

# **VÝVOJ POTRATOVOSTI V ČESKÉ REPUBLICE 2003 - 2014**

Obyvatelstvo

Praha, 10. prosince 2015

Kód publikace: 130083-15

Č. j.: 02255 / 2015 – 61

Zpracoval: Odbor statistiky obyvatelstva

Ředitel odboru: Ing. Josef Škrabal

Kontaktní osoba: Mgr. Roman Kurkin, Ph.D., e-mail: [roman.kurkin@czso.cz](mailto:roman.kurkin@czso.cz)

Zajímají Vás nejnovější údaje o inflaci, HDP, obyvatelstvu, průměrných mzdách a mnohé další? Najdete je na stránkách ČSÚ na internetu: [www.czso.cz](http://www.czso.cz)

## KONTAKTY V ÚSTŘEDÍ

**Český statistický úřad** | Na padesátém 81, 100 82 Praha 10 | tel.: 274 051 111 | [www.czso.cz](http://www.czso.cz)  
**Oddělení informačních služeb** | tel.: 274 052 648, 274 052 304, 274 052 451 | e-mail: [infoservis@czso.cz](mailto:infoservis@czso.cz)  
**Prodejna publikací ČSÚ** | tel.: 274 052 361 | e-mail: [prodejna@czso.cz](mailto:prodejna@czso.cz)  
**Evropská data (ESDS), mezinárodní srovnání** | tel.: 274 052 347, 274 052 757 | e-mail: [esds@czso.cz](mailto:esds@czso.cz)  
**Ústřední statistická knihovna** | tel.: 274 052 361 | e-mail: [knihovna@czso.cz](mailto:knihovna@czso.cz)

## INFORMAČNÍ SLUŽBY V REGIONECH

**Hl. m. Praha** | Na padesátém 81, 100 82 Praha 10 | tel.: 274 052 673, 274 054 223  
e-mail: [infoservispraha@czso.cz](mailto:infoservispraha@czso.cz) | [www.praha.czso.cz](http://www.praha.czso.cz)

**Středočeský kraj** | Na padesátém 81, 100 82 Praha 10 | tel.: 274 054 175  
e-mail: [infoservisstc@czso.cz](mailto:infoservisstc@czso.cz) | [www.stredocesky.czso.cz](http://www.stredocesky.czso.cz)

**České Budějovice** | Žižkova 1, 370 77 České Budějovice | tel.: 386 718 440  
e-mail: [infoserviscb@czso.cz](mailto:infoserviscb@czso.cz) | [www.cbudejovice.czso.cz](http://www.cbudejovice.czso.cz)

**Plzeň** | Slovanská alej 36, 326 64 Plzeň | tel.: 377 612 108, 377 612 249  
e-mail: [infoservisplzen@czso.cz](mailto:infoservisplzen@czso.cz) | [www.plzen.czso.cz](http://www.plzen.czso.cz)

**Karlovy Vary** | Sportovní 28, 360 01 Karlovy Vary | tel.: 353 114 529, 353 114 525  
e-mail: [infoserviskv@czso.cz](mailto:infoserviskv@czso.cz) | [www.kvary.czso.cz](http://www.kvary.czso.cz)

**Ústí nad Labem** | Špálova 2684, 400 11 Ústí nad Labem | tel.: 472 706 176, 472 706 121  
e-mail: [infoservisul@czso.cz](mailto:infoservisul@czso.cz) | [www.ustinadlabem.czso.cz](http://www.ustinadlabem.czso.cz)

**Liberec** | Nám. Dr. Edvarda Beneše 585/26, 460 01 Liberec 1 | tel.: 485 238 811  
e-mail: [infoservislbc@czso.cz](mailto:infoservislbc@czso.cz) | [www.liberec.czso.cz](http://www.liberec.czso.cz)

**Hradec Králové** | Myslivečkova 914, 500 03 Hradec Králové 3 | tel.: 495 762 322, 495 762 317  
e-mail: [infoservis hk@czso.cz](mailto:infoservis hk@czso.cz) | [www.hradeckralove.czso.cz](http://www.hradeckralove.czso.cz)

**Pardubice** | V Ráji 872, 531 53 Pardubice | tel.: 466 743 480, 466 743 418  
e-mail: [infoservispa@czso.cz](mailto:infoservispa@czso.cz) | [www.pardubice.czso.cz](http://www.pardubice.czso.cz)

**Jihlava** | Ke Skalce 30, 586 01 Jihlava | tel.: 567 109 062, 567 109 080  
e-mail: [infoservisvys@czso.cz](mailto:infoservisvys@czso.cz) | [www.jihlava.czso.cz](http://www.jihlava.czso.cz)

**Brno** | Jezuitská 2, 601 59 Brno | tel.: 542 528 115, 542 528 105  
e-mail: [infoservisbrno@czso.cz](mailto:infoservisbrno@czso.cz) | [www.brno.czso.cz](http://www.brno.czso.cz)

**Olomouc** | Jeremenkova 1142/42, 772 11 Olomouc | tel.: 585 731 516, 585 731 509  
e-mail: [infoservisolom@czso.cz](mailto:infoservisolom@czso.cz) | [www.olomouc.czso.cz](http://www.olomouc.czso.cz)

**Ostrava** | Repinova 17, 702 03 Ostrava | tel.: 595 131 230, 595 131 232  
e-mail: [infoservis\\_ov@czso.cz](mailto:infoservis_ov@czso.cz) | [www.ostrava.czso.cz](http://www.ostrava.czso.cz)

**Zlín** | tř. Tomáše Bati 1565, 761 76 Zlín | tel.: 577 004 931, 577 004 935  
e-mail: [infoservis-zl@czso.cz](mailto:infoservis-zl@czso.cz) | [www.zlin.czso.cz](http://www.zlin.czso.cz)

## Obsah

1. Úvod a legislativa.....	4
2. Potraty podle druhu potratu .....	7
3. Potraty podle věku a analytické indikátory .....	10
4. Potraty podle rodinného stavu a počtu předchozích dětí/potratů .....	14
5. Potraty podle vzdělání a státního občanství .....	18
6. Územní rozdíly indukované potratovosti .....	20
7. Mezinárodní srovnání indukované potratovosti.....	23
8. Závěr.....	25

## 1. Úvod a legislativa

Předkládaná publikace se zabývá vývojem potratovosti v České republice za posledních dvanáct let. Jejím obsahem jsou zejména informace o potratovosti podle jednotlivých druhů potratů a z hlediska vybraných sociodemografických charakteristik žen, a o územních rozdílech potratovosti nejen v České republice, ale i v zahraničí. Analýza navazuje na předchozí vydání, které pokrývalo širší období let 1964–2002, dostupné zde: <https://www.czso.cz/csu/czso/vyvoj-potratovosti-v-ceske-republice-n-7heombmuc4>

Údaje o potratech jsou Českému statistickému úřadu poskytovány Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR). Zdrojem pro informace o potratech je „Hlášení potratu a mimoděložního těhotenství“, které ÚZISu zasílají zdravotnická zařízení a lékaři. Hlášení je povinné a podléhájí mu všechny druhy potratů provedené v zařízeních poskytovatelů lůžkové péče v ČR nebo v něm ošetřené po potratu mimo lůžkové zařízení. ÚZIS ČR potraty sleduje jak u českých státních příslušnic s trvalým bydlištěm na území ČR, tak i u všech cizinek bez ohledu na typ a délku pobytu. Následně je hlášení zpracováno v rámci Národního zdravotnického informačního systému (NZIS), jehož součástí je Národní registr reprodukčního zdraví. V jeho rámci je pak zřízen mj. registr potratů.

Během analyzovaného období (roky 2003–2014) došlo ke změně definice potratu. Definice platná do 31. 3. 2012 byla uvedena ve **vyhlášce Ministerstva zdravotnictví ČSR č. 11/1988, o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky** (vyhláška k zákonu č. 20/1966 o péči o zdraví lidu), která definovala potrat takto:

- (1) Potratem se rozumí ukončení těhotenství ženy, při němž
  - a) plod neprojevuje ani jednu ze známek života a jeho porodní hmotnost je nižší než 1 000 g a pokud ji nelze zjistit, jestliže těhotenství je kratší než 28 týdnů,
  - b) plod projevuje alespoň jednu ze známek života a má porodní hmotnost nižší než 500 g, ale nepřezije 24 hodin po porodu,
  - c) z dělohy ženy bylo vyňato plodové vejce bez plodu anebo těhotenská sliznice.
- (2) Potratem se rozumí též ukončení mimoděložního těhotenství anebo umělé přerušení těhotenství provedené podle zvláštních předpisů.

K 1. 4. 2012 byla **zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách**, tato vyhláška zrušena. Nový zákon definuje plod po potratu jako plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matčina neprojevuje ani jednu ze známek života a současně jeho porodní hmotnost je nižší než 500 g, a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů. Ze závazných pokynů Národního zdravotnického informačního systému, které vydává ÚZIS, lze k tomuto doplnit, že se potratem rozumí též:

- a) ukončení těhotenství ženy, při němž bylo z dělohy ženy vyňato plodové vejce bez plodu, anebo těhotenská sliznice.
- b) ukončení mimoděložního těhotenství anebo umělé přerušení těhotenství provedené podle zvláštních předpisů dle **Zákona ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství a Vyhlášky MZ ČSR č. 75/1986 Sb., kterou se provádí zákon ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství**.

Nová právní úprava tedy snížila váhovou hranici, od které je plod považován za potrat, z 1 000 g na 500 g (plody nad 500 g bez známek života jsou považovány za mrtvě narozené dítě). Zároveň se zrušila část definice, kdy plod s alespoň jednou známkou života byl považován za potrat, pokud byla jeho porodní hmotnosti nižší než 500 g a úmrtí nastalo do 24 hodin po porodu. Takový plod je v současnosti považován za živě narozené dítě.

Legislativa upravující podmínky umělých přerušení těhotenství se v průběhu analyzovaných let 2003–2014 neměnila. V České republice v současnosti platí ve srovnání s jinými evropskými zeměmi spíše liberální zákon, který umožňuje provedení indukovaného potratu:



- a) nepřesahuje-li těhotenství 12 týdnů, nebo nebrání-li tomu zdravotní důvody na straně ženy,
- b) ze zdravotních důvodů při ohrožení života nebo zdraví ženy, nebo pokud je ohrožen zdravý vývoj plodu, nebo jestliže jde o geneticky vadný vývoj plodu. Svědčí-li pro umělé přerušení těhotenství genetické důvody, lze uměle přerušit těhotenství nejpozději do dosažení 24 týdnů těhotenství.

Za umělé přerušení těhotenství (UPT nebo též indukovaný potrat) provedené podle bodu a) uhradí žena zdravotnickému zařízení poplatek, který se v různých zařízeních liší. Zpoplatnění UPT bylo zavedeno v roce 1993.

