

Obraz o materiálnej situácii domácností žien a mužov na Slovensku priniesol aj výskum IVO z augusta 2006, ktorý sa uskutočnil v rámci projektu IS EQUAL pod názvom *Plus pre ženy 45+*. Výskum sledoval tri ukazovatele z tejto oblasti: odhadovaný príjem domácnosti, subjektívnu chudobu a hodnotenie sociálnej situácie domácnosti cez pocit príslušnosti k hierarchicky usporiadaným spoločenským vrstvám.

**Celkový príjem za všetkých členov domácnosti za mesiac (vrátane dôchodkov, sociálnych dávok, prídavkov na deti, štipendií a iných príjmov) podľa pohlavia a veku (2006, v %)**

	Muži			Ženy		
	Spolu	45-	45+	Spolu	45-	45+
Do 10 000 Sk	12	6	19	15	8	21
10 001 – 15 000 Sk	18	9	29	15	10	21
15 001 – 20 000 Sk	20	22	17	20	22	19
20 001 – 25 000 Sk	17	22	12	18	22	14
25 001 – 30 000 Sk	11	13	8	14	15	12
30 001 – 35 000 Sk	9	12	6	7	9	5
35 001 – 40 000 Sk	6	8	3	5	7	2
40 001 – 45 000 Sk	3	4	2	3	3	2
45 001 a viac	4	5	3	4	4	3

**Poznámka:** Bez odpovedí „neviem“. Stĺpcové percentá.

**Zdroj:** Inštitút pre verejné otázky, august 2006.

V akých príjmových silných domácnostiach žijú muži a ženy rôzneho veku? Podľa výskumu to v roku 2006 bol najčastejšie príjmový interval 15–20 000 Sk (príjem z tohto pásma deklarovalo 20 % mužov aj žien), a potom príjmy tesne nad a pod týmto intervalom (pri príjme 10–15 000 Sk to bolo 18 % mužov a 15 % žien; pri príjme 20–25 000 Sk 17 % mužov a 18 % žien). Tieto tri príjmové pásma pokrývali vyše polovice skúmaných osôb (55 % mužov a 53 % žien). **V domácnosti s príjmom nižším ako 10 000 Sk žilo viac žien ako mužov** (12 % mužov a 15 % žien); **na opačnom póle** (príjem 30 000 Sk a viac) **prevažovali zasa muži** (22 % mužov a 19 % žien). Ako z údajov vidieť, v takomto celkovom obraze za domácnosti Slovenska nie sú rozdiely medzi mužmi a ženami za jednotlivé pásma obzvlášť vysoké (0 až 3 %).

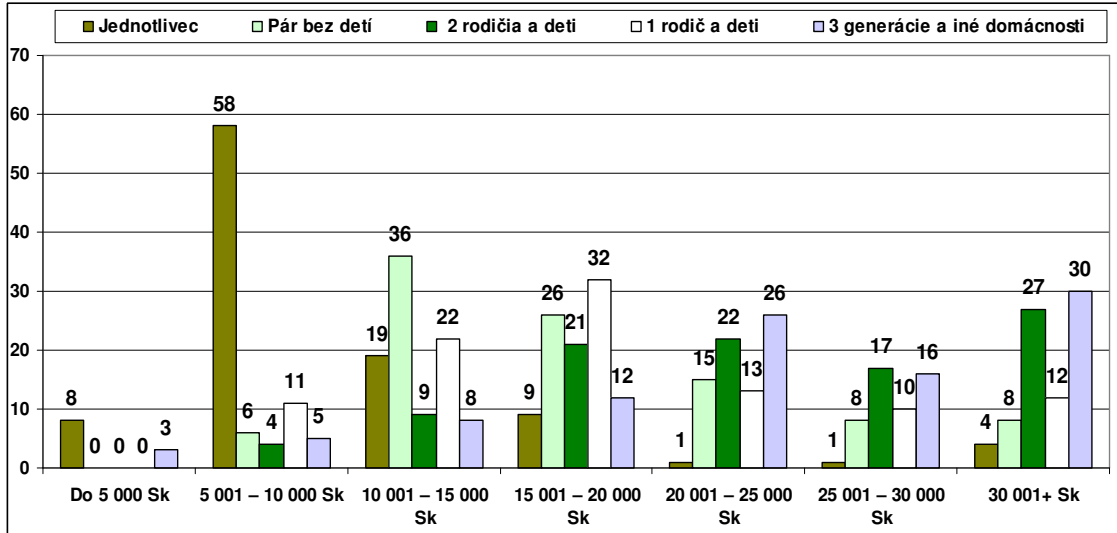
Ak sa k rodovému porovnávaniu pridá veková dimenzia, porovnanie mužov a žien je diferencovanejšie. Ukázalo sa, že príjmy domácností ľudí do 45 rokov sú oveľa vyššie, ako príjmy domácností ľudí nad 45 rokov – a to za ženy i mužov. Avšak mladší muži z domácností s príjmom do 10 000 Sk tvorili len 6 %, pri starších to bolo až 19 % (o 13 % viac); u mladších a starších žien vyšiel rozdiel tiež 13 %. **Ale v porovnaní s mužmi mali obidve skupiny žien (staršie i mladšie) najnižší príjem častejšie** (ženy do 45 rokov 8 %, ženy 45+ rokov 21 %).

**Veľký rozdiel sa objavil tiež pri najvyšších príjmoch – tie uvádzali výrazne častejšie mladšie ženy a muži** (mladší muži 29 % a starší 14 %; mladšie ženy 23 % a staršie 12 %). Uvedené údaje zároveň ukazujú, že muži prevažovali medzi domácnosťami s najvyššími príjmami tak pri porovnaní mladších mužov a mladších žien (o 6 %), ako aj pri porovnaní starších skupín navzájom (o 2 %).

Ak by sme mali zostaviť poradie týchto štyroch porovnávaných skupín na základe celkového príjmu domácnosti, v ktorej žijú, na prvé mieste by sa dostali muži do 45 rokov a bezprostredne za nimi na druhé ženy do 45 rokov; nasledovali by muži starší ako 45 rokov; a pomyselný rebríček by uzatvorili ženy nad 45 rokov. **Ženy 45+ žijú v nízkopríjmových domácnostiach najčastejšie, ich štruktúra na základe príjmu domácnosti je najnepriaznivejšia.**

Na rozdiel od pracovného príjmu, ktorý sa viaže na jednotlivca (rodové rozdiely v mzdách, rodový mzdový rozdiel), príjmová situácia domácností veľmi závisí od zloženia a počtu členov domácnosti: príjmová štruktúra sa líši za jednotlivé typy domácností.

### Celkový príjem domácnosti podľa typu domácnosti (v %)



Zdroj: Inštitút pre verejné otázky, august 2006.

Podľa typu domácnosti sú na tom z príjmového hľadiska najlepšie trojgeneračné rodiny: až 30 % z nich malo príjem vyšší ako 30 000 Sk a len 8 % sa zaradilo do dvoch najnižších príjmových pásiem (t.j. do 10 000 Sk). Druhú najlepšiu príjmovú štruktúru mali rodiny s obidvoma rodičmi – 27 % z nich sa zaradilo do skupiny nadštandardných príjmov a iba 4 % z nich do podštandardných príjmov. **Jednorodičovské rodiny (na Slovensku na 90 % vedené ženou) a páry bez detí získali najsilnejšie pozície v príjmovom intervale 10–20 000 korún** (z rodín s jedným rodičom to bolo 54 % a z párov bez detí 62 %), v najnižšej a najvyššej kategórii príjmu sa objavili menej (11 % a 12 % domácnosti s jedným rodičom, 6 % a 8 % páry bez detí). **V najnepriaznivejšej príjmovej situácii sa ocitli domácnosti osamelých jednotlivcov (na Slovensku prevažujú v tejto skupine domácností ženy)**, z ktorých až 66 % malo príjem menší ako 10 000 Sk; zároveň do pásma prekračujúceho hranicu 20 000 Sk spadalo len 5 % z nich.

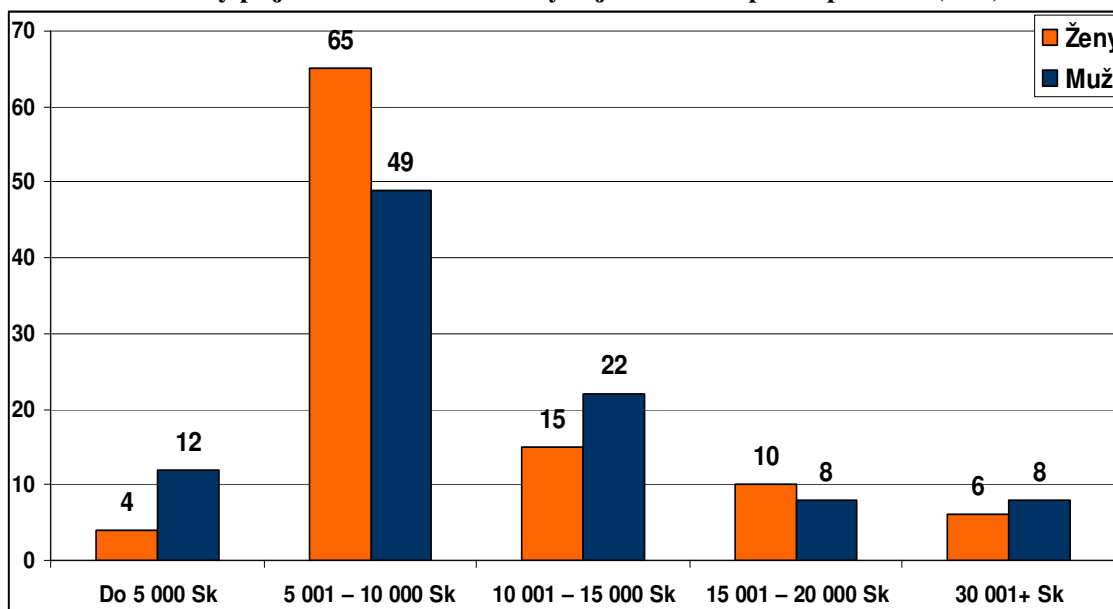
Výskumy venované príjmovej situácii rodín a domácností opakovane a zhodne konštatujú, že úroveň príjmu domácnosti ďalej závisí od počtu členov domácnosti, a tiež od počtu zamestnaných členov (pozri výskumy Inštitútu pre výskum práce a rodiny – predtým Medzinárodného strediska pre štúdium rodiny a Výskumného ústavu práce a rodiny, alebo Štatistického úradu SR či Sociologického ústavu SAV). Podľa uvádzaného empirického výskumu Inštitútu pre verejné otázky, na domácnosti z najnižšieho príjmového intervalu (do 10 000 Sk) pripadalo v priemere len 0,3 zamestnaných členov; za príjmový interval 10–15 000 Sk to bolo 0,7; v pásme 15–20 000 Sk 1,3 členov so zamestnaním; pri domácnostiach s príjmom 20–25 000 Sk 1,8 členov; pri príjme 25–30 000 Sk 2 zamestnaní členovia domácnosti; a v najvyššom pásme nad 30 000 Sk až 2,2 zamestnaných členov. Medzi počtom zamestnaných členov a príjmom domácnosti sa prejavila štatisticky významná súvislosť: **čím viac zamestnaných členov (a teda pracovných príjmov), tým vyšší príjem domácnosti.**

Z rodového hľadiska tu však treba zdôrazniť, že **sú to práve ženy** (vo veľkej miere ženy nad 45 rokov), ktoré tvoria podstatnú časť domácností s vysokým podielom nízkych príjmov, t.j. domácností jednotlivcov a domácností jednorodičovských rodín<sup>8</sup>. Teda veľkú časť domácností s tradične nízkym príjmom tvoria na Slovensku práve ženy, **medzi najohrozenejšie skupiny patria ženy z 1-rodičovských rodín**<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> Pripomeňme: v rámci domácností osamelých jednotlivcov bolo na Slovensku pri poslednom sčítaní takmer dvojnásobne viac žien ako mužov; pritom u žien vysoko prevažovali medzi osamelo žijúcimi ovdovené ženy vo vyššom veku a u mužov boli najpočetnejšou skupinou osamelo žijúci slobodní a mladí muži; neúplné rodiny mali na 87 % vo svojom čele ženu (Sčítanie..., 2001; Pilinská 2005).