Za zdravotní důvody, pro které nelze na žádost ženy uměle přerušit těhotenství (kontraindikace), se považují

a) zdravotní stav ženy, kterým se podstatně zvyšuje zdravotní riziko spojené s umělým přerušením těhotenství, zejména zánětlivá onemocnění,

b) umělé přerušení těhotenství, od něhož neuplynulo šest měsíců, s výjimkou případů, kdy

1. žena alespoň dvakrát rodila nebo
2. žena dovršila 35 let věku nebo
3. je důvodné podezření, že žena otěhotněla v důsledku trestné činnosti, která vůči ní byla spáchána.

Seznam nemocí, syndromů a stavů, které jsou zdravotními důvody pro umělé přerušení těhotenství, je uveden v příloze **vyhlášky MZ ČSR č. 75/1986 Sb.**

U žen mladších 16 let musí dát souhlas s UPT zákonný zástupce, v případě žen ve věku 16 až 18 let musí zdravotnické zařízení vyrozumět zákonného zástupce.

Při analýze potratovosti je žádoucí odlišit umělá přerušení těhotenství, která se dále dělí na miniinterrupce a jiné legální UPT, a samovolné potraty. Zatímco samovolné potraty jsou biologicky podmíněné a spočívají ve spontánním vypuzení plodu z dělohy, indukovaný potrat je ve většině případů důsledkem svobodné volby ženy s výjimkou UPT ze zdravotních důvodů.

**Druhy potratů** podle závazných pokynů Národního zdravotnického informačního systému:

1. *samovolný*: spontánní vypuzení plodu z dělohy před ukončením 22. týdne těhotenství.
2. *miniinterrupce*: jedná se o umělé ukončení těhotenství prováděné vakuovou aspirací. Tato metoda je pro ženu šetrnější a lze ji provést v raném stádiu těhotenství, tj. do 7. týdne u prvorodičky a do 8. týdne u druhorodičky.
3. jiné legální UPT: legální ukončení těhotenství jinou metodou než miniinterrupcí do 12. týdne, u zdravotních důvodů do 24. týdne těhotenství. Po uplynutí 12 týdnů těhotenství lze uměle přerušit těhotenství, jen je-li ohrožen život ženy nebo je prokázáno těžké poškození plodu, nebo že plod je neschopen života. Nepatří sem ukončení mimoděložního těhotenství.
4. *ostatní potraty*: tj. potrat, který si žena přivodila sama nebo potrat provedený či iniciovaný nedovoleně jinou osobou – jedná se převážně o tzv. kriminální potraty.
5. *mimoděložní těhotenství*: umělé ukončení mimoděložního těhotenství. Vzniká při uhnízdění oplodněného vajíčka mimo dělohu, většinou ve vejcovodu, popř. též ve vaječníku či dutině břišní.

Od poloviny roku 2014 se k provedení umělého přerušení těhotenství používá i tzv. potratová pilulka, které se aplikuje ve zdravotnických zařízeních lůžkového typu obvykle v raném stádiu těhotenství.

V Československu byla umělá přerušení těhotenství legalizována **zákonem č. 68/1957 Sb.**, což vedlo k nárůstu celkového počtu potratů z necelých 28 tisíc v roce 1957 až na více než 87 tisíc v roce 1961, kdy 80 % všech potratů tvořily UPT. Až do schválení v současnosti platného **zákona č. 66/1986 Sb.** docházelo

k množství dílčích legislativních úprav, které ovlivňovaly indukovanou potratovost. Největší vliv mělo vládní nařízení č. 26/1962 Sb., kterým se zřizovaly interrupční komise, což mělo za následek výrazný pokles počtu potratů na téměř 72 tisíc v roce 1963, přičemž indukovaných potratů bylo zhruba 72 %. Nová restriktivní opatření ovšem ztrácela na účinnosti a do konce 60. let narostlo celkové množství potratů na 91 tisíc (82 % tvořily UPT). První polovina 70. let 20. století byla typická spíše poklesem potratovosti ve vazbě na propopulační opatření tehdejší vlády (lokální minimum – 76 tisíc v roce 1975). Poté až do roku 1986 následoval pozvolný nárůst případů potratů až na téměř 100 tisíc, z nichž 84 % bylo indukovaných potratů. Díky schválení nového **zákona č. 66/1986 Sb.**, který rušil interrupční komise a znamenal nejvýraznější změnu legislativy v oblasti umělých přerušování těhotenství od roku 1957, došlo k nárůstu počtu potratů až na téměř 130 tisíc v roce 1988 (88 % z toho byly UPT), nejvyšší hodnotu (u všech potratů i u UPT) v historii na území současné České republiky.

Po roce 1989 začalo v České republice docházet k výraznému poklesu počtu potratů, což bylo způsobeno zejména klesajícím počtem umělých přerušování těhotenství. V návaznosti na lepší dostupnost moderních antikoncepčních prostředků<sup>1</sup> v demokratickém a tržním prostředí začal pokles, který trvá až do dnes. Možnost plánovat a realizovat rodičovství do nejlepšího možného období dramaticky proměnila nejen úroveň potratovosti, ale i průměrný věk matky při narození dítěte. Ženy odkládají svá těhotenství do pozdějšího věku ve snaze sladit své individuální ambice s rodinným životem, což snižuje počet nechtěných těhotenství. Následující analýza si klade za cíl popsat vývoj potratovosti v období 2003–2014.

---

<sup>1</sup> Dle dat ÚZISu se 52 % žen ve věku 15–49 let v roce 2013 chránilo hormonální nebo nitroděložní antikoncepcí, zatímco v roce 1989 to bylo pouze 18 %.



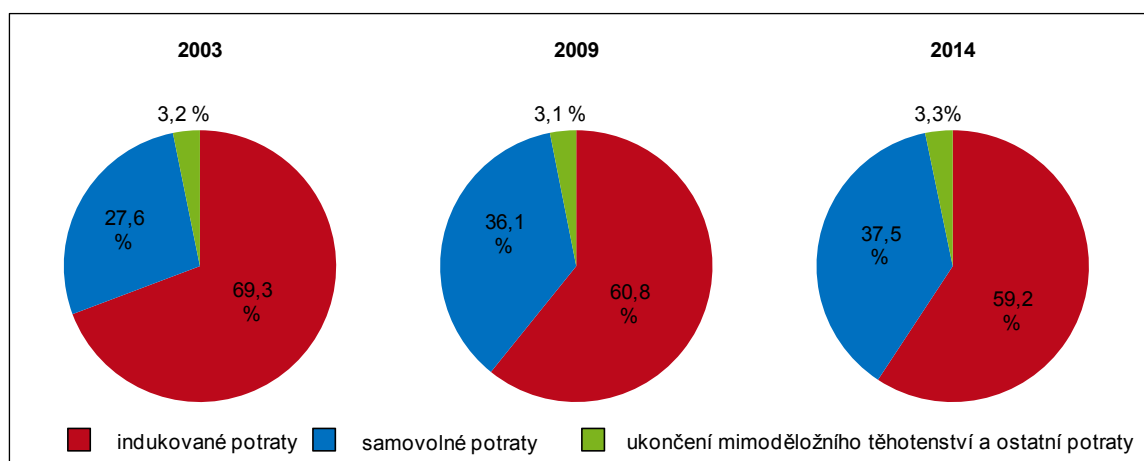
## 2. Potraty podle druhu potratu

Vývoj celkového počtu potratů závisel na vývoji dvou nejčastějších druhů potratů – indukovaných a samovolných. Případy umělého přerušeni těhotenství se v čase ve sledovaném období snižovaly, byť k poklesu nedocházelo každý rok. Ve třech letech (2007, 2008 a 2011) došlo k meziročnímu nárůstu provedených umělých přerušeni těhotenství, přičemž ten nejvýraznější v roce 2008 byl o 346 případů oproti předchozímu roku. Mezi roky 2003 a 2014 počet indukovaných potratů poklesl z 29 298 na 21 893, tedy o zhruba jednu čtvrtinu. Výrazně se snížilo i zastoupení indukovaných potratů na celkovém počtu potratů z 69,3 % na 59,2 % ve stejném období. V souvislosti s legalizací tzv. „potratové pilulky“ RU 486, která je dostupná od poloviny roku 2014, se diskutovalo o možném negativním dopadu na počty UPT. Ten však data za rok 2014 nepotvrdila. Aplikace pilulky probíhá v nemocničním zařízení a potrat je řádně registrován mezi indukovanými potraty.

Tab. 1 Potraty podle druhu potratu v letech 2003–2014

Rok	Počet potratů	Druh potratu			
		indukované potraty	samovolné potraty	ukončení mimoděložního těhotenství	ostatní potraty
2003	42 304	29 298	11 660	1 288	58
2004	41 324	27 574	12 402	1 339	9
2005	40 023	26 453	12 245	1 324	1
2006	39 959	25 352	13 326	1 278	3
2007	40 917	25 414	14 102	1 401	-
2008	41 446	25 760	14 273	1 413	-
2009	40 528	24 636	14 629	1 263	-
2010	39 273	23 998	13 981	1 287	7
2011	38 864	24 055	13 637	1 172	-
2012	37 733	23 032	13 515	1 186	-
2013	37 687	22 714	13 708	1 265	-
2014	36 956	21 893	13 857	1 206	-

Graf 1 Potraty podle druhu potratu v letech 2003, 2009 a 2014 (v %)



Počty samovolných potratů mají oproti indukovaným potratům větší tendenci kolísat v závislosti na vývoji celkového počtu těhotenství, což bylo patrné i z dat let 2003 až 2014. Další faktor, který ovlivňuje vývoj počtu samovolných potratů, je zvyšující se věk matek, respektive těhotných žen. Riziko samovolného potratu je totiž u starších žen vyšší. Počet samovolných potratů se z 11 660 v roce 2003 zvýšil na 14 629 v roce 2009, poté klesl na 13 515 v roce 2012 a v posledních dvou sledovaných letech opět meziročně rostl. V roce 2014 dosáhl hodnoty 13 857. Při srovnání počátečního a koncového roku sledovaného období se případy

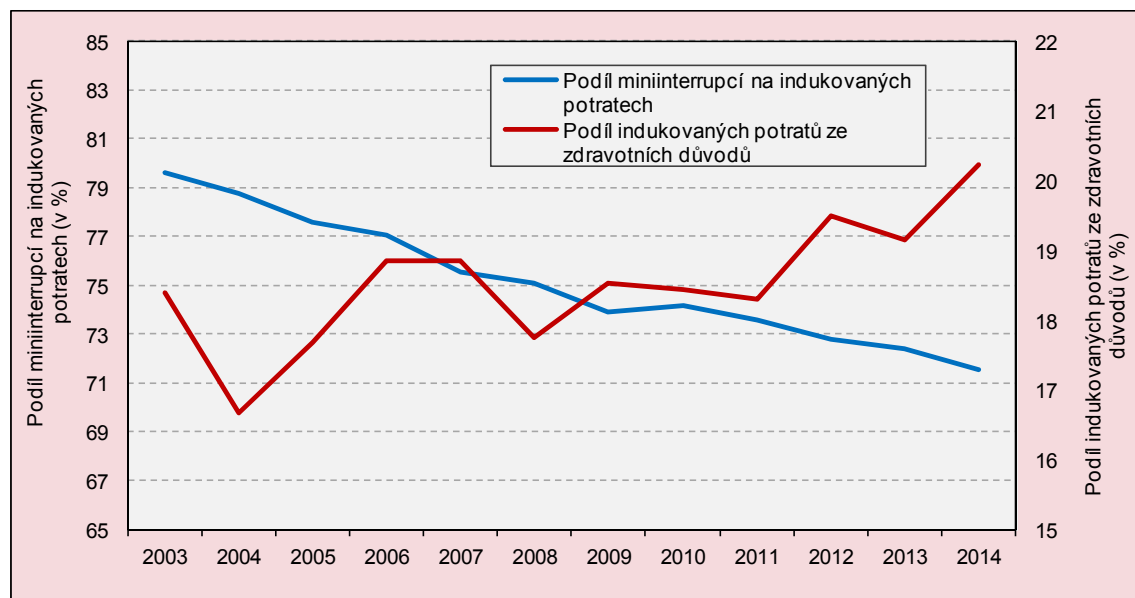
samovolných potratů zvýšily o téměř pětinu. Zároveň došlo k nárůstu jejich zastoupení na celkovém počtu potratů z 27,6 % na 37,5 %. Podíl ukončení mimoděložního těhotenství se pohyboval v rozmezí 3,0 %–3,5 %, v absolutním vyjádření mezi 1 172 a 1 413 případy. Trendy vývoje jejich počtu z větší části kopírovaly vývoj samovolných potratů.