<sup>9</sup> Potvrdilo to aj zisťovanie EU-SILC, podľa ktorého je miera rizika chudoby rodín s jedným rodičom blízka jednej tretine (32 % v roku 2004 a 27 % v roku 2006). Vyššiu mieru rizika chudoby mali už iba domácnosti nezamestnaných ľudí (44 % z nich bolo pod hranicou chudoby).

**Celkový príjem domácností osamelých jednotlivcov podľa pohlavia (v %)**



Zdroj: Inštitút pre verejné otázky, august 2006.

Pohľad na príjmovú situáciu osamelo žijúcich žien a mužov opäť vyznieva nepriaznivejšie pre ženy: z osamelo žijúcich žien malo až 69 % príjem nižší ako 10 000 Sk, z osamelo žijúcich mužov to bolo 61 % (išlo prevažne o dôchodcov a dôchodkyne). Príjem nad 30 000 Sk malo o 2 % viac mužov – osamelých jednotlivcov (6 % ženy a 8 % muži): sem sa zaradili takmer výlučne slobodní mladí ľudia s vlastným bývaním. Muži mali vyššie zastúpenie aj pri príjmovom intervale 10–15 000 Sk: tu sa prejavil vplyv vyšších dôchodkov mužov (skupinu tvorili prevažne ženy a muži na dôchodku).

Dá sa teda povedať, že **ženy na Slovensku sú na tom horšie, ak vedú vlastnú domácnosť** (typ rodiny s jedným dieťaťom alebo domácnosť jednotlivca), **než keď sú členky iných typov domácností** (plus iní členovia, z rovnakej alebo inej generácie). Ak sú porovnávané domácnosti vedené ženou a mužom (tu iba jednočlenné domácnosti), sú ekonomicky slabšie tie na čele so ženou. Domácnosti vedené ženou pravdepodobne nedokážu preklenúť v priemere vyšší zárobok (a neskôr dôchodok) mužov.

Okrem merania chudoby cez príjem domácností sa v sociológii a iných spoločenských vedách využívajú tzv. subjektívne miery chudoby. Ako konštatuje napríklad Petr Mareš a Ladislav Rabušic (Mareš – Rabušic, 1996), subjektívne hodnotenie finančnej situácie vlastnej domácnosti je založené na pociťovaní, do ktorého sa premieta nie len osobná skúsenosť, ale aj aspirácie (podobné vyjadrenia nájdeme aj u iných autorov: Večerník 2004; Džambazovič 2007). Môže sa doň premietať tiež istá znalosť budúceho a minulého príjmu, nie len aktuálny mesačný príjem – takúto argumentáciu uvádza napríklad K. Pendakur pri obhajobe merania chudoby cez spotrebu či jej nedostatok (Pendakur 2001). Medzi štandardné otázky na subjektívnu chudobu sa už dávnejšie zaradila klasická šesťstupňová škála výrokov o finančnej situácii domácnosti, z ktorých si respondenti a respondentky vyberajú jednu. Za chudobu sa pokladá zaradenie do posledných dvoch stupňov tejto škály – teda ak peniaze stačia len na nákup najlacnejších potravín, alebo ak domácnosť nemá dosť peňazí ani na najlacnejšie potraviny (tzv. van Praagova škála).

Ako svoju príjmovú situáciu hodnotia ženy a muži na Slovensku a rôzneho veku? Väčšina žien i mužov sa zaradila do prvých troch stupňov (spolu to predstavovalo 73 % mužov a 70 % žien). Za úplne bezproblémový označilo príjem svojej domácnosti 10 % mužov a 8 % žien. Vôbec najčastejší bol postačujúci príjem s úspornými opatreniami (uviedlo ho zhodne 34 % žien i mužov); tiež tretia úroveň získala od žien i mužov zhodne – takmer 30 %. Na posledné tri stupne škály, ktoré signalizujú rôznu mieru nedostatku v uspokojovaní potrieb domácnosti, pripadlo 27 % mužov a 30 % žien.



### Subjektívne hodnotenie príjmovej situácie podľa pohlavia a veku (2006, v %)

	Muži			Ženy		
	Spolu	45-	45+	Spolu	45-	45+
1. príjem stačí na všetko	10	14	4	8	10	6
2. príjem stačí na všetko, ale hospodárime úsporne	34	33	35	34	34	33
3. musíme veľmi šetriť, aby sme si mohli kúpiť drahšie veci	29	32	24	28	32	23
4. máme dosť peňazí len na nákup najlacnejších vecí	14	13	17	19	15	23
5. peniaze stačia len na najlacnejšie potraviny	10	5	16	9	6	13
6. nemáme dosť peňazí ani na nákup najlacnejších potravín	3	3	4	2	3	2

**Poznámka:** Bez odpovede „neviem“. Stĺpcové percentá.

**Zdroj:** Inštitút pre verejné otázky, august 2006.

Najväčší rozdiel medzi ženami a mužmi sa prejavil pri štvrtej úrovni vymedzenej ako „máme dosť peňazí len na nákup najlacnejších vecí“: uviedlo ju 14 % mužov a 19 % žien. Posledné dva stupne – považované za chudobu – uvádzali mierne viac muži (zaradilo sa sem 13 % mužov a 11 % žien). Podiel týchto dvoch úrovní nedostatku v uspokojovaní potrieb domácnosti uviedlo z celkového súboru 12,5 %. V tejto súvislosti pripomeňme, že miera chudoby podľa príjmu zistená približne v rovnakom období z EU-SILC sa tiež pohybovala blízko pri hranici 12 %<sup>10</sup>.

Z generáčného pohľadu sa prejavil veľký rozdiel – **mladšie ženy a muži zarad'ovali svoju príjmovú situáciu do prvého stupňa dva až tri krát viac ako staršie ženy a muži** (10 % ku 6 % ženy a 14 % ku 4 % muži); starší sa objavovali častejšie v štvrtom, ale najmä v piatom stupni (peniaze staršia len na najlacnejšie potraviny). Pomer u žien bol 6 % za mladšie a 13 % za staršie, u mužov 5 % ku 16 %.

Z hľadiska subjektívneho hodnotenia finančnej situácie svojej domácnosti sa prejavil pomerne veľký rozdiel medzi ženami a mužmi do 45 rokov a nad 45 rokov. **Svoju situáciu vidia starší – ženy aj muži – v horšom svetle ako mladší.** Vyššie zastúpenie mali medzi nimi **dôchodcovia a dôchodkyne, jednorodičovské rodiny, nezamestnaní muži a ženy, resp. domácnosti bez zamestnaného člena, s viacerými deťmi, s nižším vzdelaním a žijúci v menších sídlach.** Čiže aj pri subjektívnej chudobe sa ukázali takmer všetky **rizikové faktory**, ktoré na Slovensku vplývajú na ohrozenie chudobou. **Mnohé z nich sa v individuálnych domácnostiach kumulovali**<sup>11</sup> (napríklad nezamestnanosť medzi členmi domácnosti s prítomnosťou viacerých detí, alebo nižšie vzdelanie s etnicitou a zaostávajúcím regiónom).

- *Všetky výskumy a štatistické zisťovania naznačujú horšiu ekonomickú situáciu žien; ženy žijú v domácnostiach, ktoré majú v priemere nižší príjem ako muži – častejšie sa objavujú v nižších príjmových pásmach a menej často v tých najvyšších*
- *Štruktúra na základe príjmu domácnosti je najnepriaznivejšia u starších žien*
- *Na výšku príjmu domácnosti v rozhodujúcej miere vplýva počet zamestnaných členov (najnižší je v rodinách s nezamestnanými členmi a v rodinách s jedným rodičom – spravidla ženou)*
- *Tieto skupiny tiež posudzujú svoju situáciu ako najhoršiu*
- *Sociálna a rodinná politika by preto mala prihliadať k rodovým špecifikám.*

<sup>10</sup> Rovnakú škálu použil začiatkom 90. rokov Ľ. Karásek s výsledkom 12,8 % chudobných; použila sa aj vo výskume IVPR z roku 2004, kedy dosahoval tento podiel 21,6 % (Bodnárová – Džambazovič – Filadelfiová – Gerbery – Kvapilová – Porubánová 2004). Aj v tomto druhom prípade je zaujímavé, že zistená subjektívna chudoba približne zodpovedala nameranej príjmovej chudobe (tiež okolo 21 %).

<sup>11</sup> Viac o kumulácii faktorov pozri napr. Gerbery – Lesay – Škobla, 2007; Gerbery – Džambazovič, 2006; Džambazovič 2008.

**V ZÁUJME ZLEPŠENIA EKONOMICKEJ SITUÁCIE ŽIEN A ZNÍŽENIA RIZIKA CHUDOBY TREBA:**

- *Robiť opatrenia pre posilnenie ekonomickej samostatnosti a nezávislosti žien;*
- *Pri prerozdeľovaní ekonomických zdrojov a sociálnej podpore venovať zvýšenú pozornosť skupinám žien najviac ohrozeným chudobou – osamelo žijúcim ženám s jediným príjmom dôchodkom a osamelým matkám s deťmi;*
- *Zmeny v sociálnej legislatíve a monitorovanie či evaluácia implementovaných sociálnych politík a opatrení (obzvlášť dôchodkovej reformy) robiť tak, aby obsahovali silnú rodovú dimenziu;*
- *V stratégiách a programoch zameraných na odstránenie chudoby a sociálnej exklúzie doplniť a posilniť rodové hľadisko;*
- *Pôsobiť v záujme odstránenia rizík, ktoré zhoršujú ekonomickú a sociálnu situáciu žien (riešiť zaostávanie v pracovných príjmoch žien, jednorodičovských rodín, starších žien a žien na dôchodku, osamelo žijúcich žien a pod.);*
- *Vyvíjať také informačné aktivity, aby mohli ženy robiť informované rozhodnutia o svojej budúcnosti (riziká rozhodnutí pre budúci dôchodok a pod.);*
- *Posilniť zber, spracovanie a pravidelné publikovanie rodovo členených štatistických údajov o sociálnej a ekonomickej situácii; posilniť monitorovanie v znevýhodnených prostrediach (segregované osady...);*
- *Iniciovať a podporiť rodový výskum sociálnych a ekonomických aspektov života populácie Slovenska;*
- *Rozvoj systému indikátorov na meranie efektivity politík a pokroku z hľadiska rodovej rovnosti v ekonomickej a sociálnej sfére.*

### 1.3. ZDRAVOTNÝ STAV ŽIEN A MUŽOV A ZDRAVOTNÉ RIZIKÁ<sup>12</sup>

#### ✓ Príčiny úmrtnosti a zdravotný stav populácie vykazujú veľké rodové odlišnosti a špecifiká

Zdravotný stav obyvateľstva krajiny je výsledkom mnohých faktorov. Podpisuje sa na ňom genetické vybavenie, ekonomická a psychosociálna situácia, výživa a životný štýl, ako aj kvalita životného prostredia a úroveň zdravotníckych služieb. V mnohých štúdiách a správach sa zdôrazňuje tiež význam sociálneho kapitálu jednotlivcov a skupín, ktorý v sebe zahŕňa ekonomickú situáciu a sociálne nerovnosti.