Protichůdné tendence vývoje počtu potratů podle dvou hlavních druhů a větší rozkolísanost v případě samovolných potratů vedly k tomu, že vývoj celkového počtu potratů nebyl úplně jednoznačný. Vzhledem k vyššímu podílu indukovaných potratů ovlivňovala tato skupina celkové množství potratů více než samovolné potraty. To se odrazilo v poklesu souhrnného počtu potratů z 42 304 v roce 2003 na 36 956 v roce 2014, tedy o 12,6 %. K nárůstu došlo v letech 2007 a 2008, kdy se zvýšilo množství indukovaných i samovolných potratů.

**Tab. 2 Ukončená těhotenství podle způsobu ukončení v letech 2003–2014**

Rok	Ukončená těhotenství	Narození	Potraty	z toho:
				indukované
2003	136 261	93 957	42 304	29 298
2004	139 253	97 929	41 324	27 574
2005	142 521	102 498	40 023	26 453
2006	146 089	106 130	39 959	25 352
2007	155 864	114 947	40 917	25 414
2008	161 288	119 842	41 446	25 760
2009	159 195	118 667	40 528	24 636
2010	156 719	117 446	39 273	23 998
2011	147 854	108 990	38 864	24 055
2012	146 688	108 955	37 733	23 032
2013	144 804	107 117	37 687	22 714
2014	147 208	110 252	36 956	21 893

**Graf 2 Podíl miniinterruptcí na indukovaných potratech a podíl indukovaných potratů ze zdravotních důvodů v letech 2003–2014**



Ve sledovaném období se snížil podíl potratů ze všech ukončených těhotenství z 31,0 % v roce 2003 na 25,1 % v roce 2014. Podstatně větší část ukončených těhotenství tak končí narozením dítěte. Za tímto vývojem lze hledat zejména vliv poklesu zastoupení způsobu ukončení těhotenství umělým přerušením, který se ještě v roce 2003 podílel na ukončených těhotenstvích z 21,5 %, zatímco na konci sledovaného





období to bylo již pouze z 14,9 %. Oproti tomu podíl samovolných potratů z ukončených těhotenství vzrostl z 8,6 % v roce 2003 na 9,4 % v roce 2014.

Umělá přerušení těhotenství jsou z větší části tvořena miniinterruptcemi, které se obvykle provádějí vakuovou aspirací do 8. týdne stáří plodu. Podíl miniinterruptcí na UPT se ovšem v čase snižuje – ještě v roce 2003 byl 79,6 %, v posledním sledovaném roce už pouze 71,5 %. Indukované potraty se tak častěji provádějí u starších plodů, čemuž odpovídá i vývoj průměrného stáří plodu v případě UPT, které narostlo z 7,9 na 8,3 týdnů.

Podíl indukovaných potratů ze zdravotních důvodů v roce 2014 poprvé překonal dvacetiprocentní hodnotu (20,2 %). Ve sledovaném období měl tento podíl rozkolísaný vývoj, nicméně tendence směrem k růstu podílu byla zřejmá. Vyšší zastoupení UPT ze zdravotních důvodů zřejmě vychází z častějších komplikací těhotenství v důsledku nárůstu průměrného věku rodiček.

### 3. Potraty podle věku a analytické indikátory

Rozložení potratů podle věku je výrazně ovlivněno věkovou strukturou žen a počty těhotenství podle věku. V roce 2003 se nejvíce potratů odehrávalo ve věkové skupině 25–29 let (12 293, 29,1 % ze všech potratů), avšak od roku 2006 bývá nejvíce potratů ve věkové kategorii 30–34 let – v roce 2014 šlo o 9 258 potratů (25,1 % z celku). Ve sledovaném období let 2003 až 2014 se větší část potratů přesouvala do starších věkových kategorií. Potraty žen ve věku 35 let a více tvořily v roce 2003 ještě 21,8 % z celkového počtu potratů, o jedenáct let později to bylo již 33,3 %.

V případě indukovaných potratů se věková kategorie 30–34 let stala nejčastější z pohledu realizace UPT už v roce 2005, avšak od roku 2013 se ještě více indukovaných potratů uskutečnilo ve věkové skupině 35–39 let. I u tohoto druhu potratu došlo k posunu jeho provedení do pozdějšího věku, byť méně výrazně než v případě všech potratů. Zatímco v roce 2003 tvořily indukované potraty žen ve věku 35 let a více 23,5 % všech UPT, v roce 2014 šlo o 33,3 %. U indukovaných potratů byly častěji než u celkového počtu zastoupeny ženy v mladším věku do 24 let – v roce 2014 se jednalo o 24,5 % u UPT, oproti tomu o 20,0 % u úhrnu potratů.

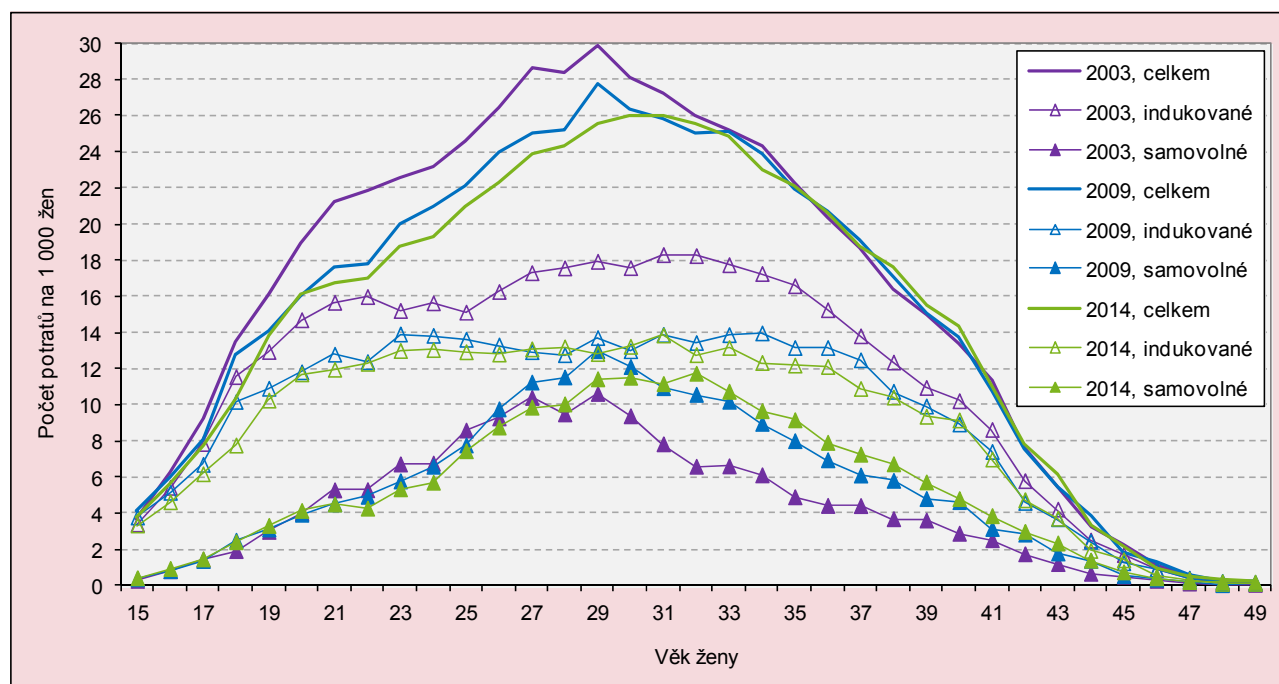
**Tab. 3 Potraty podle druhu potratu a věkové skupiny ženy v letech 2003, 2009 a 2014**

Rok	Počet potratů žen ve věku									
	celkem	-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50+
2003	42 304	46	3 141	8 011	12 293	9 598	6 292	2 617	299	7
2009	40 528	51	2 756	6 317	9 276	11 459	7 560	2 820	275	14
2014	36 956	37	1 900	5 470	7 997	9 258	8 497	3 512	276	9
	indukované potraty									
2003	29 298	43	2 640	5 712	7 498	6 509	4 675	1 993	223	5
2009	24 636	45	2 237	4 413	4 937	6 198	4 770	1 837	192	7
2014	21 893	34	1 472	3 852	4 424	4 825	4 937	2 184	162	3
	samovolné potraty									
2003	11 660	3	481	2 103	4 306	2 695	1 427	572	72	1
2009	14 629	5	507	1 759	3 996	4 785	2 555	936	79	7
2014	13 857	3	401	1 493	3 251	4 042	3 297	1 255	109	6

Samovolné potraty byly naopak v mladších věkových skupinách žen zastoupeny méně často. Například v roce 2014 se ve věku do 25 let uskutečnilo 13,7 % samovolných potratů, přičemž ještě v roce 2003 se jednalo o 22,2 %. Důvod spočívá zejména v odkládání těhotenství do pozdějšího věku, takže výchozí počet těhotenství, které může být ukončeno samovolným potratem, je nižší. Nejčastější věkovou skupinou, kde docházelo k samovolnému potratu, byla do roku 2006 kategorie žen ve věku 25–29 let, od roku 2007 do konce sledovaného období šlo o ženy v rozmezí 30–34 let. U samovolných potratů došlo také k nejdynamičtějšímu posunu zastoupení potratů u žen ve věku 35 let a více. V roce 2003 reprezentovaly 17,8 % případů, v posledním sledovaném roce již 33,7 %.