Zdravotný stav populácie je jedným z významných faktorov, ktorý ovplyvňuje úroveň úmrtnosti. Vývoj úmrtnosti na Slovensku priblížila časť 1.1. tejto analýzy. Konštatuje sa v nej **pomerne vysoká hrubá miera úmrtnosti**, ktorú sa nedarí znížiť, ako aj veľké rodové rozdiely – **úmrtnosť mužov je vyššia a intenzívnejšia ako úmrtnosť žien**, čo sa prejavuje aj v **nižšom očakávanom veku dožitia za mužov**.

Úmrtnosť je vyššia v mužskej časti populácie vo všetkých päťročných vekových skupinách, s výnimkou vekovej skupiny 10 až 14-ročných. Rozdiel medzi chlapcami a dievčatami sa prejavuje dokonca i v prípade dojcenskej úmrtnosti<sup>13</sup>. **V kategóriách stredného veku (35-54 rokov) je úmrtnosť mužov v porovnaní so ženami dva a pol až trojnásobne vyššia.**

**K najčastejším príčinám úmrtí patria na Slovensku choroby obehovej sústavy**, ktoré sa podieľali na celkovej úmrtnosti **mužov 48,2 % a žien 62,5 %** (v roku 2006). V rámci tejto príčiny najviac úmrtí pripadá na infarkt myokardu a na cievne ochorenia mozgu. Do veku 65 rokov je táto príčina úmrtia takmer dvojnásobne vyššia u mužov, s vekom dochádza postupne k vyrovnaniu a vo veku 80 a viac rokov už dominuje na strane žien. **Druhou najčastejšou príčinou úmrtí sú dlhodobé nádory**. Podiel týchto chorôb na úmrtiach sa neustále zvyšuje, v roku 2006 tvorila táto príčina **24,3 % všetkých úmrtí mužov a 19,5 % všetkých úmrtí žien**. Najvyššia úmrtnosť v tejto triede zostáva na nádory priedušnice, priedušiek a pľúc, ako aj na nádor žalúdka a hrubého čreva. **Úmrtnosť na choroby dýchacej a tráviacej sústavy tvorila 12,3 % celkovej úmrtnosti mužov a 9,3 % celkovej úmrtnosti žien**. Typickými chorobami v prípade skupiny chorôb dýchacej sústavy sú chronické ochorenia pľúc, priedušiek a chrípka; v prípade chorôb tráviacej sústavy zasa choroby pečene a pažeráka, ďalej žalúdka a dvanástnika.

**Veľký rodový rozdiel sa – taktiež dlhodobou – prejavuje u tzv. vonkajších príčin úmrtia**. V roku 2006 sa na celkovej úmrtnosti mužov podieľali 8,7 % a na celkovej úmrtnosti žien len 2,4 %. V tejto skupine je teda **úmrtnosť u mužov z vonkajších príčin 3,5-krát vyššia ako u žien**. Je to najmä dôsledok vysokého podielu úmrtí pri dopravných nehodách, vyššia úmrtnosť mužov je aj v dôsledku rôznych popálenín, otráv a úmrtí z dôvodu násillia či samovraždy.

Podrobné členenie úmrtí podľa príčin smrti ukazuje, že v roku 2006 **až 20 % všetkých úmrtí mužov pripadlo na chronickú ischemickú chorobu srdca**, v ďalšom poradí sú úmrtia na aterosklerózu s 8 % a úmrtia na zhubný nádor priedušiek a pľúc so 6 %. Podrobnejšie členenie prináša za mužov nasledovný obraz: akútny infarkt myokardu má 7 % podielu na úmrtiach na choroby

<sup>12</sup> Na základe publikácie *Populačný vývoj v SR v roku 2006* (Vaňo (ed.), 2007), *Správy o zdravotnom stave obyvateľstva SR* (MZ SR, 2006), *Zdravotníckej ročenky Slovenskej republiky 2006* (Bratislava, Národné centrum zdravotníckych informácií 2007) a starších štúdií autorky publikovaných v správach o Slovensku (IVO 2002, 2004).

<sup>13</sup> Dojcenskú úmrtnosť, ktorá vyjadruje podiel detí zomretých vo veku do jedného roku na 1 000 živonarodených detí, sa na Slovensku v posledných rokoch nedarí výraznejšie znížiť. Jej vývoj v období rokov 1990-2002 bol charakterizovaný klesajúcim trendom s malými výkyvmi, v poslednom období došlo k jej zvýšeniu. V roku 2004 bola hodnota dojcenskej úmrtnosti 6,79 ‰ a v roku 2005 sa zvýšila na hodnotu 7,2 ‰. V nasledujúcom roku (2006) došlo síce k poklesu dojcenskej úmrtnosti na 6,59 ‰, táto hodnota však ešte stále zaostáva za úrovňou z roku 2001 (6,24 ‰). Dojcenská úmrtnosť chlapcov je na Slovensku vyššia ako za dievčatá: za chlapcov tento ukazovateľ predstavoval v roku 2004 hodnotu 7,23 ‰ a v roku 2005 vzrástol na 8,04 ‰, následne poklesol na 7,37 ‰ v roku 2006; za dievčatá bol vývoj za tri uvedené roky podobný len s nižšími hodnotami (v roku 2006 to bolo 5,76 – čo je stále viac ako v roku 2001, kedy dojcenská úmrtnosť dievčat vykazovala 5,43 ‰). Slovensko celkovo zaostáva za vyspelejšími krajinami EÚ v tomto ukazovateli, kde sa dojcenská úmrtnosť pohybuje na úrovni medzi 4-6 ‰. V rámci Slovenska sa navyše prejavujú obrovské regionálne rozdiely v dojcenskej úmrtnosti. Najnižšiu dojcenskú úmrtnosť vykazuje Trenčiansky, Trnavský a Bratislavský kraji (okolo 4 ‰), najvyššia dojcenská úmrtnosť býva zaznamenaná v Košickom a Prešovskom kraji (medzi 9-11 ‰).

obehovej sústavy a úmrtia na zhubný nádor hrubého čreva 8 % podielu na úmrtiach na nádory, v rámci vonkajších príčin smrti prevládajú u mužov úmyselné sebapoškodenia (samovraždy) s 13 %, spomedzi chorôb dýchacej sústavy prevažujú zápaly pľúc, z chorôb tráviacej sústavy úmrtia na choroby pečene. **U žien prevažujú úmrtia na chronické ischemické choroby srdca s 27 % na všetkých úmrtiach žien**, nasledujú úmrtia na aterosklerózu a na primárnu hypertenziu. V perspektíve cez jednotlivé choroby treba u žien upozorniť na úmrtia na zhubný nádor prsníka, ktorý tvorí 14 % všetkých úmrtí žien na nádory, z chorôb dýchacej sústavy prevažujú úmrtia na zápal pľúc, z chorôb tráviacej sústavy úmrtia na choroby pečene - podobne ako u mužov.

Všetky sledované ukazovatele úmrtnosti svedčia o značnom zaostávaní SR za pôvodnými členskými štátmi EÚ. Hoci úmrtnosť patrí k demografickým javom, ktoré sú vo veľkej miere závislé od vekového zloženia populácie, veľmi silne do konečného výsledku intervenujú aj spôsoby správania populácie vo vzťahu k životospráve a zdravotným návykom, ako aj úroveň zdravotnej starostlivosti v krajine. Vplyv životosprávy a úrovne zdravotných služieb bude na Slovensku pomerne silný, nakoľko veková štruktúra našej populácie je podstatne mladšia ako v EÚ-15 (*Recent...*, 2003). Ak majú tieto krajiny nižšiu úmrtnosť napriek podstatne staršej skladbe obyvateľov, zaostávanie SR z hľadiska úmrtnosti je ešte výraznejšie, než sa ukazuje zo sledovaných mier. Napriek negatívne mu stavu však tento demografický proces, paradoxne, budí len malú verejnú pozornosť.

**Rozdiely medzi ženami a mužmi sa ukazujú aj podľa ďalšej dimenzie zdravotného stavu, ktorou je chorobnosť.** Medzi základné epidemiologické ukazovatele reálnej chorobnosti v populácii patrí prevalencia (t.j. kumulatívny počet chorých na sledovanú diagnózu k určenému termínu na 100 000 obyvateľov) a incidencia (t. j. počet nových prípadov na 100 000 obyvateľov za kalendárny rok), ktorá svojou dynamikou signalizuje účinnosť liečebno-preventívnych a zdravotno-výchovných opatrení v čase. Tieto ukazovatele je možné sledovať vo väčšine prenosných (infekčných) chorôb, z neprenosných chorôb iba u tých skupín ochorení, kde sú zriadené ich plošné registre. Ide napr. o incidencia a prevalenciu nádorov a cukrovky. Keďže ale v súčasnosti nie sú vytvorené vhodné podmienky pre objektívne monitorovanie uvedených epidemiologických ukazovateľov v SR<sup>14</sup>, môžeme uviesť iba dostupné nepriame ukazovatele.

Jedným z takýchto nepriamych ukazovateľov chorobnosti je práceneschopnosť. V roku 2005 bolo na všetky príčiny chorôb priznaných spolu 33 943 prípadov práceneschopnosti (PN) na 100 000 zamestnancov - poistencov. V počte ukončených prípadov PN dlhodobo dominujú choroby dýchacej sústavy (krátky inkubačný čas, vysoký počet chorých). V porovnaní s rokom 2000 klesol počet PN o 12,8 %, na druhej strane priemerná doba PN pozvoľna narastá (kým v roku 2000 PN v priemere trvala 26,7 dní, v roku 2005 už 29,1 dní). Z hľadiska počtu PN mierne prevažujú ženy nad mužmi: v roku 2004 sa evidovalo 13 959 prípadov PN u mužov a 13 740 prípadov PN u žien na 100 000 poistencov, v roku 2005 to bolo 13 865 prípadov u mužov a 13 720 u žien. Líši sa tiež priemerné trvanie PN u žien a u mužov – za ženy predstavovalo 29,9 dní a za mužov 28,5 dní. **Ženy sú teda na PN častejšie a dlhšie ako muži.** Vôbec najčastejšou príčinou pracovnej neschopnosti sú ochorenia dýchacej sústavy, ktoré sa podieľajú takmer 40 % na všetkých ukončených prípadoch PN. Druhou najčastejšou skupinou chorôb sú choroby svalovej a kostrovej sústavy a spojivového tkaniva (21 % zo všetkých ukončených prípadov). Pri všetkých skupinách chorôb sa sleduje pozvoľný pokles PN na 100 000 poistencov. Výnimkou sú poranenia, otravy a niektoré iné následky vonkajších príčin pri výkone zamestnania, kde od roku 1998 došlo k nárastu o 27 %. Od roku 1990 je zaznamenaný dlhodobý pokles novohlásených prípadov PN v SR.

Zdravotnícke zariadenia SR registrovali v roku 2006 1 078 522 hospitalizácií, v tom bolo 42,5 % hospitalizácií mužov a 57,5 % hospitalizácií žien. **Výrazne väčší podiel hospitalizovaných žien súvisí s ich hospitalizáciami kvôli tehotenstvu a pôrodu, či pre ich prítomnosť v nemocnici ako zdravej osoby sprevádzajúcej chorého.** Oproti roku 2005 došlo k nárastu počtu hospitalizácií o 0,7 %. Najčastejšími chorobami, ktoré vedú k hospitalizácii, sú ako v predchádzajúcich rokoch choroby obehovej sústavy, ktoré tvoria 15,4 % z celkového počtu hospitalizácií – z nich najčastejšími príčinami

<sup>14</sup> Chýbajú predovšetkým ukazovatele za prioritné choroby hromadného výskytu, ako napr. choroby obehovej, tráviacej sústavy, duševné choroby, poranenia, otravy a úrazy, ako aj choroby svalov, kostí a spojivového tkaniva. Pri analýze chorobnosti sa dá oprieť iba o "nepriame" indikátory, akými sú práceneschopnosť, hospitalizovanosť, ale aj invalidizácia.

hospitalizácie sú ischemická choroba srdca a mozgový infarkt. Druhou najčastejšou skupinou chorôb vyžadujúcou hospitalizáciu sú choroby tráviacej sústavy (9,7 %), nasledujú hospitalizácie pre nádory (8,8 %), faktory ovplyvňujúce zdravotný stav a styk so zdravotníckymi službami (8,7 %) a choroby dýchacej sústavy (8,4 %). Priemerný ošetrovací čas bol 8,2 dňa: oproti minulému roku (8,3) mierne klesol, u žien je čas hospitalizácie kratší (8,6 za mužov a 7,8 za ženy).

Z prenosných chorôb zaznamenávajú najvyšší výskyt pohlavné choroby a tuberkulóza. Pohlavné choroby majú špecifické postavenie v skupine prenosných chorôb, a to jednak tým, že sa prenášajú spravidla pohlavným stykom, a jednak tým, že ich prejavy u nakazených osôb sú väčšinou nenápadné, a preto nenútiť postihnutých vyhľadať lekársku pomoc. Tieto skutočnosti zapríčiňujú, že sa boj proti pohlavným chorobám stáva ťažkým, lebo nie všetci nakazení sú podchytení a liečení. V roku 2006 bolo v SR hlásených 696 ochorení na pohlavné choroby, pričom **výskyt pohlavných chorôb bol za mužov vyšší**. Na celovom počte sa podieľali muži 401 prípadmi, čo predstavuje 57,6 % a ženy 295 prípadmi, čo je 42,4 %.

V roku 2006 zaznamenal Národný register TBC 732 ochorení, čo je 13,6 na 100 000 obyvateľov. **Na Slovensku máme možnosť pozorovať rozdiely medzi výskytom TBC u mužov (472 prípadov) a u žien (260 prípadov)**. V detskej populácii (0 – 14 rokov) sa tuberkulóza vyskytla v 23 prípadoch, z toho 18 prípadov bolo vo východoslovenskom regióne (v Prešovskom kraji 9 prípadov a v Košickom kraji 9 prípadov). Podľa geografického rozloženia oblastami vôbec s najvyšším výskytom tohto ochorenia je východné Slovensko (Košický a Prešovský kraj). V týchto oblastiach je to dávané do súvislosti s vysokou mierou nezamestnanosti a tuberkulóza je tu stále závažným sociálnym problémom. Z hlásených prípadov tbc v roku 2006 išlo o 170 prípadov (21,3 na 100 000 obyvateľov) v Prešovskom kraji a 135 prípadov (17,5 na 100 000 obyvateľov) v Košickom kraji.

Na choroby obehovej sústavy (CHOS) zemrelo v roku 2006 v SR 29 297 osôb (z toho bolo 53,8 % žien). Podiel úmrtí na CHOS predstavuje dlhodobu dominantný podiel zo všetkých príčin smrti, v roku 2006 dosiahol 55 %. **Napriek vyššiemu počtu úmrtí na choroby obehovej sústavy u žien v porovnaní s mužmi (15 759 oproti 13 538) je miera štandardizovanej i hrubej úmrtnosti na CHOS u žien dlhodobu nižšia** pre ich rovnomernejšie vekové zastúpenie aj v starších vekových skupinách, a to vďaka ich vyššej strednej dĺžke života oproti mužom. Tieto skutočnosti sa u žien prejavujú v priaznivejších relatívnych ukazovateľoch (v nižšom počte úmrtí žien na 100 000 obyvateľov oproti mužom). V roku 2006 bola štandardizovaná úmrtnosť na CHOS v celej populácii žien 1,5-krát nižšia ako u mužov (409 oproti 629 na 100 000 obyvateľov). V roku 2006 bolo vo všetkých zdravotníckych zariadeniach SR hospitalizovaných 146 644 pacientov s CHOS bez prekladov<sup>15</sup>. V roku 2006 bolo bez prekladov hospitalizovaných 7 204 pacientov s akútnym infarktom myokardu (AIM, kód I21 – I22) a 28 141 pacientov s cievnou chorobou mozgu.

**Výskyt nádorových ochorení je približne rovnaký u mužov i u žien, za každé z pohlaví sa ale líši podľa typu.** Prvé vydanie ročenky *Incidencia zhubných nádorov v SR 2003* analyzovalo 22 892 prípadov zhubných nádorov a nádorov in situ, z čoho bolo 11 547 mužov (štandardizovaná incidencia na svetovú populáciu WSR predstavovala 356,2 na 100 000 mužov) a 11 345 žien (262,7 na 100 000 žien). Do druhého, doplneného vydania monografie sa zozbieralo, spracovalo a analyzovalo o 1 108 prípadov ochorení viac, čo predstavuje spolu 24 000 nádorov (z toho 12 159 u mužov - 375,3 na 100 000 mužov, a 11 841 u žien - 274,4 na 100 000 žien). Zároveň stúpol aj celkový počet nádorov neistej biologickej povahy a benígnych nádorov (podliehajúcich povinnému hláseniu), a to z 392 registrovaných prípadov v prvom vydaní ročenky (173 mužov a 219 žien) na 610 prípadov (255 mužov a 355 žien). Trendy vývoja incidencie zhubných nádorov na Slovensku naznačujú trvalú tendenciu k ich vzostupu. U mužov sú na prvom mieste v rebríčku výskytu zhubných nádorov po prvýkrát nádory hrubého čreva, ktoré počtom v absolútnych hodnotách predbehli aj výskyt nádorov priedušnice, priedušiek a pľúc; na treťom mieste sa vyskytli nádory kože, nasledoval karcinóm prostaty a nádory močového mechúra. U žien sa na prvom mieste tradične vyskytovali karcinómy prsníka, nasledované nemelanómovými nádormi kože, karcinómom hrubého čreva, nádormi tela maternice a nádormi krčka maternice.

Dôležitým ukazovateľom úrovne pracovných podmienok je **výskyt chorôb z povolania**, profesionálnych otráv a iných poškodení zdravia z práce. V roku 2006 bolo hlásených 504

<sup>15</sup> Tento počet predstavuje pacienta ako jednu fyzickú osobu počas jednej kontinuálnej hospitalizácie v jednom zdravotníckom zariadení.

novopriznaných chorôb z povolania, profesionálnych otráv a iných poškodení zdravia z práce, čo v porovnaní s rokom 2005 znamená ich nárast o 91 prípadov. Napriek tomu, ich výskyt v rokoch 2005 a 2006 predstavuje najnižší výsledok ich hlásenia od roku 1971 na Slovensku. **Na počte celkovo hlásených chorôb z povolania v roku 2006 sa podieľali muži 70,6 % (356 hlásení) a ženy 29,4 % (148 hlásení).** Odlišné rozloženie žien a mužov na trhu práce spôsobuje, že **druhy chorôb z povolania sú u mužov a žien iné.** U mužov boli najčastejšie choroby z dlhodobého, nadmerného, jednostranného zaťaženia (30,8 % z celkového počtu novopriznaných chorôb z povolania), choroby z vibrácií 90 prípadov (17,9 % z celkového počtu novopriznaných chorôb z povolania). Tretím často sa vyskytujúcim ochorením u mužov boli poruchy sluchu z hluku (23 prípadov – 4,6 % z celkového počtu novopriznaných chorôb z povolania). Ďalším ochorením vyskytujúcim sa u mužov boli v zhode dermatózy a silikóza – vrátane banickej pneumokoniozy v počte 12 prípadov (2,4 % z celkového počtu novopriznaných chorôb z povolania). Najčastejšie sa vyskytujúcimi chorobami z povolania, ktoré boli zistené u 75 žien, boli choroby z dlhodobého, nadmerného, jednostranného zaťaženia (14,9 % z celkového počtu novopriznaných chorôb z povolania), čo je nárast o 22 prípadov oproti roku 2005. Druhou najčastejšie sa vyskytujúcou chorobou sú dermatózy (28 prípadov, čo predstavuje 5,6 % z celkového počtu novopriznaných chorôb z povolania). Infekčné choroby zastupujú na treťom mieste prenosné a parazitárne choroby (19 prípadov – 3,8 % z celkového počtu novopriznaných chorôb z povolania).