Rozpoznání posunu intenzity potratovosti lze sledovat z křivek měr potratovosti podle věku. Zatímco v případě indukované potratovosti není patrný posun rozložení měr potratovosti za roky 2003, 2009 a 2014 do vyššího/nížšího věku, ale pouze pokles intenzity mezi rokem 2003 na jedné straně a roky 2009 a 2014 na straně druhé, tak v případě samovolné potratovosti je patrný nárůst měr potratovosti zhruba od věku 30 let. V letech 2003 a 2009 byla nejvyšší intenzita samovolné potratovosti zaznamenána ve věku 29 let, v posledním sledovaném roce to bylo již 32 let. Celkové míry potratovosti jsou váženým průměrem dílčích měr potratovosti podle druhu potratu, takže se v nich více odráží vývoj měr indukované potratovosti. Nejvýznamnější pokles měr potratovosti mezi roky 2003 a 2014 bylo možné pozorovat u žen ve věku 16 až 29 let (v každém věku o více než 10 %), menší potom v případě žen mezi 30 až 35 roky (méně než 10 %) a v případě starších žen lze sledovat spíše nárůst měr celkové potratovosti díky vyšším mírám samovolné potratovosti.



**Graf 3 Míry potratovosti na podle věku ženy a druhu potratu v letech 2003, 2009 a 2014**

Ukazatel úhrnné potratovosti udává, jaký průměrný počet potratů by jedna žena během svého reprodukčního období absolvovala, pokud by byla zachována intenzita potratovosti daného roku. Obdobně je možné tento ukazatel vypočítat pouze za indukované nebo samovolné potraty. Mezi roky 2003 a 2014 se celková úhrnná potratovost snížila z 0,56 na 0,51 potratu, přičemž ale nedocházelo k poklesu každoročně. Opět zde měl vliv vyšší počet těhotenství (a jejich posun do staršího věku), zejména okolo roku 2008, a to obzvláště pro samovolnou potratovost. Úhrnná indukovaná potratovost poklesla ve stejném období z 0,39 na 0,31 indukovaného potratu na jednu ženu a výrazně tak ovlivnila pokles celkové úhrnné potratovosti. Naopak u samovolné potratovosti lze sledovat nárůst z 0,15 na 0,19 samovolného potratu mezi roky 2003 a 2014, přičemž nárůst intenzity byl zaznamenán v období 2003 až 2009, poté následovala stagnace. Hodnoty úhrnné samovolné potratovosti jsou tedy téměř totožné v letech 2009 a 2014, ačkoliv došlo k poklesu absolutního počtu samovolných potratů z 14 629 na 13 857. Tento pokles se ovšem v hodnotách intenzitního ukazatele neprojevil, protože se snížil počet žen v reprodukčním věku.

**Tab. 4 Analytické indikátory potratovosti v letech 2003–2014**

Rok	Úhrnná potratovost			Průměrný věk ženy při potratu		
	celkem	indukovaná	samovolná	celkem	indukovaném	samovolném
2003	0,56	0,39	0,15	29,7	29,7	29,7
2004	0,55	0,37	0,16	29,8	29,8	29,9
2005	0,53	0,35	0,16	29,8	29,6	30,0
2006	0,53	0,34	0,17	30,0	29,7	30,4
2007	0,54	0,34	0,18	29,9	29,6	30,4
2008	0,54	0,34	0,18	29,9	29,5	30,6
2009	0,53	0,33	0,19	30,1	29,7	30,7
2010	0,51	0,32	0,18	30,2	29,7	31,0
2011	0,52	0,32	0,18	30,1	29,7	30,9
2012	0,51	0,31	0,18	30,2	29,7	31,0
2013	0,52	0,32	0,18	30,1	29,5	31,1
2014	0,51	0,31	0,19	30,3	29,7	31,2

Hodnoty průměrného věku ženy při indukovaném potratu se ve sledovaném období příliš neproměnily, když se pohybovaly v rozmezí 29,5–29,8 let a zároveň byly na začátku a na konci období totožné (29,7 let). Celkový průměrný věk při potratu rostl s výjimkou roku 2011 každoročně a z hodnoty 29,7 let v roce 2003

vzrostl na 32,1 v roce 2014. Nárůst celkového průměrného věku při potratu tak byl odrazem posunu průměrného věku ženy při samovolném potratu. Za tímto vývojem lze dohledat vliv nárůstu průměrného věku matky, respektive ženy při těhotenství.

Index indukované potratovosti vztahuje počty umělých přerušení těhotenství k počtu narozených dětí. Udává, kolik UPT připadá na 100 narozených dětí. Hodnoty potratovosti tak nejsou ovlivněny rozdílným počtem těhotenství v jednotlivých letech. Index indukované potratovosti klesl z 31,2 v roce 2003 na 19,9 v roce 2014, klesající trend byl přerušen pouze v letech 2011 a 2013. V téměř všech pětiletých věkových skupinách došlo mezi roky 2003 a 2014 k výraznému poklesu indexu indukované potratovosti. Jedinou výjimkou byla skupina žen ve věku 20–24 let, kde hodnota ukazatele kolísala v rozmezí 27,7–31,3. Výraznější poklesy (60 % a více) byly zaznamenány u žen ve všech pětiletých věkových kategoriích nad 30 let, zatímco ženy mladší 20 let a ve skupině 25 až 29letých měly hodnoty indexu v roce 2014 o zhruba 24 % nižší než na začátku sledovaného období. Česká republika se tak více blíží situaci běžné v západní a severní Evropě, kde jsou indukované potraty častější v mladší populaci žen bez dětí než u alespoň jednou vdaných žen s již naplněnými reprodukčními ambicemi.

Nejnižší úroveň indexu indukované potratovosti (okolo 13 indukovaných potratů na 100 narozených) vykazovaly ženy ve věkových skupinách nejčastější reprodukce (25–29 a 30–34 let). Naopak u nejmladších a nejstarších kategorií byly hodnoty nejvyšší, konkrétně 55 u dívek mladších 20 let a 117 u žen ve věku 45 let a více v roce 2014. Umělé přerušování těhotenství má u těchto skupin obyvatelstva de facto roli „ex-post ochrany“ vůči nechtěnému narození dítěte z pohledu ženy v nevhodném věku, ať již nízkém či naopak vysokém věku, které představuje zdravotní rizika, nebo při již naplněných představách týkajících se počtu dětí.

**Tab. 5 Index indukované potratovosti podle věkové skupiny ženy v letech 2003–2014**

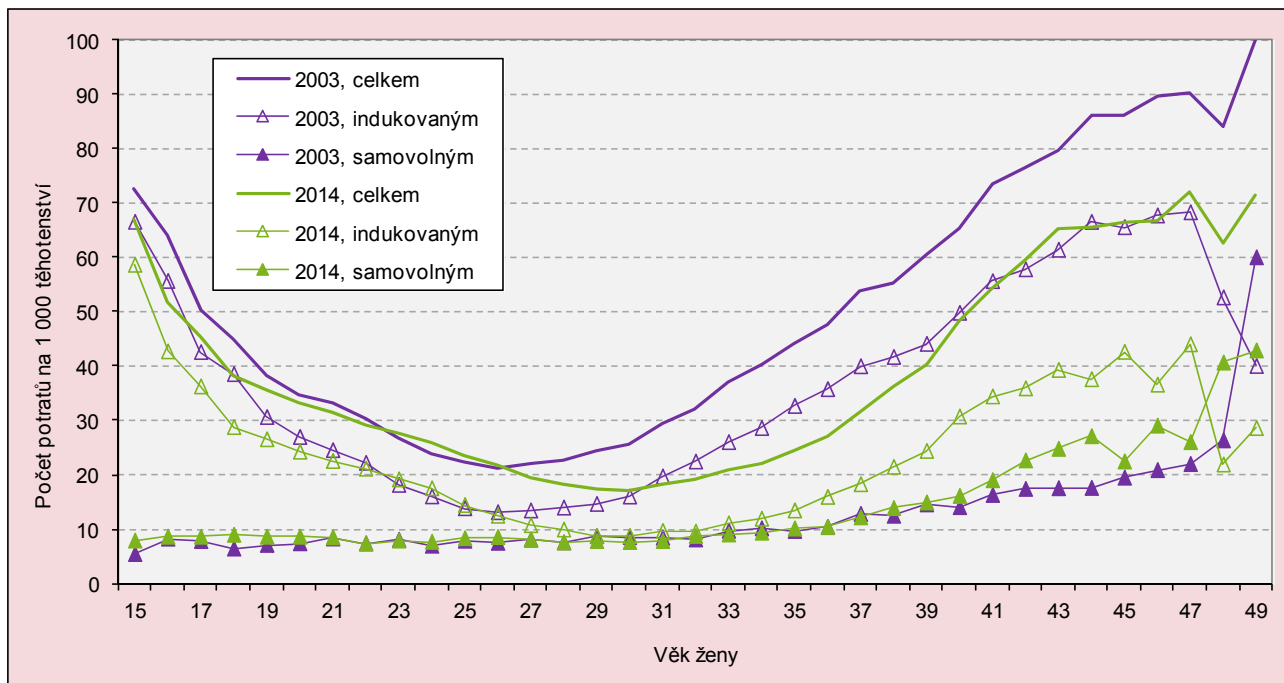
Rok	Počet umělých přerušení těhotenství na 100 narozených dětí u žen ve věku							
	celkem	-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45+
2003	31,2	72,1	28,6	17,8	31,0	77,4	200,1	530,2
2004	28,2	66,5	29,1	15,7	25,7	65,3	176,2	530,0
2005	25,8	69,7	29,2	14,3	21,8	55,8	155,1	385,4
2006	23,9	66,1	29,1	13,5	18,4	48,4	137,5	315,8
2007	22,1	67,3	28,8	12,9	16,1	39,9	115,1	272,3
2008	21,5	68,1	29,3	12,9	14,8	36,0	99,9	288,5
2009	20,8	63,0	27,6	12,9	14,0	33,0	95,8	255,1
2010	20,4	60,6	27,7	13,1	13,3	31,2	89,8	219,3
2011	22,1	63,0	31,3	14,4	14,2	31,5	89,6	179,2
2012	21,1	56,3	30,4	14,2	13,5	29,2	79,4	172,7
2013	21,2	61,1	30,6	14,6	13,2	28,0	71,8	146,0
2014	19,9	54,7	28,7	13,5	12,5	25,3	74,0	117,0

Podíl těhotenství končících potratem byl také nejvyšší v nejmladších a nejstarších věkových kategoriích. V roce 2004 více než v polovině případů skončilo těhotenství potratem u žen v nejmladších věkových kategoriích a u žen starších 40 let. Výrazně se ve sledovaném období snížil podíl těhotenství končících potratem u žen ve věku 27 let a více, u žen ve věku okolo 35 let dokonce téměř o polovinu. Za tímto vývojem stojí zejména pokles zastoupení těhotenství končících UPT v těchto věkových skupinách. Nejnižší hodnoty tohoto ukazatele v roce 2014 byly zaznamenány ve věku okolo 30 let, a to jak v případě všech potratů (zhruba 17 %), tak i pouze u indukovaných potratů (okolo 9 %).