V roku 2006 bolo v zdravotníckych zariadeniach liečených 1 927 užívateľov drog vrátane 13 cudzincov. V tomto počte bolo zahrnutých 1 509 mužov (78,3 %) a 418 žien (21,7 %), teda **drogová závislosť mužov bola podstatne vyššia ako za ženy.** Vo vekovej skupine do 14 rokov bolo liečených od drogovej závislosti 37 pacientov (27 chlapcov a 10 dievčat), čo predstavovalo 1,9 %. Najpočetnejšiu skupinu liečených užívateľov drog tvorila veková skupina 20 – 24, t. j. 568 hlásených užívateľov drog (448 mužov a 120 žien), čo predstavovalo 29,5 %. Z hľadiska spôsobu podávania drogy najčastejším spôsobom bolo podávanie drogy injekčne (890 prípadov – 46,2 %). Na tomto počte sa najviac podieľali drogoví závislí od heroínu (640 prípadov – 71,9 % z celkového počtu injekčne podávanej drogy). Ďalším najčastejším spôsobom podávania drogy bol spôsob fajčením (483 prípadov – 25,1 %), čuchaním (245 prípadov – 12,7 %), jedením a pitím (98 prípadov – 5,1 %) a iným spôsobom (211 prípadov – 10,9 %). Najvyšší počet liečených užívateľov drog je z radov nezamestnaných v SR, a to 1 063 prípadov, čo tvorí 55,2 %. Podľa najvyššieho ukončeného vzdelania najväčšiu skupinu liečených užívateľov drog tvoria pacienti so stredoškolským vzdelaním (972 prípadov – 50,4 %), druhú skupinu tvoria so základným vzdelaním (742 prípadov – 38,5 %), tretiu skupinu tvoria bez ukončeného vzdelania (80 prípadov – 4,2 %), štvrtú skupinu tvoria s vysokoškolským vzdelaním (30 prípadov – 1,6 %) a poslednú skupinu pacienti bez udania vzdelania (103 prípadov – 5,3 %).

**Pre duševné poruchy a poruchy správania bolo hospitalizovaných 34 283 osôb, pričom miera za mužov bola 740,8 na 100 000 a za ženy 588,4 na 100 000 (údaje za rok 2004).** Priemerný ošetrovací čas v dňoch predstavoval 30,1 dní. Najčastejšie sú hospitalizovaní pacienti pre diagnózy pre poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím psychotropných látok a s diagnózou schizofrénia, schizotypové poruchy a poruchy s bludmi. **Rozdielny dôvod hospitalizácie je podľa vekových skupín** (kým deti a mladiství sú najčastejšie hospitalizovaní pre poruchy správania, osoby v produktívnom veku pre poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím psychotropných látok, a osoby z poproduktívnej vekovej skupiny sú najčastejšie hospitalizované pre organické duševné choroby (vrátane symptomatických F00 - F09), **ako aj podľa pohlavia** (muži sú častejšie hospitalizovaní pre poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím psychotropných látok a ženy pre schizofréniu, schizotypové poruchy a poruchy s bludmi).

Na psychiatrických ambulanciách je vyšetrených ročne okolo 246 042 pacientov. **Najčastejšími príčinami návštevy psychiatra mužmi boli** (v roku 2004) neurotické, stresom podmienené a somatiformné poruchy, pre ktoré bolo vyšetrených 17 566 mužov a **hlavne poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím psychotropných látok**, pre ktoré bolo vyšetrených 195 412 mužov. Prvenstvo posledných spomenutých diagnóz je alarmujúce, pretože **hovorí o vzrastajúcom počte závislých mužov**, hlavne vo vekovej skupine 31-65 rokov, ktorí majú problém hlavne s užívaním alkoholu. **U žien dominujú neurotické, stresom podmienené a somatiformné poruchy**, druhou najčastejšou príčinou boli afektívne poruchy, poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím psychotropných látok sú u žien až na piatom mieste.

Pozrime sa ešte na rodové rozdiely za vybrané „vonkajšie“ faktory – špeciálne na samovraždy a pokusy o samovraždu. **V roku 2006 bolo hlásených 463 prípadov samovrážd. Na tomto počte sa podieľalo 404 mužov a 59 žien.** V prepočte na 100 000 obyvateľov to predstavuje 15,4 mužov a 2,1 žien. V porovnaní s rokom 2005 sa znížil počet samovrážd o 113 prípadov. Počet prípadov u mužov sa znížil o 83 prípadov a u žien sa tiež znížil o 30 prípadov. V roku 2006 bolo hlásených 832 pokusov o samovraždu (425 mužov a 407 žien). V porovnaní s rokom 2005 je to pokles o 92 prípadov.

Záverom treba zdôrazniť, že podľa dostupných štúdií a analýz bude význam a váha onkologických ochorení v budúcnosti narastať i na Slovensku (21. storočie zvykne byť označované ako storočie onkologických ochorení). Podmieňuje to postupne narastajúca priemerná dĺžka života, navyše sa negatívne uplatňuje zvýšená tendencia k sedavému spôsobu života, vyšší príjem stravy väčšinou nevhodného zloženia – čo vedie k rastúcej obezite, ale aj environmentálne faktory.

V analýzach venovaných zdravotnému stavu obyvateľstva sa v posledných rokoch stále častejšie objavuje pojem environmentálne zdravie. Označuje sa ním stav zdravia človeka podmienený faktormi nachádzajúcimi sa v životnom prostredí. **Kvalita životného prostredia je jedným z rozhodujúcich faktorov vplývajúcich na zdravie a priemerný vek obyvateľstva.** Jej priaznivý vývoj je predpokladom pre dosiahnutie pozitívnych trendov v základných ukazovateľoch zdravotného stavu (stredná dĺžka života pri narodení, chorobnosť a úmrtnosť). Podobne ako v iných okolitých krajinách sa aj v SR za posledné roky zdravotný stav obyvateľov menil – zvýšil sa podiel a počet ochorení a úmrtí spôsobených civilizačnými vplyvmi, naopak podiel úmrtí na iné choroby vplyvom rozvoja zdravotnej starostlivosti klesal. V štruktúre chorobnosti si prvé miesta už dlhšie obdobie udržiavajú chronické neinfekčné ochorenia, najmä choroby srdca a ciev a nádorové ochorenia. Na ďalších miestach sú ochorenia dýchacej sústavy, cukrovka a zvyšujúci trend majú psychiatrické ochorenia<sup>16</sup>. V praxi závisí environmentálne zdravie od vyhodnocovania a kontrolovania relevantných faktorov životného prostredia, ako je zásobovanie obyvateľstva bezpečnou pitnou vodou, kvalita voľného ovzdušia alebo hluk.

Na výslednom zdravotnom stave sa podpisuje množstvo rôznorodých činiteľov – z oblasti životného a pracovného prostredia, psychosociálneho prostredia a životného štýlu. Okrem samotnej úmrtnosti a chorobnosti sa v poslednom období do pozornosti dostáva **sledovanie rizikových faktorov zdravia.** Podľa výsledkov zisťovaní realizovaných cez poradne zdravia pri regionálnych úradoch verejného zdravotníctva sa na Slovensku ukazujú ako najväčšie riziká: vysoký výskyt nadváhy a obezity<sup>17</sup>, nízke hladiny HDL-cholesterolu<sup>18</sup>, vysoký krvný tlak (u mladších žien sú hodnoty tlaku krvi priaznivejšie ako u mužov, neskôr sa hodnoty takmer vyrovnávajú) a vysoké hladiny cholesterolu<sup>19</sup>. **Rozdiely medzi mužmi a ženami sú výrazné v neprospech mužov** v nasledovných parametroch: nadváha, triglyceridy, LDL-cholesterol a systolický tlak. Je vysoko pravdepodobné, že prevalencia týchto rizikových faktorov je závislá najmä od veku, prípadne ďalších faktorov.

Mnohé analýzy zdôrazňujú **sociálne determinanty zdravotného stavu**, medzi ktorými sa uvádza najmä chudoba, nedostatok možností na vzdelanie, sociálna nerovnosť a nezamestnanosť.

---

<sup>16</sup> Na súčasné a novo sa objavujúce problémy v životnom prostredí a nebezpečenstvách, ktoré z nich pre zdravie obyvateľstva vyplývajú, poukázala v júni 2004 v Budapešti *Štvrtá Konferencia ministrov životného prostredia a zdravia*. Cieľom prijatých záverov je ochrana zdravia pred rizikovými faktormi zo životného prostredia s osobitným dôrazom na ochranu zdravia detí.

<sup>17</sup> Podľa výsledkov výskumu poradní zdravia sa situácia u žien a mužov z tohto hľadiska odlišovala. U najmladších žien (18-25 rokov) sa vyskytovala často podváha (10 %), normálne hodnoty dosahovalo 62 % mladých žien, v kategórii nadváha bolo okolo 20 % a obéznych bolo iba 8 % týchto žien; v intervale 26-36 rokov bol výskyt nadváhy žien 22 % a obezity 10,5 %; v intervale 36-45 rokov malo nadváhu 31 % žien a 15 % bolo obéznych; sponedzi žien nad 45 rokov bolo už takmer 20 % obéznych a 36 % s nadváhou. U mužov v najmladšej kategórii 18-25 rokov bolo 10,7 % obéznych a už takmer 35 % malo nadváhu; podiel nadváhy a obezity sa s vekom u mužov stále zvyšuje; u mužov nad 45 rokov má nadváhu už 40,6 % a obezitu 22,5 %.

<sup>18</sup> U mužov sa vo všetkých vekových skupinách priemery pohybovali okolo alebo pod protektívnou hladinou, u žien priemerné hodnoty vo všetkých vekových skupinách prevyšovali ochranné hladiny a výskyt žien s protektívnymi hladinami bol nadpolovičný.

<sup>19</sup> V najmladšej skupine malo iba 0,6 % mužov hypercholesterolémiu, s vekom tento podiel stúpol na 3 % - u mužov vo veku 36 až 55 rokov sa hladina cholesterolu ustálila a podiel mužov s hypercholesterolémiou sa pohyboval okolo 10 %. Takisto u najmladších žien bol výskyt hypercholesterolémie minimálny (0,6 %), ale potom v desaťročných intervaloch stúpala až na 15,4 a v skupiny nad 55 rokov dosahoval až 20 %.

Tieto faktory riziko ochorenia podstatne zvyšujú. Tak napr. opakovane bolo pozorované, že u vzdelanejších ľudí je výskyt nadváhy a obezity nižší (*Správy o zdravotnom stave obyvateľstva SR, MZ SR, 2006*). Tiež neabsolvovanie potrebného lekárskeho vyšetrenia sa dáva do súvislosti najmä so sociálnou a ekonomickou situáciou (Vaňo ed, 2007).

Podľa zisťovania EÚ-SILC z roku 2006 spolu 6 % mužov Slovenska v posledných 12 mesiacoch potrebovalo medicínske vyšetrenie a nemohlo ho absolvovať. Najčastejší dôvod bol nedostatok času (39,1 %) a finančné problémy (24 %). Na jednej strane je to obraz súčasného spôsobu života a na druhej strane obraz súčasnej sociálno-ekonomickej situácie. U žien bola situácia podobná: 7,7 % potrebovalo medicínske vyšetrenie a nemohlo ho absolvovať, pričom najčastejším dôvodom bol nedostatok financií (35,6%) a nedostatok času (28 %). Ak k dôvodu nedostatku času pridáme dôvod, že sa problém vyrieši sám možno konštatovať, že dosť vysoké percento ľudí nepovažuje starostlivosť o svoje zdravie za dôležitú. 20,9 % mužov a 18,4 % žien dáva vinu neabsolvovaniu vyšetrenia a liečby zdravotným zariadeniam, čo je súhrn dôvodov čakania v poradovníku, komplikovaná dostupnosť zdravotného zariadenia a nedôvera k lekárovi.