V případě samovolných potratů se podíl takto ukončených těhotenství pohyboval v roce 2014 mezi 7,3–9,3 % až do věku 34 let. Následně s věkem výrazně rostl až k hodnotám okolo 30 % a více ke konci reprodukčního období.



**Graf 4 Podíl těhotenství končících potratem podle věku ženy (v %), 2003 a 2014**



## 4. Potraty podle rodinného stavu a počtu předchozích dětí/potratů

Vývoj počtu potratů podle rodinného stavu ženy je významně ovlivněn měnící se strukturou populace podle rodinného stavu. Zatímco v roce 2003 žilo v Česku 1 294 810 vdaných žen ve věku 15–49 let, tak v roce 2014 to bylo již jen 1 075 666. Naopak přibýlo svobodných žen z 934 003 na 1 109 311 ve stejném období a to se projevilo i ve struktuře žen při potratu podle rodinného stavu. Vdané ženy tak již nejsou subpopulací s nejvyšší četností všech potratů nebo indukovaných potratů jako na počátku sledovaného období. V případě samovolných potratů ovšem stále zůstávají dominantní kategorií, protože samovolný potrat je obvyklejší ve vyšším věku ženy, kde je zastoupení vdaných žen vyšší.

Nejvýznamnější změnou ve sledovaném období byl pokles zastoupení vdaných žen u indukovaných potratů z 49,2 % na 34,1 %, přičemž se snížil i jejich absolutní počet (z 14 404 v roce 2003 na 7 459 v roce 2014). Poklesl i počet a podíl potratů rozvedených a ovdovělých žen. V posledním sledovaném roce tvořily rozvedené 11,1 % a ovdovělé 0,5 % žen, které podstoupily indukovaný potrat. Navzdory celkovému poklesu umělých přerušení těhotenství se zvýšil počet UPT svobodných žen z 10 852 na 11 604 mezi roky 2003 a 2014. Vliv změny struktury žen podle rodinného stavu tak byl výraznější než efekt poklesu celkové indukované potratovosti. Zároveň došlo k výraznému nárůstu zastoupení svobodných žen na uměle přerušovaných těhotenstvích z 37,0 % na 53,0 %.

V případě samovolných potratů došlo k nárůstu počtu případů u svobodných žen z 3 467 v roce 2003 na 5 879 v roce 2014 a jejich zastoupení na celkovém počtu samovolných potratů z 29,7 % na 42,4 %. Stále však byly samovolné potraty svobodných žen méně početné než samovolné potraty vdaných žen, kde nastal pokles z 7 011 na 6 241 případů (tendence vývoje však nebyly po celé období stejné) a podíl vdaných žen se snížil z 60,1 % na 45,0 %. Počty samovolným potratů u rozvedených vzrostly z 1 006 v roce 2003 na 1 215 v roce 2014, přičemž podíl se pohyboval okolo 9 %.

**Tab. 6 Potraty podle druhu potratu a rodinného stavu ženy v letech 2003, 2009 a 2014**

Rok	Rodinný stav ženy						
	celkem	svobodná	vdaná	rozvedená	ovdovělá	družka	nezjištěno
2003	42 304	14 662	22 233	4 830	288	85	206
2009	40 528	16 822	18 297	4 539	209	77	584
2014	36 956	17 999	14 214	3 766	183	106	688
indukované potraty							
2003	29 298	10 852	14 404	3 668	217	69	88
2009	24 636	11 271	9 873	3 067	138	58	229
2014	21 893	11 604	7 459	2 433	114	63	220
samovolné potraty							
2003	11 660	3 467	7 011	1 006	62	13	101
2009	15 892	5 551	8 424	1 472	71	19	355
2014	13 857	5 879	6 241	1 215	62	37	423

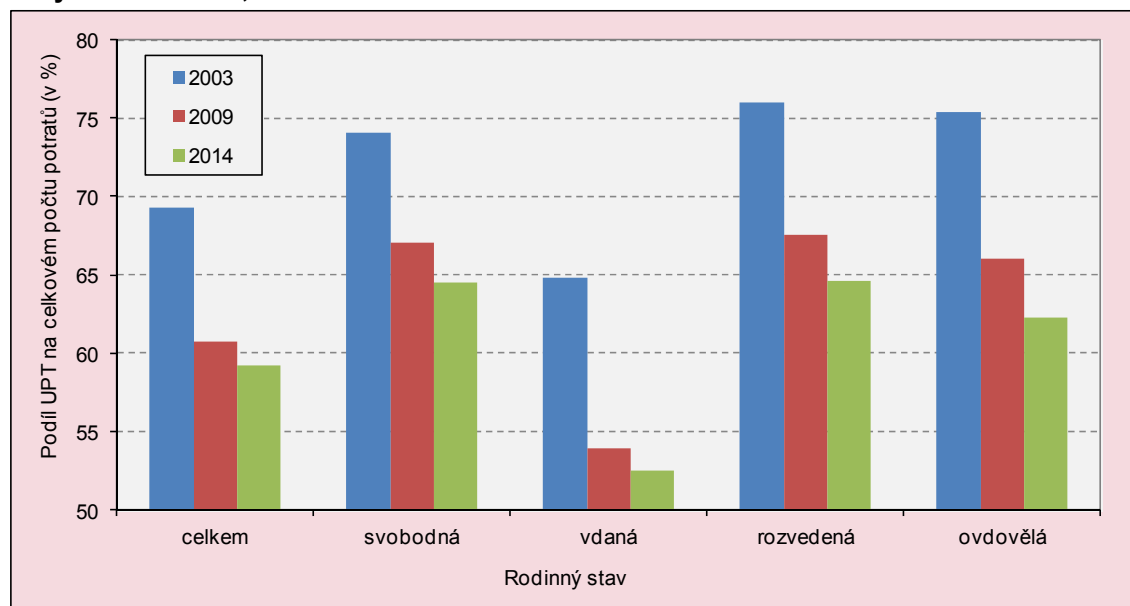
Pozn.: ÚZIS používá rozšířený číselník kategorií rodinného stavu.

Vývoj celkového počtu potratů podle rodinného stavu byl výslednicí trendů u výše popsaných dvou dominantních druhů potratů. V případě svobodných a vdaných žen byly tendence vývoje obdobné jako u indukovaných potratů. Potraty svobodných žen vzrostly z 14 662 na 17 999 a jejich zastoupení z 34,7 % na 48,7 % mezi roky 2003 a 2014. Naopak v případě vdaných žen byl zaznamenán pokles z 22 233 na 14 214, neboli z 52,6 % na 38,5 % v relativním vyjádření za stejné období. Odlišné tendence vývoje podle druhu potratu byly pozorovány v případě rozvedených žen, nicméně vliv poklesu indukovaných potratů převážil, a tak se jejich počet snížil z 4 830 na 3 766 v období 2003–2014. Podíl rozvedených žen na potratech poklesl pouze mírně z 11,4 % na 10,2 %.



Kromě zastoupení žen určitého rodinného stavu na jednotlivých druzích potratu, lze pro popis struktury potratů podle rodinného stavu žen využít i přístup odlišný, tedy podíl potratů určitého druhu na všech potratech u žen daného rodinného stavu. Výsledky pak nejsou ovlivněny změnou v počtu žen podle rodinného stavu. Vyšší podíl indukovaných potratů byl typičtější pro svobodné, rozvedené a ovdovělé ženy. V roce 2003 se v případě všech tří rodinných stavů jednalo o hodnotu okolo 75 %, zatímco v roce 2014 už pouze o rozmezí 62–65 %. Méně časté byly UPT u vdaných žen, přičemž i zde došlo k poklesu podílu z 64,8 % na 52,5 %.

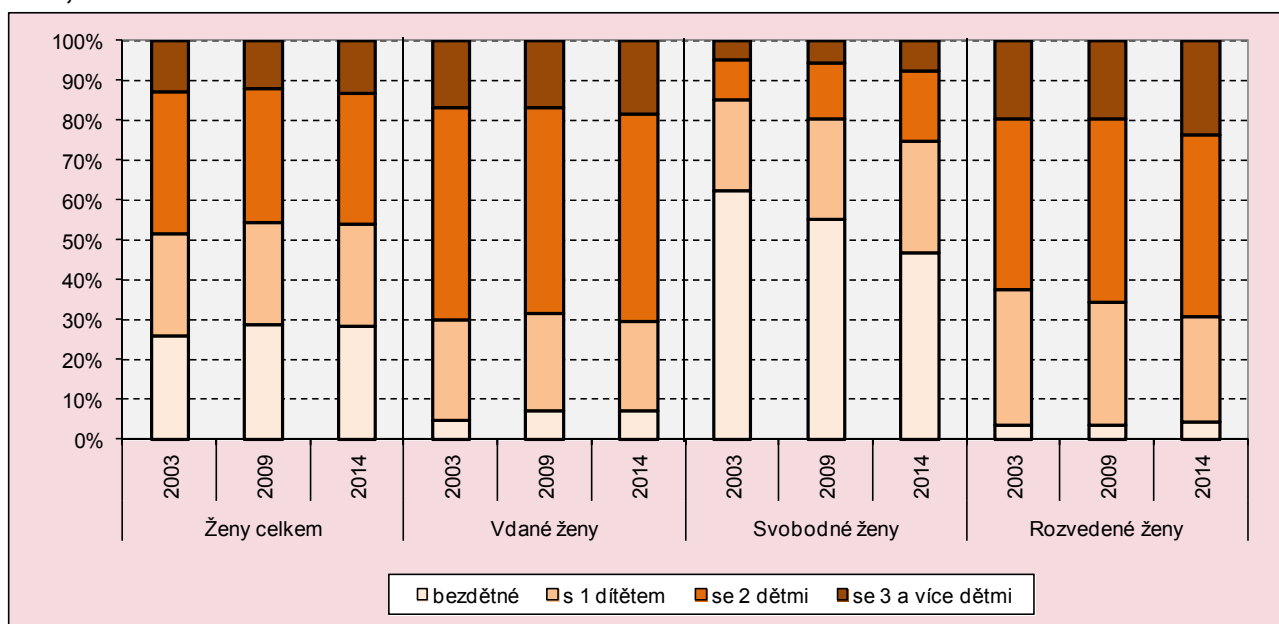
**Graf 5 Podíl indukovaných potratů na celkovém počtu potratů podle rodinného stavu ženy v letech 2003, 2009 a 2014**



Umělá přerušení těhotenství jsou výrazně diferencována i podle počtu živě narozených dětí do doby potratu. Dlouhodobě nejčastěji UPT podstupují ženy s dvěma dětmi, v roce 2014 šlo o 7 169 případů (32,7 % ze všech UPT). Právě u této skupiny nicméně docházelo k nejvýraznějšímu poklesu počtu případů, protože v roce 2003 se jednalo o 10 493 indukovaných potratů, které tvořily 35,8 % všech UPT. I u ostatních subpopulací žen podle počtu dětí se absolutní počty indukovaných potratů snižovaly. Druhé nejčastější zastoupení měly v roce 2014 ženy bezdětné se zastoupením 28,3 %, které byly následovány ženami s jedním dítětem (25,7 %) a třemi nebo více dětmi (13,2 %).

V kombinaci počtu živě narozených dětí a rodinného stavu tvořily na začátku sledovaného období nejčetnější skupinu žen, které prodělaly indukovaný potrat, vdané ženy se dvěma dětmi (26,2 % ze všech indukovaných potratů v roce 2003), avšak na konci období to byly již svobodné bezdětné ženy (24,9 % v roce 2014). Mezi vdanými ženami absolvovaly umělé přerušování těhotenství v roce 2014 nejčastěji stále ženy se dvěma dětmi (3 889), které byly následovány ženami s jedním (1 664), třemi a více dětmi (1 366) a žádným dítětem (540). Ve zkoumaném rozmezí let se snížilo zastoupení žen s jedním nebo dvěma dětmi, naopak narostlo u bezdětných a v případě žen s vyšším počtem dětí než dvě. U svobodných žen dominovaly UPT u subpopulace bezdětných žen po celé sledované období, byť jejich zastoupení pokleslo z 62,3 % v roce 2003 na 47,0 % v roce 2014, zatímco podíl žen, které již dříve porodily živě narozené dítě, vzrostl z 37,7 % na 53,0 %.

**Graf 6 Umělá přerušena těhotenství podle rodinného stavu ženy a počtu živě narozených dětí v letech 2003, 2009 a 2014**

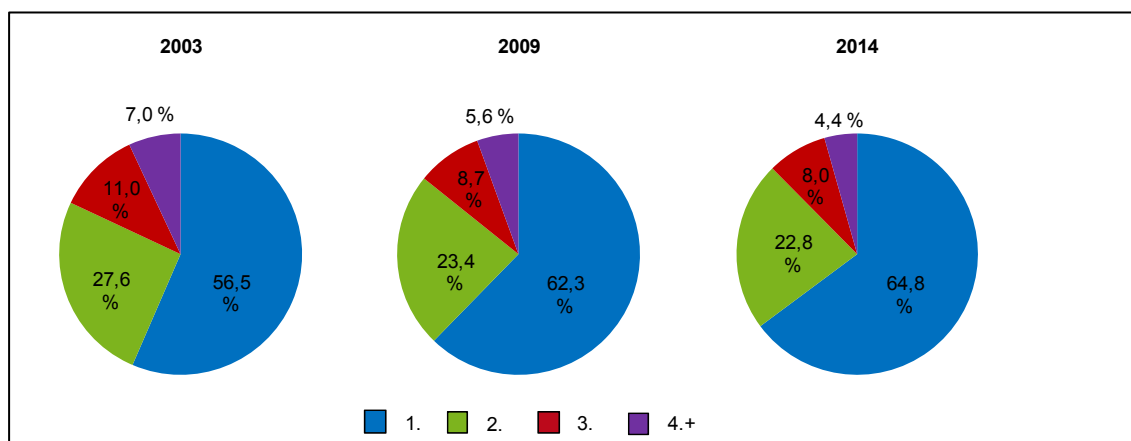


Umělé přerušena těhotenství se týká nejčastěji žen, které ho nikdy před tím neabsolvovaly. Jejich zastoupení navíc v čase roste – indukovaných potratů prvního pořadí bylo 56,5 % ze všech UPT v roce 2003 a v roce 2014 již 64,4 %. Podíl žen, které již nějaké UPT prodělaly, ve sledovaném období naopak klesl. S rostoucím pořadím zákroku zastoupení na všech UPT klesá. Indukovaných potratů druhého pořadí bylo 22,8 %, třetího 8,0 % a čtvrtého a vyššího 4,4 % v roce 2014. Navíc s vyšším pořadím zákroku došlo mezi roky 2003 a 2014 k výraznějšímu poklesu. Zatímco v případě prvního pořadí zákroku šlo pouze o 14,3% pokles, tak u třetího již o 45,8% a u vyšších pořadí dokonce o nadpoloviční pokles.

**Tab. 7 Umělá přerušena těhotenství podle pořadí zákroku v letech 2003, 2009 a 2014**

Rok	Pořadí zákroku					
	celkem	1.	2.	3.	4.	5.+
2003	29 298	16 560	7 455	3 237	1 236	810
2009	24 636	15 351	5 775	2 139	804	567
2014	21 893	14 190	4 986	1 755	581	381
		vdané ženy				
2003	14 404	7 408	4 084	1 811	681	420
2009	9 873	5 803	2 505	976	354	235
2014	7 459	4 840	1 699	614	195	111

**Graf 7 Umělá přerušena těhotenství podle pořadí zákroku v letech 2003, 2009 a 2014**





I v případě vdaných byly nejčastější zákroky prvního pořadí a s rostoucím pořadím UPT klesalo jejich zastoupení. V posledním sledovaném roce bylo zastoupení UPT daného pořadí prakticky totožné u vdaných žen jako u všech žen bez rozlišení rodinného stavu. Na začátku zkoumaného období však vdané ženy vykazovaly častější zastoupení opakovaných zákroků, než bylo typické u všech žen.

## 5. Potraty podle vzdělání a státního občanství

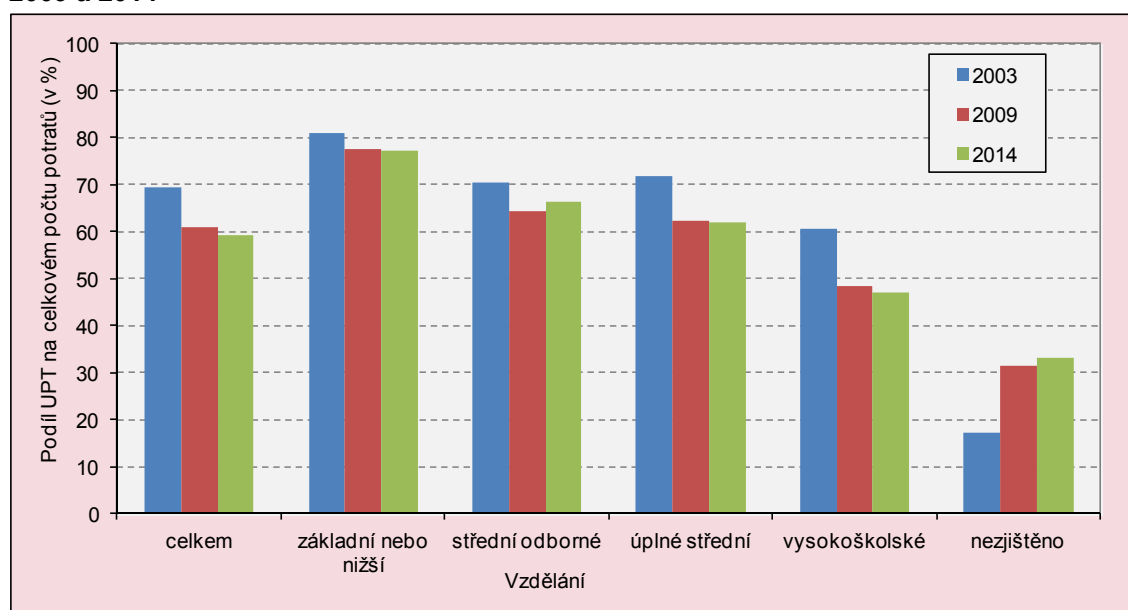
Mění se vzdělanostní struktura české populace a nárůst případů nezjištěného vzdělání ženy u potratu ztěžuje porovnání potratů podle nejvyššího ukončeného vzdělání. Vzhledem k nárůstu subpopulace s vysokoškolským vzděláním se právě tato skupina stala jedinou, pokud uvažujeme pouze zjištěné vzdělání, kde počet potratů podle úrovně vzdělání ve sledovaném období narostl (z 2 859 v roce 2003 na 5 111 v roce 2014). Počet potratů u žen se středním odborným vzděláním poklesl nejvýrazněji a to z 14 973 na 8 848 mezi roky 2003 a 2014. Ženy s úplným středním vzděláním nahradily předchozí jmenovanou skupinu na pozici skupiny s nejvyšším počtem potratů (12 472 v roce 2014). Množství potratů u žen s nejnižší úrovní vzdělání se snižovalo také poměrně výrazně z 8 594 v roce 2003 na 5 474 v posledním sledovaném roce.

V případě indukovaných potratů se skupinou žen s nejčtenějším zastoupením tohoto druhu potratu staly ženy s úplným středním vzděláním, zatímco na počátku období šlo o ženy se středním odborným vzděláním. Stejně jako u potratů celkem, tak i u indukovaných potratů početně rostla vysokoškolská kategorie mezi roky 2003 a 2014 (a také nezjištěno). Mezi UPT byla častěji zastoupena skupina žen se základním vzděláním (19,3 % v roce 2014 oproti 14,8 % ve stejném roce u potratů celkem), o něco vyšší podíl UPT se týkal žen se středním odborným vzděláním (26,8 % ve srovnání s 23,9 % u všech potratů) a s úplným středním vzděláním (35,3 % z UPT vůči 33,7 % ze všech potratů). Oproti tomu vysokoškolsky vzdělané ženy měly u indukovaných potratů nižší zastoupení (11,0 % vs. 13,8 %).

**Tab. 8 Potraty podle vzdělání a druhu potratu v letech 2003, 2009 a 2014**

Rok	Potraty					
	celkem	základní nebo nižší	střední odborné	úplné střední	vysokoškolské	nezjištěno
2003	42 304	8 594	14 973	13 478	2 859	2 400
2009	40 528	6 924	11 747	13 698	3 853	4 306
2014	36 956	5 474	8 848	12 472	5 111	5 051
	indukované potraty					
2003	29 298	6 942	10 542	9 670	1 735	409
2009	24 636	5 376	7 532	8 522	1 857	1 349
2014	21 893	4 230	5 865	7 720	2 401	1 677

**Graf 8 Podíl indukovaných potratů na celkovém počtu potratů podle vzdělání ženy v letech 2003, 2009 a 2014**



Nižší zastoupení indukovaných potratů u vysokoškolsky vzdělané populace dokládá i nejnižší podíl indukovaných potratů na celkovém počtu potratů. V roce 2014 se jednalo o 47,0 %, ve srovnání s rokem 2003 o 13,7 p. b. méně, což byl nejvýraznější pokles ze všech vzdělanostních skupin. S rostoucí úrovní vzdělání tento podíl klesal. U žen se základním vzděláním nebo nižším dosahoval 77,3 % v roce 2014 a v porovnání s rokem 2003 klesl o pouhých 3,5 p.b. Inklinace žen s nižší úrovní vzdělání k ukončení nechtěného těhotenství pomocí umělého přerušování těhotenství je tak značně vyšší než u vzdělanějších žen.