**K významným rizikám ohrozenia zdravia sa zaraďuje tiež fajčenie a pitie alkoholických nápojov.** Podľa prieskumu Európskej komisie z roku 2006 bolo 59 % populácie Slovenska nefajčiarov, 25 % je fajčiarov a 15 % je bývalých fajčiarov (1 % nezistené). Až 93 % všetkých fajčiarov fajčí každý deň – v priemere 12 cigariet. Prieskum sa zamerával aj na ochotu prestať fajčiť a uvádza: 59 % fajčiarov sa ani raz za posledný rok nepokúsilo prestať fajčiť, len 1 % fajčiarov pokúšajúcich sa prestať fajčiť požiadalo o lekársku asistenciu. Z prieskumov vyplynulo, že situácia vo výskyte fajčenia je vážna predovšetkým u detí a mládeže, naopak situácia u dospelých je stabilizovaná s predpokladom k poklesu v budúcnosti. Z pohľadu frekvencie konzumácie alkoholu (prieskum EK z roku 2007) až 75 % populácie Slovenska pilo v posledných 12 mesiacoch nejaký alkoholický nápoj, spolu 65 % populácie pilo alkoholický nápoj v posledných 30 dňoch. Z tých, čo pili v posledných 30 dňoch: 5 % pilo denne, 6 % pilo 4-5 krát týždenne, 14 % pilo 2-3 krát týždenne, 29 % raz za týždeň, 26 % pilo 2-3 krát za mesiac a 20 % raz za mesiac. Iba 5,2 % mužskej a 8,5 % ženskej populácie Slovenska vo veku 18 a viac rokov je celoživotným abstinentom.

Pozrime sa teraz na rozšírenosť dvoch spomínaných rizík u našej populácie, ako vyšlo na základe reprezentatívneho výskumu Inštitútu pre verejné otázky z roku 2006 (v rámci projektu IS EQUAL *Plus pre ženy 45+*), najmä na rozdiely podľa pohlavia.

**Frekvencia fajčenia podľa pohlavia a veku (v %)**

	Muži			Ženy		
	Spolu	45-	45+	Spolu	45-	45+
Každý deň	29	29	28	14	14	14
Takmer denne	6	8	5	5	6	3
1 až 2-krát do týždňa	3	4	2	2	3	1
1 až 2-krát mesačne	1	2	1	1	2	1
Zriedkavejšie	8	10	5	7	9	5
Nikdy (vôbec)	53	48	59	71	66	76
<b>Spolu</b>	<b>100,0</b>	100,0	100,0	<b>100,0</b>	100,0	100,0

**Poznámka:** Stĺpcové percentá.

**Zdroj:** Inštitút pre verejné otázky, august 2006.

Ako vyplýva z údajov, **podstatne viac mužov ako žien na Slovensku fajčí a viac mužov ako žien uviedlo pravidelnejšie pitie alkoholu.**<sup>20</sup> Aj na základe subjektívneho hodnotenia vyznieva správanie mužov ako rizikovejšie. Súvislosť medzi konzumáciou alkoholu a fajčením na jednej strane a hodnotením svojho zdravotného stavu sa nepreukázala – v skupine s veľmi dobrým a dobrým zdravotným stavom boli aj fajčiari a pravidelní konzumenti alkoholu. Naopak – skupina so zlým

<sup>20</sup> Podľa údajov Eurostatu fajčí na Slovensku 30 % mužov a 11 % žien. Pre porovnanie: v šiestich krajinách fajčí 50 % a viac spomedzi mužskej dospeléj populácie – Litva, Estónsko, Belgicko, Grécko, Poľsko a Slovinsko. Najviac žien – fajčiarok je v Dánsku, Rakúsku a Maďarsku – viac ako 30 % ([www.eurostat.eu.com](http://www.eurostat.eu.com)).



hodnotením zdravotného stavu bola z veľkej časti zložená z abstinentov a nefajčiarov (pravdepodobne tých, čo kvôli zdravotným problémom tieto zlovyky ukončili).

#### Frekvencia požívania alkoholických nápojov podľa pohlavia a veku (v %)

	Muži			Ženy		
	Spolu	45-	45+	Spolu	45-	45+
Každý deň	2	1	3	0	0	0
Takmer denne	8	6	7	1	1	1
1 až 2-krát do týždňa	29	29	29	11	13	8
1 až 2-krát mesačne	20	21	19	18	21	15
Zriedkavejšie	31	31	30	46	47	45
Nikdy (vôbec)	12	12	12	24	18	31
<b>Spolu</b>	<b>100,0</b>	100,0	100,0	<b>100,0</b>	100,0	100,0

**Poznámka:** Stĺpcové percentá.

**Zdroj:** Inštitút pre verejné otázky, august 2006.

Čo sa týka subjektívneho hodnotenia zdravia, viaceré výskumy zdravia v mnohých krajinách EÚ z konca deväťdesiatych rokov minulého storočia a začiatku súčasnej dekády konštatujú horší zdravotný stav žien – iba dve krajiny signalizovali opačnú tendenciu (*The life...*, 2008, s. 107). K podobnému zisteniu dospel aj výskum IVO z roku 2006: **viac žien ako mužov deklarovalo horší zdravotný stav**. Rozdiel do hodnotenia vnáša skôr mladšia generácia: odpovede starších mužov a žien sú takmer totožné, odpovede za generáciu do 45 rokov sa dost' odlišujú u žien a mužov – muži hodnotili svoj zdravotný stav ako veľmi dobrý, ženy do 45 rokov sa zasa častejšie prikláňali k odpovedi dobrý alebo obstojný.

#### Hodnotenie svojho zdravotného stavu podľa pohlavia a veku (2006, v %)

	Muži			Ženy		
	Spolu	45-	45+	Spolu	45-	45+
Veľmi dobrý	22	35	4	16	27	4
Dobrý	35	44	23	37	50	23
Slušný – obstojný	29	15	48	33	20	48
Zlý	12	5	22	12	3	23
Veľmi zlý	2	1	3	1	0	3
<b>Spolu</b>	<b>100,0</b>	100,0	100,0	<b>100,0</b>	100,0	100,0

**Poznámka:** Bez odpovedí „neviem“. Stĺpcové percentá.

**Zdroj:** Inštitút pre verejné otázky, august 2006.

- *Štatistiky potvrdzujú nie len vyššiu úmrtnosť mužov, ale aj rodové rozdiely v príčinách úmrtnosti a v chorobnosti*
- *K rizikovým faktorom zdravia sa zvykne na Slovensku zaraďovať množstvo rôznorodých príčin: nesprávna výživa, ktorá sa prejavuje na obezite, ďalej rizikové správanie – najmä pitie alkoholu a fajčenie, ale aj stav zdravotníctva a zdravotnej starostlivosti<sup>21</sup> či preventívne a skoré návštevy u lekára, ekonomická a sociálna situácia jednotlivcov alebo životné prostredie*
- *Preventívne a intervenčné aktivity by mali preto smerovať ku všetkým z nich; zároveň nie je možné obchádzať rodové špecifiká.*

<sup>21</sup> Pri sledovaní rodových aspektov za oblasť zdravotníctva si pozornosť zasluhuje aj stav v rezorte, ako feminizácia (v SR pracovalo roku 2006 v zdravotníckych zariadeniach 107 115 osôb, z toho bolo 77,9 % žien a 22,1 % mužov), kariérny rozvoj, postavenie v riadení a vnútorná segregácia, ale aj dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre mužov a ženy, či rodovo citlivý prístup zdravotníckeho personálu. Za tieto oblasti však chýbajú súhrnnejšie poznatky – objavili sa len prvé pokusy o zmapovanie (napr. projekt MVO Možnosť voľby).

- ✓ **Dostupnosť služieb reprodukčného zdravia a sexuálna výchova zaostávajú za požadovaným stavom<sup>22</sup>**

V posledných rokoch dochádzalo na Slovensku **k pravidelným pokusom obmedziť reprodukčné práva žien, najmä prístup k interrupciám** (umelému prerušeniu tehotenstva, UPT) a asistovanej reprodukcii. Jeden z pokusov zmeniť legislatívnu úpravu interrupcií sa uskutočnil napríklad v roku 2001 pri novelizácii Ústavy SR, pri ktorej bol predložený poslanecký návrh na ochranu života od počatia. Návrh parlament zamietol, ale skupina poslancov za Kresťanskodemokratické hnutie (KDH) predložila na Ústavný súd podanie o rozpore interrupčného zákona s ústavou (súd návrh skupiny poslancov zamietol – až v roku 2008).

V realite ale **niektoré nemocnice odmietajú vykonať interrupciu s odvolaním sa na výhrady svedomia** (na základe *Rámcovej zmluvy so Svätou stolicou*, tzv. Vatikánska zmluva). Rovnako sa objavujú snahy niektorých lekárov zmeniť *Etický kódex Slovenskej lekárskej komory*, podľa ktorého je výkon UPT v súlade s etikou, ak je vykonaný legálne.

Deje sa tak **napriek tomu, že postoj verejnosti k týmto otázkam je dlhodobo skôr benevolentný**: vyše 80 % populácie akceptuje UPT z dôvodu zdravotného ohrozenia matky, závažného poškodenia plodu a znásilnenia ženy, približne polovica aj zo sociálnych dôvodov. Takýto postoj je pomerne stabilizovaný – v porovnaní s rokom 1995 sa ukazujú len malé zmeny (mierne sa zvýšil počet zástancov názoru schvaľujúceho interrupciu v prípade, ak by sa malo narodiť dieťa so zdravotným postihnutím)<sup>23</sup>.

**Postoj k interrupciám podľa dôvodu v porovnaní rokov  
(rozhodne + skôr schvaľujem : rozhodne + skôr neschvaľujem : neviem, v %)**

	1995	2003	2007
Ak tehotenstvo ohrozuje zdravie matky	85 : 9 : 6	87 : 7 : 6	85 : 9 : 6
Ak je pravdepodobné, že sa dieťa narodí postihnuté	72 : 17 : 11	79 : 13 : 8	79 : 14 : 7
Ak žena bola znásilnená	81 : 9 : 10	77 : 13 : 10	79 : 13 : 8
Ak sa rodičia zo sociálnych dôvodov nemôžu o dieťa riadne postarať	47 : 38 : 15	56 : 34 : 10	48 : 43 : 9

**Zdroj:** Focus, jún 1995; Inštitút pre verejné otázky, september 2003 a november 2007.

**Reprodukčné práva, najmä prístup k interrupcii, prestali byť v posledných rokoch na Slovensku záležitosťou žien a ich partnerov a stali sa záležitosťou politickou.** Prítom reprodukčné práva sú – zrejme úmyselne - na Slovensku zjednodušované na právo na umelé prerušenie tehotenstva (menej sa hovorí o iných otázkach). Deje sa tak napriek priaznivému vývoju umelej potratovosti<sup>24</sup>, ktorú je možno pozorovať od roku 1989.

V priebehu 90. rokov došlo k podstatnému zvratu v dlhodobom vývoji potratovosti – začala rýchlo klesať. Klesajúca tendencia pokračovala aj počas prvých rokov 21. storočia. V roku 2005 bol počet interrupcií nižší ako 20 tisíc, a takáto hodnota zodpovedá úrovni ešte z roku 1958, keď boli interrupcie na Slovensku legalizované. Kým v roku 1998 pripadalo na jednu ženu vo fertílnom veku 1,29 interrupcie, do roku 2006 klesol tento ukazovateľ na 0,34.