Vývoj počtu potratů cizinek v Česku mezi roky 2003 a 2014 neměl jednoznačný trend. Množství potratů této skupiny žen je zejména ovlivněno počtem cizinců na našem území, jejich pohlavně-věkovou strukturou a zemí původu, kde se postojí vůči indukovaným potratům mohou lišit. Ve sledovaném období se počet potratů žen s cizím státním občanstvím pohyboval mezi 1 995 (v roce 2014) až 3 252 (2008). Podíl samovolných potratů ze všech potratů byl v případě cizinek nižší než v celé populaci (29,7 % vs. 37,4 % v roce 2014). Ve sledovaném období podíl samovolných potratů vzrostl z 16,0 % v roce 2003. Naopak vyšší bylo zastoupení UPT (68,4 % oproti 59,2 % v roce 2014), které ovšem kleslo z 81,8 % na začátku zkoumaného období. Podíl potratů žen s cizím státním občanstvím na všech potratech tvořil 5,3 % v roce 2014, zatímco v případě indukovaných potratů šlo o 6,1 %.

**Tab. 9 Potraty žen s cizím státním občanstvím v letech 2003–2014**

	2003	2006	2009	2012	2013	2014
<b>Potraty celkem</b>	2 660	2 285	3 020	2 319	2 171	1 955
v tom: samovolné potraty	425	489	698	599	608	581
indukované potraty	2 176	1 744	2 268	1 659	1 494	1 337
v tom: miniinterrupce	1 750	1 378	1 732	1 237	1 121	952
jiné legální UPT	426	366	536	422	373	385
ostatní	4	-	-	-	-	-
ukončení mimoděložních těhotenství	55	52	54	61	69	37
Podíl samovolných potratů (%)	16,0	21,4	23,1	25,8	28,0	29,7
Podíl indukovaných potratů (%)	81,8	76,3	75,1	71,5	68,8	68,4
z nich ze zdravotních důvodů (%)	7,9	8,9	8,2	11,6	14,2	15,3
Podíl potratů cizinek ze všech potratů (%)	6,3	5,7	7,5	6,1	5,8	5,3
Podíl indukovaných potratů cizinek z ind. potr. (%)	7,4	6,9	9,2	7,2	6,6	6,1

## 6. Územní rozdíly indukované potratovosti

Regionální rozdíly v úrovni potratovosti jsou popsány pouze za indukovanou potratovost, protože odráží rozdílný charakter reprodukčního chování v jednotlivých územních jednotkách, zatímco regionální rozložení samovolné potratovosti je důsledkem biologické podmíněnosti a je výrazně méně diferencované. Hodnoty úhrnné indukované potratovosti byly vypočítány za tříletá období za kraje i okresy, aby byl eliminován vliv náhody a případné výkyvy v hodnotách ukazatele. Ve všech sledovaných obdobích dosahovaly nejnižší intenzity indukované potratovosti kraje Pardubický, Vysočina a Zlínský. Ženy v těchto krajích tak spíše zastávají hodnoty, které častěji odporují ukončení těhotenství formou umělého přerušeni, případně jsou úspěšnější v prevenci nechtěného těhotenství. Vysoké hodnoty indukované potratovosti lze ve všech období nalézt v Karlovarském a Ústeckém kraji, s určitým odstupem za nimi byl Liberecký kraj. Územní obraz indukované potratovosti na krajské úrovni tak byl ve sledovaném období poměrně stálý. Podstatněji se změnilo pouze postavení Hlavního města Prahy, které dosahovalo v obdobích 2003–2005 a 2006–2008 nadprůměrných hodnot úhrnné indukované potratovosti, zatímco v dalších dvou tříletých obdobích se nacházelo na úrovni celorepublikové hodnoty.

**Tab. 10 Úhrnná indukovaná potratovost podle krajů v letech 2003–2014<sup>1)</sup>**

Kraj	2003–2005	2006–2008	2009–2011	2012–2014
ČR	0,37	0,34	0,32	0,31
Hlavní město Praha	0,41	0,37	0,33	0,31
Středočeský kraj	0,38	0,35	0,35	0,33
Jihočeský kraj	0,36	0,31	0,31	0,32
Plzeňský kraj	0,43	0,37	0,34	0,33
Karlovarský kraj	0,52	0,47	0,42	0,41
Ústecký kraj	0,52	0,48	0,47	0,44
Liberecký kraj	0,44	0,39	0,39	0,39
Královéhradecký kraj	0,42	0,37	0,34	0,34
Pardubický kraj	0,28	0,24	0,23	0,22
Kraj Vysočina	0,30	0,27	0,23	0,23
Jihomoravský kraj	0,32	0,30	0,27	0,28
Olomoucký kraj	0,31	0,27	0,27	0,28
Zlínský kraj	0,26	0,24	0,25	0,24
Moravskoslezský kraj	0,34	0,33	0,32	0,30

1) Hodnota úhrnné indukované potratovosti byla vypočítána za tříletá období.

Regionální obraz úhrnné indukované potratovosti zůstal velice podobný i na okresní úrovni. Okresy s nejvyššími hodnotami ukazatele se obvykle nacházely v severních a severozápadních Čechách, naopak nízká intenzita umělé potratovosti byla typická pro oblast tvořící historickou hranici mezi Čechy a Moravou a jihovýchodní Moravu. V 73 ze 77 okresů došlo ve srovnání období 2003–2005 a 2012–2014 k poklesu úrovně úhrnné indukované potratovosti. Výjimku tvořily pouze okresy Mladá Boleslav a Jindřichův Hradec (hodnota nižší zhruba o 15 %), Olomouc (o 3 %) a Břeclav spolu se Znojmem (stejná úroveň indukované potratovosti). Okresy s největším poklesem (větším než 30 %) byly Pelhřimov, Chrudim, Havlíčkův Brod, Hradec Králové, Prachatice a Plzeň-sever (seřazeno od okresu s největším k nejmenšímu poklesu).

Okres Teplice dosahoval v celém sledovaném období nejvyšší úrovně úhrnné indukované potratovosti. Mezi další okresy s nejvyššími hodnotami patřily Cheb, Chomutov, Ústí nad Labem a Most. Na druhé straně pomyslného žebříčku se potom nacházel okres Pardubice s nejnižší intenzitou umělé potratovosti v celém rozmezí let 2003 až 2014. Ženy s bydlištěm v okresech Žďár nad Sázavou, Brno-venkov, Chrudim, Uherské Hradiště a Třebíč patřily mezi ty s nejnižšími hodnotami úhrnné indukované potratovosti. V čase docházelo ke snižování okresní diferenciace v úrovni tohoto ukazatele. Zatímco v období 2003–2005 činil rozdíl mezi maximální a minimální hodnotou 0,47 UPT na jednu ženu, tak v období 2012–2014 to bylo již pouze 0,31



UPT na jednu ženu. Směrodatná odchylka souboru okresů poklesla ve stejném období z 0,09 na 0,07, což je další důkaz vzájemného přibližování okresů z pohledu intenzity indukované potratovosti.

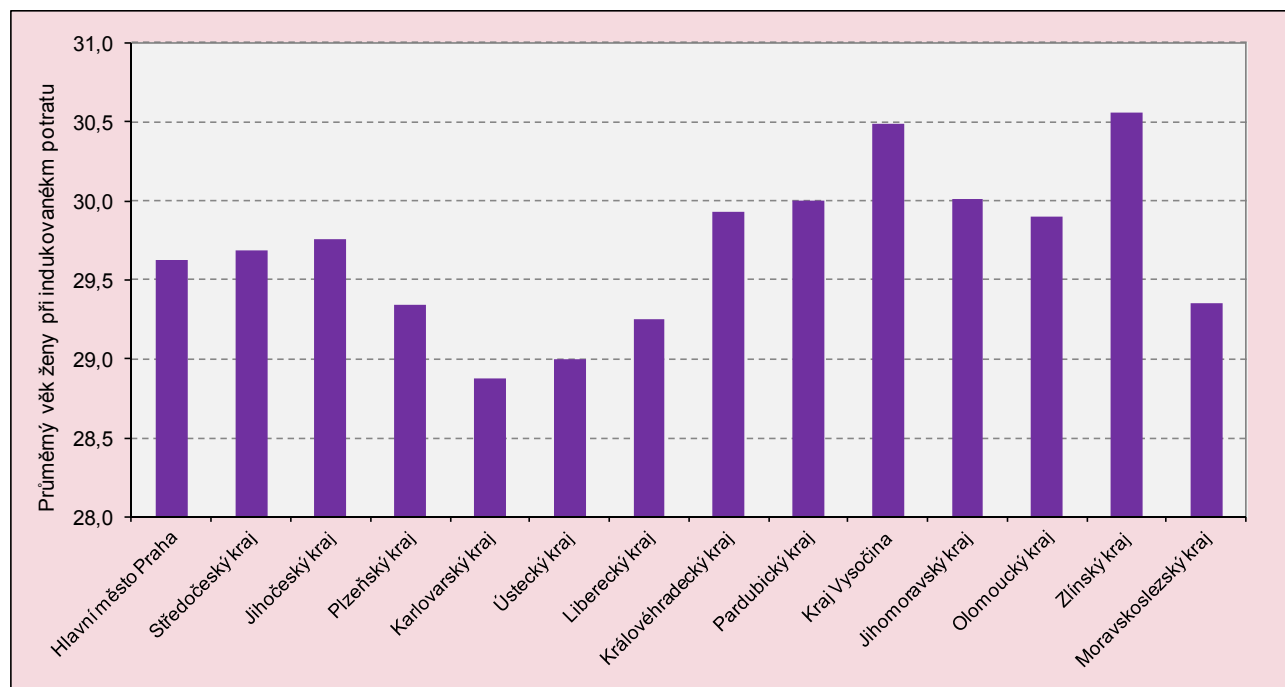
**Tab. 11 Okresy s nejvyššími a nejnižšími hodnotami úhrnné indukované potratovosti v letech 2003–2014<sup>1)</sup>**

2003–2005		2006–2008		2009–2011		2012–2014	
Okres	Hodnota	Okres	Hodnota	Okres	Hodnota	Okres	Hodnota
Nejvyšší hodnoty							
Teplice	0,68	Teplice	0,61	Teplice	0,57	Teplice	0,49
Cheb	0,60	Cheb	0,55	Ústí nad Labem	0,51	Cheb	0,47
Most	0,54	Ústí nad Labem	0,51	Chomutov	0,50	Most	0,47
Chomutov	0,53	Chomutov	0,50	Cheb	0,48	Louny	0,44
Ústí nad Labem	0,52	Děčín	0,48	Český Krumlov	0,46	Chomutov	0,44
Nejnižší hodnoty							
Pardubice	0,22	Pardubice	0,20	Pardubice	0,18	Pardubice	0,18
Žďár nad Sázavou	0,23	Vsetín	0,21	Brno-venkov	0,21	Chrudim	0,20
Uherské Hradiště	0,24	Brno-venkov	0,22	Třebíč	0,21	Žďár nad Sázavou	0,21
Brno-venkov	0,25	Chrudim	0,23	Uherské Hradiště	0,22	Třebíč	0,21
Frýdek-Místek	0,26	Žďár nad Sázavou	0,23	Žďár nad Sázavou	0,22	Havlíčkův Brod	0,22

1) Hodnota úhrnné indukované potratovosti byla vypočítána za tříletá období.

Hodnoty úhrnné indukované potratovosti pro všechny okresy a kartogramy vizuálně znázorňující vývoj územního obrazu tohoto ukazatele na úrovni okresů jsou součástí přílohové části publikace.

**Graf 9 Průměrný věk ženy při indukovaném potratu v období 2012–2014<sup>1)</sup>**



1) Hodnota průměrného věku ženy při indukovaném potratu byla vypočítána za tříleté období z měř indukované potratovosti podle věku.

Průměrný věk ženy při indukovaném potratu se v letech 2003–2014 výrazně nezměnil nejen na celorepublikové, ale ani na krajské úrovni. Mezi kraji navíc neexistovaly tak výrazné rozdíly jako v případě úhrnné indukované potratovosti. V období 2012–2014 byla nejvyšší hodnota tohoto ukazatele ve Zlínském kraji (30,6 let), Kraji Vysočina (30,5 roku), Jihomoravském (30,0 roku) a Pardubickém kraji (30,0 let). Naopak nejnižší průměrný věk ženy při indukovaném potratu byl zaznamenán v Karlovarském (28,9 let), Ústeckém (29,0 let) a Libereckém kraji (29,2 let). Vyšší hodnoty průměrného věku se tak nacházely v krajích se spíše nižší hodnotou úhrnné indukované potratovosti a naopak.



## 7. Mezinárodní srovnání indukované potratovosti

Srovnání Česka s jinými zeměmi v kontextu úrovně indukované potratovosti je ztíženo špatnou dostupností srovnatelných dat. Některé státy údaje o potratech neevidují vůbec, což platí obzvláště pro země, kde je umělé přerušování těhotenství zakázáno nebo významně omezeno. Zároveň existují mezi státy významné legislativní a metodologické odlišnosti v definici potratu, případně indukovaného potratu. Jako zdroj důvěryhodných a srovnatelných údajů bude v této části analýzy sloužit databáze Eurostatu, srovnání tedy bude omezeno na Evropu. Pro porovnání úrovně potratovosti jednotlivých států byl vypočítán index potratovosti, který vztahuje počet indukovaných potratů k počtu živě narozených dětí v daném roce, v praxi k 100 živě narozených dětí. Ukazatel tak vlastně udává, jak často se těhotná žena rozhodne pro umělé přerušování těhotenství.

**Tab. 12 Index indukované potratovosti<sup>1)</sup> v evropských zemích v letech 2003–2013**

Země	2003	2006	2009	2010	2011	2012	2013
Arménie	.	29,6	31,1	.	.	.	.
Ázerbajdžán	.	14,0	16,1	16,2	.	17,8	16,2
Belgie	13,7	.	14,8	14,7	15,2	.	.
Bělorusko	.	60,5	32,9	.	29,3	24,7	26,4
Bulharsko	71,3	50,4	41,7	41,8	44,8	43,4	44,3
Česko	31,3	24,0	20,8	20,5	22,1	21,2	21,3
Dánsko	24,1	23,2	.	.	.	.	27,0
Estonsko	.	.	47,8	44,7	45,4	43,1	42,7
Finsko	19,0	18,1	17,3	16,8	17,5	16,9	17,4
Francie	27,1	.	.	.	.	.	.
Gruzie	.	44,4	38,4	40,9	52,7	.	.
Chorvatsko	14,9	11,4	10,0	8,7	10,6	8,5	7,9
Island	23,0	19,6	19,3	.	21,6	.	.
Itálie	22,8	22,5	20,2	20,0	20,1	19,3	.
Litva	38,4	32,2	24,9	22,8	20,5	19,8	17,9
Lotyšsko	68,6	51,7	40,3	37,6	37,7	31,1	27,0
Maďarsko	56,8	46,4	44,8	44,8	43,7	40,0	39,0
Moldavsko	.	.	.	36,5	.	37,6	.
Německo	18,1	17,8	16,6	16,3	16,4	15,9	15,1
Norsko	24,6	24,1	.	.	.	.	.
Polsko	0,0	0,1	.	0,2	0,2	0,2	0,2
Portugalsko	0,5	1,2	18,0	17,0	17,9	.	.
Rumunsko	105,8	68,5	52,2	48,0	52,7	43,7	47,4
Rusko	.	95,1	73,4	.	.	.	.
Slovensko	31,4	26,4	21,6	20,8	19,4	20,2	20,3
Slovinsko	39,7	29,7	21,3	19,4	.	18,7	.
Španělsko	18,1	21,1	22,6	23,3	25,2	24,8	.
Švédsko	34,8	34,0	33,6	32,6	.	.	.
Švýcarsko	.	.	12,9	13,3	13,2	12,8	12,3
Ukrajina	.	49,9	.	35,5	.	29,4	.
Velká Británie	27,9	27,6	25,6	25,1	25,1	24,3	.

1) Počet indukovaných potratů na 100 živě narozených dětí.

Zdroj: Eurostat database

V zemích bývalého východního bloku byla legislativa umožňující provedení umělých přerušování těhotenství implementována v době, kdy ještě nebyly dostupné moderní antikoncepční prostředky, což vedlo k vysokým hodnotám umělé potratovosti (např. v 60. letech v Estonsku okolo 200 UPT na 100 narozených dětí). Vzhledem k častým změnám legislativy v důsledku změn populačních politik také docházelo k podstatným výkyvům ve vývoji umělé potratovosti. Ještě před zhruba deseti lety se v některých východoevropských zemích tyto hodnoty pohybovaly na úrovni 70 a více UPT na 100 narozených dětí (Rumunsko, Bulharsko, Lotyšsko). Oproti tomu postupná liberalizace legislativy v zemích západního bloku proběhla obvykle až

v době, kdy antikoncepční prostředky umožňující plánované rodičovství byly již k dispozici. V těchto státech tak indukovaná potratovost nikde nedosáhla tak vysokých hodnot jako ve východní Evropě, kde se moderní formy antikoncepce začaly častěji využívat až po pádu komunistických režimů.

Česku se z pohledu vývoje hodnot a úrovně indexu indukované potratovosti nejvíce podobá Slovensko, kde byla v období let 2003–2013 úroveň indexu téměř shodná. Obdobných hodnot dosahovaly i Litva a Slovinsko, kde byla na počátku sledovaného období úroveň indukované potratovosti vyšší, avšak na konci se už dostala pod hodnoty v Česku i na Slovensku. Další země bývalého východního bloku vykazovaly spíše vyšší hodnoty indexu. Ze států, za které je dostupná kompletní nebo téměř kompletní časová řada ukazatele, byla v Rumunsku úroveň indukované potratovosti nejvyšší, byť hodnota indexu klesla z 105,8 v roce 2003 na 47,4 v roce 2013. Mezi ostatní státy s vysokou hodnotou indexu patřily Bulharsko, Estonsko, Gruzie, Lotyšsko, Maďarsko a Rusko. Převážně muslimský Ázerbájdžán vykazoval nízkou úroveň indukované potratovosti, stejně jako konzervativní Polsko, kde jsou na indukované potraty uvaleny značné legislativní restriktce (povoleny jsou pouze v případě znásilnění, vážného poškození plodu nebo ohrožení života matky).

Ke zdrženlivějším z pohledu využívání umělých přerušení těhotenství patří tradičně ženy ze států jižní Evropy. Nižší hodnoty indexu proto byly zaznamenány v Chorvatsku, Itálii, Portugalsku a Španělsku, nicméně čísla z posledních let za Itálii a Španělsko už byla velmi podobná hodnotám za Česko. Na Maltě jsou potraty úplně zakázány a jejich provedení je trestné. V zemích západní a severní Evropy jsou indukované potraty obvykle méně časté než v Česku. Hodnoty indexu za Belgii, Finsko, Island, Německo nebo Švýcarsko se obvykle pohybovaly mezi 10 a 20. Zatímco ve Velké Británii je úroveň indexu indukované potratovosti vyšší (okolo 25) než v jiných zemích západní Evropy, tak v sousedním Irsku jsou povoleny umělé potraty pouze v případě, že je ohrožen život matky.





## 8. Závěr

Nejvýznamnějším rysem vývoje potratovosti v České republice za posledních dvanáct let byl pokračující pokles počtu i intenzity umělých přerušení těhotenství, což se následně přeneslo i do snížení celkového počtu potratů a potratovosti obecně. Z hlediska absolutních počtů byly indukované potraty nejčastější ve věcích ženy, kdy nejběžněji dochází k reprodukci, avšak při porovnání s počtem narozených dětí (index indukované potratovosti) byly UPT více typické v nejmladších a nejstarších věcích reprodukčního období. Větší pokles indexu byl ve sledovaném období zaznamenán u starších žen ve věku 35 let a více, zatímco u mladších žen do 25 let byl mnohem méně výrazný. Tento fakt a další charakteristiky o vývoji počtu indukovaných potratů podle rodinného stavu a počtu živě narozených dětí indikovaly, že se Česká republika přibližuje stavu typickému spíše v západní Evropě, kde jsou umělá přerušení těhotenství běžnější mezi mladými, svobodnými ženami bez dětí, které tak reagují na nechtěné početí, jež by zhoršilo možnost realizace jejich životních plánů. Naopak indukované potraty u starších, vdaných žen s naplněnými reprodukčními ambicemi byly typické spíše pro východní Evropu včetně bývalého Československa, kde nebyly moderní antikoncepční prostředky tak rozšířené. V posledních letech už nejsou UPT u této subpopulace v České republice tak časté.

Česká republika se nyní řadí mezi země s liberální potratovou legislativou a dostupnými moderními antikoncepčními prostředky. UPT již běžně neslouží jako náhrada antikoncepce, proto se ve zkoumaném období analýzy nacházela v evropském prostoru mezi státy s průměrnou úrovní indexu indukované potratovosti. Prostor pro další snižování při zachování stávající legislativy však zcela určitě existuje.

V případě územních rozdílů indukované potratovosti v rámci republiky se mezi roky 2003 a 2014 rozdílly na krajské i okresní úrovni snížily. Regionální obraz zůstal ve sledovaném období podobný při téměř univerzálním poklesu intenzity indukované potratovosti, jejíž hodnoty byly nejvyšší v severních a severozápadních Čechách a nejnižší v oblasti hranic Čech a Moravy a na jihovýchodní Moravě.

Negativním jevem vývoje potratovosti byl spíše rostoucí trend intenzity samovolné potratovosti. Některé ukazatele (např. úhrnná samovolná potratovost) jsou sice ovlivněny vyšším počtem těhotenství zejména ve vyšším věku, avšak jiné (podíl těhotenství ukončených samovolným potratem) indikovaly mírný nárůst samovolné potratovosti. Vzhledem k růstu průměrného věku matky a faktu, že s rostoucím věkem matky se zvyšuje riziko samovolného potratu, nebyl ovšem nárůst samovolné potratovosti příliš intenzivní – pravděpodobně díky moderním lékařským metodám i osvětě v oblasti zdravého životního stylu matky v době těhotenství.