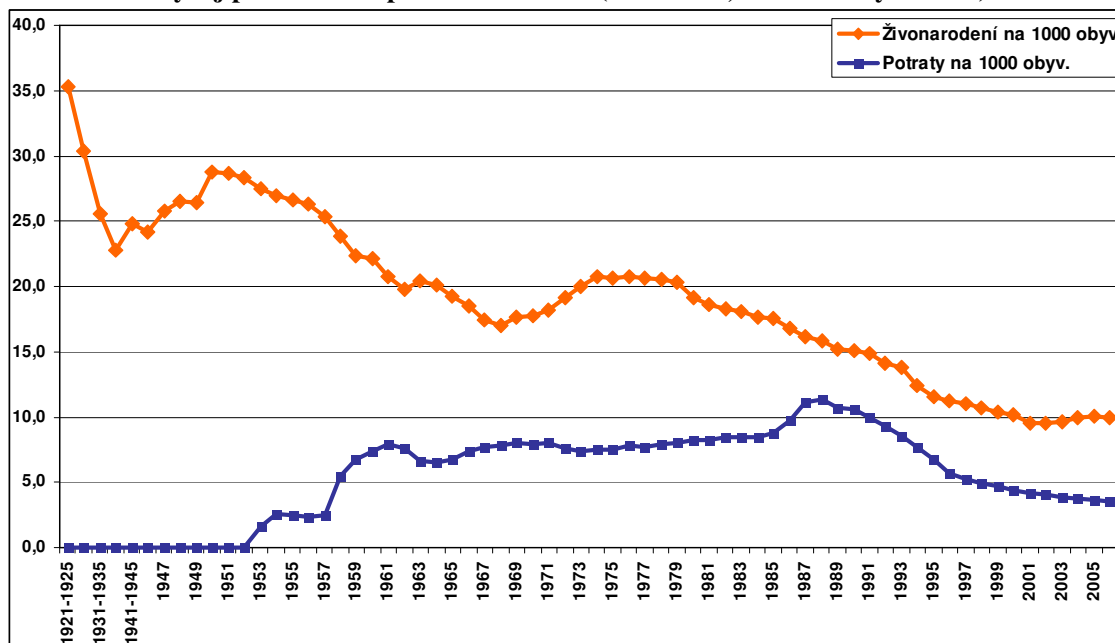
Počet interrupcií sa znižuje vo všetkých vekových kategóriách žien, predsa len najvyšší podiel žiadateľiek o interrupciu predstavujú ženy s dvoma deťmi (viac ako polovica všetkých žiadateľiek). Dá sa teda usudzovať, že hlavným motívom rozhodnutia pre interrupciu sú (popri zanedbaní antikoncepcie) zdravotné komplikácie a ekonomické dôvody.

<sup>22</sup> Základom je kapitola z publikácie *Na ceste do EÚ: Sprievodkyňa nie len pre ženy* (Bratislava, Aspekt a Heinrich Boll Stiftung, 2002) a novšie štúdie venované problému (pozri napr. stránky [www.moznostvolby.sk](http://www.moznostvolby.sk), [www.ivo.sk](http://www.ivo.sk)).

<sup>23</sup> Výskumy tiež ukázali, že 64 % populácie SR bolo za to, aby sa rozhodnutie ponechalo na úsudok a zodpovednosť ženy (*Na ceste...*, 2002).

<sup>24</sup> Treba rozlišovať samovoľné potraty a umelé prerušenie tehotenstva, tzv. interrupcie. Po roku 1990 sa znížil predovšetkým počet interrupcií.

### Vývoj pôrodnosti a potratovosti v SR (1921-2006, na 1 000 obyvateľov)



**Zdroj:** Stav a pohyb obyvateľstva v SR v r. 1920-2003. Bratislava, ŠÚ SR 1950-2004. Informácia o demografickom vývoji v roku 2006 (www.statistics.sk).

Zmena vo vývoji potratovosti sa na všetkých fórach hodnotí ako najpriaznivejší trend v reprodukčnom správaní populácie Slovenska po roku 1989. A pozitívny zvrät sa dosiahol bez legislatívneho zákazu interrupcií<sup>25</sup> (Guráň, Filadelfiová 1995, 1997; Vaňo 2003, 2007; Filadelfiová 2005b, 2007).

Výrazný pokles interrupcií je dôsledkom lepšieho prístupu k antikoncepcii. Počet žien používajúcich hormonálnu antikoncepciu sa zvýšil z necelých 2 %, ktoré vykazovali štatistiky na sklonku bývalého režimu, na dnešných cca 20 %. Za posledných 12 rokov stúpol počet užívateľiek tohto druhu antikoncepcie na Slovensku desaťnásobne. **Hormonálna antikoncepcia je viazaná na lekárske predpis, nie je ale platená zo zdravotného poistenia**<sup>26</sup>.

Uvedené fakty a jednoznačne pozitívny vývoj by logicky viedli k záveru, že na Slovensku sme nastúpili cestu výchovy k plánovanému a zodpovednému rodičovstvu. Nemali by teda existovať vecné ani odborné argumenty na to, aby štát reštriktívne zasahoval do tejto citlivej problematiky.

Skutočnosť je však iná. Hoci pre Slovensko sú záväzné závery Medzinárodnej konferencie OSN o populácii a rozvoji (Káhira 1994 záverečné dokumenty i akčný plán zaujímavý k týmto otázkam jednoznačný postoj založený na možnosti slobodného a informovaného výberu), *Dohovor o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien* (OSN 1979), ako i iné medzinárodné dohovory a dokumenty, konzervatívne politické sily za silnej podpory hlavne katolíckej cirkvi a niektorých MVO ich ignorujú. Pod rúškom „ochrany života a morálnej obrody spoločnosti“ sa snažia celej spoločnosti vnútiť svoj prístup k problematike interrupcií a netaja sa snahami o ich zákaz bez ohľadu na mienku tých, ktorých sa problematika bytostne týka - samotných žien.

<sup>25</sup> Na Slovensku bolo umelé prerušenie tehotenstva do roku 1950 trestným činom. Prijatím Zákona č. 86/1950 sa pripustil jediný dôvod pre interrupciu - zdravotné príčiny. Štatistika interrupcií potvrdzuje ich výrazný nárast najmä po roku 1958, keď Zákon č. 68/1957 okrem zdravotných dôvodov povoľoval interrupciu aj zo sociálnych príčin. Zákon č.73/1986 z 23. októbra 1986 sa už orientuje na prevenciu nežiaduceho tehotenstva a na výchovu k plánovanému rodičovstvu. Podľa tohto zákona je povolené vykonať interrupciu do 12. týždňa tehotenstva bez uvedenia dôvodu. Cena za vykonanie zákroku je 3000 Sk. Napriek tomu, že Zákon o interrupcii je platný od roku 1987 s malými úpravami prakticky dodnes, priniesol takmer úplnú liberalizáciu v tejto oblasti, Slovensko patrí medzi krajiny z najnižším počtom vykonaných interrupcií v Európe.

<sup>26</sup> Pre niektoré skupiny žien, najmä s ekonomicky slabším zázemím, môže takéto nastavenie znamenať obmedzenie ich prístupu k tejto službe reprodukčného zdravia.

Verejná diskusia v spoločnosti o zákaze interrupcií sa otvorila návrhmi KDH začiatkom 90. rokov, ale najmä v roku 2001 pri novelizácii Ústavy SR. KDH navrhovalo úpravu článku 15 odsek 1: "Každý má právo na život. Ľudský život je hodný ochrany už pred narodením" na znenie „Ľudský život má právo na ochranu od počatia“. Takáto zmena by v praxi bola znamenala rozpor súčasného liberálneho zákona o interrupcii s Ústavou SR, a teda koniec jeho platnosti.

Odpoveďou ženských a ľudskoprávných mimovládnych organizácií na snahu KDH bol vznik Iniciatívy za možnosť voľby. Jej signatárky a signatári vyhlásili, že plne podporujú platné znenie Ústavy SR v tomto článku, považujú ho za vyhovujúce a vyjadrujú presvedčenie, že tento článok Ústavy nie je potrebné meniť. Vyhlásenie Iniciatívy podporilo 1 320 občanok a občanov Slovenska. Iniciatíva sa v júni 2001 pretransformovala na občianske združenie Možnosť voľby ([www.moznostvolby.sk](http://www.moznostvolby.sk)), ktoré v oblasti monitoringu ľudských práv žien pracuje doteraz.

I keď NR SR schválila novelu Ústavy bez pozmeňovacieho návrhu v článku 15 a verejná mienka sa postavila jednoznačne na stranu zachovania liberálneho zákona o interrupcii, KDH sa svojho cieľa nevzdalo. Podľa vzoru tzv. poľskej cesty podali poslanci NR SR za KDH podanie na Ústavný súd, v ktorom sa odvolávajú na diskrimináciu plodu do 12. týždňa, dokedy je povolená interrupcia. Rozhodnutie Ústavného súdu sa očakávalo v roku 2003, došlo k nemu však až minulý rok (návrh sa zamietol).

Snahy konzervatívnych síl na Slovensku o obmedzovanie reprodukčných práv sa netýkajú len zákazu interrupcií. Konzervatívci odmietajú všetky formy antikoncepcie, sexuálnej výchovy a prístupu mládeže k objektívnym informáciám o antikoncepcii, sterilizácii (ktorá je na Slovensku povolená len vydatým ženám nad 40 rokov s 3 a viac deťmi) a sťažujú prístup k umelému oplodneniu (pri asistovanej reprodukcii odmietajú poisťovne uhrádzať viac ako 2 cykly). Pozitívny trend v oblasti reprodukčných práv, ktorý k nám prichádza z Európskej únie, označujú za „prežitky zo socializmu a snahy euromarxistov“. Z toho je zreteľné, že nedostatočné oddelenie cirkvi od štátu, vnucovanie jednej ideológie s odvolávaním sa na národné a kresťanské tradície a znemožňovanie vecnej diskusie sa stáva na Slovensku v oblasti reprodukčných práv jedným z hlavných problémov občianskej spoločnosti a ženského hnutia.

**Sexuálna výchova na slovenských školách je veľmi závislá od daného školského zariadenia a vyučujúcich.** V tomto smere neexistuje koncepčný postup ani jednotné materiály pre pedagógov a pedagogičky; informácie, ktoré dostáva mládež, sú často rozporuplné a protichodné. Sexuálna výchova sa totiž vyučuje hlavne v rámci etickej výchovy, ktorá je síce povinne voliteľným predmetom, ale tak, že je alternatívou k náboženstvu. Kým na etickej výchove dostávajú mladiství v optimálnom prípade – samozrejme, v závislosti od pedagóga a pedagogičky – objektívne informácie o moderných formách plánovania rodičovstva a o sexuálnom živote, na hodinách náboženskej výchovy sú tieto témy väčšinou tabuizované. Príručky pre katechéty a katechétky sú plné nielen rodových stereotypov, ale i zámerne skreslených informácií o škodlivosti všetkých foriem antikoncepcie, najmä hormonálnej, ako aj samotného predmanželského sexuálneho života. Ako jediná prijateľná forma antikoncepcie sa propaguje tzv. Billingsova metóda neplodných dní a sexuálna zdržanlivosť.

Hoci *Charta práv dieťaťa* zaručuje deťom právo na objektívne informácie a *Dohovor OSN o odstránení všetkých foriem diskriminácie žien*, *Akčný program z Káhiry*, *Rezolúcia EP o sexuálnom zdraví a sexuálnych právach* a iné dokumenty zakotvujú sexuálnu výchovu, Ministerstvo školstva SR stále nedáva nádej na zmenu k lepšiemu (pozri *Tieňovú správu k CEDAW* z roku 2008).

Výchova k plánovanému rodičovstvu a sexuálna osveta sú na Slovensku považované za osobnú vec jednotlivca a ponechávané na jeho iniciatívu. Téma je na verejnosti diskutovaná len sporadicky, väčšinou formou osvetových článkov v ženských časopisoch. Ich autormi a autorkami sú buď novinári či novinárky, angažovaní ženský lekári a lekárky, alebo farmaceutické spoločnosti, ktoré touto formou skryto upozorňujú na svoje výrobky. Hormonálna antikoncepcia je totiž viazaná na lekárske predpis, preto podľa našich zákonov nie je možná jej priama forma propagácie cez platenú reklamu. Toto je jednoznačne na škodu informovanosti verejnosti a najmä žien, pretože tie sú odkázané na informácie od svojho gynekológa či gynekologičky a takmer nemajú možnosť si informácie objektívne overiť.

Dostupnosť antikoncepcie je na Slovensku štandardná a porovnateľná s okolitými štátmi. Hoci je hormonálna antikoncepcia viazaná na lekárske predpis, nie je ani sčasti hrazená zo zdravotného poistenia. Celá finančná aj informačná zodpovednosť spočíva výlučne na žene. Napriek tomu sa využívanie hormonálnej antikoncepcie od roku 1989 zvýšilo z vtedajších 2 percent takmer

desaťnásobne. Zásľuhu na tom má prienik zahraničných farmaceutických spoločností na náš trh, prístupnosť informácií zo zahraničia, ako i osvetová činnosť Slovenskej spoločnosti pre plánované rodičovstvo a výchovu k rodičovstvu.

Ďalšia, v zahraničí často využívaná forma antikoncepcie - sterilizácia - je na Slovensku zákonom obmedzená. Podmienky pre sterilizovanie ženy na vlastnú žiadosť sú dané zákonom - žena musí mať najmenej 3 deti a vek nad 40 rokov.

Ako uvádza Alena Králiková v publikácii *Na ceste do EÚ: Sprievodkyňa nie len pre ženy* (Bratislava, Aspekt a Heinrich Boll Stiftung, 2002), situácia aj v európskych krajinách je rôznorodá. Niektoré európske krajiny majú veľmi reštriktívne zákony týkajúce sa reprodukčných práv, a teda aj interrupcie. V Poľsku, ktoré je prístupovou krajinou, je interrupcia zakázaná s výnimkou prípadov poškodenia plodu, ohrozenia života či zdravia matky alebo v prípade znásilnenia či incestu. V Írsku je interrupcia zákonom zakázaná s výnimkou, ak je v ohrození život matky. Vo Fínsku, na Cypruse, v Luxemburgu a vo Veľkej Británii je interrupcia zákonom povolená z dôvodov sociálnych a ekonomických, ako aj v prípadoch, keď ide o ochranu fyzického a duševného zdravia (v prípade znásilnenia, poškodenia plodu či v prípade incestu).

Zákony týkajúce sa prístupu k interrupcii vyžadujú vo viacerých krajinách, napríklad v Nemecku a v Taliansku, aby tehotná žena ešte pred zákrokom absolvovala špeciálne poradenstvo. Toto poradenstvo je často zamerané na to, aby ženu od interrupcie odradilo. Podobné poradenské služby bývajú spojené s istou čakacou lehotou. V niektorých krajinách žena po tom, ako absolvuje takéto poradenstvo, musí ešte niekoľko dní čakať, a až potom môže podstúpiť samotný zákrok. Napríklad v Belgicku je takáto čakacia doba šesť dní.

Vo viacerých krajinách, napríklad aj v Turecku, v prípade, že o interrupciu požiada vydatá žena, musí s týmto zákrokom súhlasiť aj jej manžel. V niektorých krajinách, napríklad vo Francúzsku, Dánsku a v Českej republike, sa vyžaduje, aby dievčatá pod istou vekovou hranicou predtým, než podstúpia interrupciu, predložili dôkaz o súhlase rodičov s týmto zákrokom.

Vo väčšine krajín, v ktorých je interrupcia prístupná bez obmedzenia, je určená časová hranica, v rámci ktorej možno vykonať interrupciu bez udania mimoriadnych dôvodov. Táto hranica je spravidla v rozmedzí od ôsmeho týždňa až po schopnosť samostatného života plodu (ako je to v Holandsku). Vo väčšine krajín je časovou hranicou 12. až 14. týždeň tehotenstva.

V krajinách, v ktorých interrupcia nie je zákonom obmedzená, hradí tento zákrok zdravotná poisťovňa len za istých veľmi konkrétnych podmienok. V niektorých krajinách (napríklad v Rakúsku a Litve) poisťovňa čiastočne prispieva na interrupcie vykonané na základe medicínskej indikácie. Inde (napríklad v Bulharsku) poisťovňa prispieva len v prípade neplnoletých dievčat a znásilnených žien.

V mnohých krajinách, v ktorých je interrupcia zo zákona možná a všeobecne prístupná, ako napríklad vo Francúzsku alebo Grécku, je zakázaná reklama na tento zákrok. V krajinách, ktoré interrupciu zo zákona obmedzujú len v minimálnej miere, tieto obmedzenia reklamy zväčša nebránia prístupu k informáciám. Krajiny strednej a východnej Európy a bývalého Sovietskeho zväzu (s výnimkou Poľska) patria svojimi zákonmi, ktoré umožňujú bezpečný prístup k interrupcii, k najliberalnejším na svete. Problémom v niektorých krajinách tohto regiónu je nedostatočný prístup k moderným antikoncepčným prostriedkom.

***V júli 2001 prijal Európsky parlament dokument, v ktorom vyzýva štáty Európskej únie a štáty uchádzajúce sa o vstup do EÚ, aby podporovali reprodukčné zdravie a práva vrátane bezpečnej, legálnej a dostupnej interrupcie:***

- *Dokument žiada vlády týchto krajín, aby upustili od prenasledovania žien, ktoré podstúpili nelegálnu interrupciu; požaduje od týchto vlád, aby poskytli patričnú podporu tehotným mladistvým dievčatám bez ohľadu na to, či chcú svoje tehotenstvo ukončiť, alebo chcú plod vynosiť a porodiť*
- *Dokument tiež žiada, aby vlády podporovali núdzovú antikoncepciu tak, aby bola finančne prístupná, dostupná pre ženy po nepredvídanej udalosti a aby sa stala bežnou súčasťou sexuálnej a reprodukčnej zdravotnej starostlivosti*
- *Odporúča podporovať sexuálnu výchovu počas povinnej školskej dochádzky, verejné kampane, telefónne linky pomoci a používanie kondómov (tým, že budú dostupné a lacné)*
- *Zákony, na základe ktorých je núdzová antikoncepcia dostupná v jednotlivých krajinách, dávajú jasne najavo, že tento druh antikoncepcie nemožno porovnávať s interrupciou.*

**V ZÁUJME ZLEPŠENIA ZDRAVOTNÉHO STAVU ŽIEN A MUŽOV  
A ODSTRAŇOVANIA ZDRAVOTNÝCH RIZÍK JE TREBA:**

- *Rozvíjať a kvalitatívne posilňovať zdravotnícke služby a implementovať rodovo citlivé hľadisko do zabezpečovania zdravotníckych služieb a prístupu k nim;*
- *Posilňovať právne povedomie pracovníkov a pracovníčok v zdravotníctve o otázkach z rodovej a antidiskriminačnej problematiky;*
- *Posilňovať zodpovednosť žien a mužov za vlastné zdravie – cieľená spoločenská podpora zdravého životného štýlu:*
  - ✓ *Vzdelávanie najširších spoločenských vrstiev so zameraním na fajčenie a v prevencii užívania tabakových výrobkov (neodmysliteľnou súčasťou sú mediálne aktivity s cieľom rozvíjania povedomia obyvateľstva o rizikách užívania tabakových výrobkov a možnosti ochrany nefajčiarov na verejných miestach*
  - ✓ *Vo vzťahu k prevencii závislosti na alkohole - legislatívne obmedziť reklamu alkoholických nápojov, ktorá sa realizuje prostredníctvom sponzorovania voľnočasových aktivít detí a mládeže a sponzorovania profesionálnych športových podujatí alkoholovým priemyslom, tvorba a podpora prevenčných programov orientovaných na zníženie rizikového pitia;*
- *Viesť kampane zamerané na zvýšenie povedomia a informovanosti o všetkých aspektoch zdravia, získať podporu a posilniť spoluúčasť tlače a elektronických médií v kampaniach organizovaných v prospech riešenia situácie;*
- *Vyriešiť zdravotne bezpečné zásobovanie pitnou vodou v oblastiach s nevyhovujúcou kvalitou pitnej vody, riešiť aj iné ekologické ohrozenia;*
- *Znižovať individuálne riziko s cieľom vyhladať a ovplyvniť osoby vo vysokom riziku, znižovať populačné riziko, špecifickú pozornosť venovať ohrozeným skupinám mužov;*
- *Racionálne využívať zdravotnícke služby orientované na primárnu prevenciu (hlavne muži);*
- *Problematiku prevencie chorôb u mužov a žien chápať nie len ako úlohu zdravotníctva, ale celej spoločnosti – podporovať preto všetky systémy zapojené do intervencie.*

**V ZÁUJME ZABEZPEČENIA REPRODUKČNÝCH PRÁV ŽIEN AJ MUŽOV JE TREBA:**

- *Posilniť aktivity smerované k plneniu Akčného plánu OSN z Káhiry (1994), ktorý Slovensko ratifikovalo; vypracovať a prijať národnú stratégiu a akčný plán pre oblasť sexuálneho a reprodukčného zdravia;*
- *Zabezpečiť právo rodičov rozhodovať o počte svojich detí, právo na psychickú a fyzickú integritu, možnosť voľby a slobodu rozhodovania o svojich súkromných záležitostiach;*
- *Podporovať informovanú voľbu a rozhodnutia v otázkach reprodukčného a sexuálneho zdravia;*
- *Zabezpečiť dostupnosť všetkých služieb, ktoré sa týkajú reprodukčného zdravia, ako aj dostupnosť kvalitného gynekologického ošetrovania;*
- *Objektívne informovať ženy aj mužov o rôznych druhoch antikoncepcie;*
- *Zabezpečiť dostupnosť antikoncepcie aj pre ženy v horšej ekonomickej situácii a čiastočné hradenie hormonálnej antikoncepcie zo zdravotného poistenia;*
- *Zabezpečiť objektívnu a kvalifikovanú sexuálnu výchovu.*