

ZDRAVOTNÍ STAV STARŠÍCH OSOB NAPŘÍČ EVROPOU

HEALTH CONDITION OF OLDER PEOPLE IN EUROPE

Martina Šimková, Jaroslav Sixta

Abstract

The prolongation of human life and the resulting increase in the share of older people in society brings the question if this improvement of mortality rates leads not only to an increase in the number of years of the life but also about the quality of life. The life quality significantly depends on the individual! health condition. For older people, there are more frequent limitations on day-to-day activities, in some cases assistance is necessary. What is also important, is the subjective health assessments of people. How are these health limitations and assessments reflected in statistical figures by age, sex and country? This paper elaborates the health status of ageing populations in European countries from the perspective of different health indicators.

Key words: healthy life years, health status, population ageing, self-perceived health

JEL Codes: I19, J14

Úvod

Prodlužování lidského života přispívá k růstu počtu starších osob v populaci, s čímž souvisí zvýšená potřeba zdravotní péče, zařízení zdravotnických a sociálních služeb, ošetřujícího personálu atd. Kromě samotného zvyšování střední délky života je však důležité zdůraznit kvalitu přidaných let života. Reforma důchodového systému předpokládá zvyšování důchodového věku¹, které je založeno na předpokladu, že se střední délka života bude i nadále zvyšovat. Z hlediska zdravotního stavu vyvstává v této souvislosti nejen v České republice otázka, zda je tato změna optimální pro zmírnění důsledků stárnutí populace. Pro vyšší věk jsou častější omezení v každodenních aktivitách, přičemž některá jsou závažnějšího charakteru vyžadující pomoc a péči dalších osob.

V důsledku nárůstu střední délky života a narůstajícího podílu starých lidí v populacích neustále roste počet chronických progresivních onemocnění (Schindler, Engel, Rupprecht, 2012), což přináší dále otázku zajištění odpovídající péče druhých osob (Šimková,

¹ Viz: [http://www.duchodova-komise.cz/wp-content/uploads/2015/12/J.-Vostatek-Zvy%C5%A1ov%C3%A1n%C3%A1n%C3%AD-d%C5%AFchodov%C3%A9ho-v%C4%9Bku-15.-%C5%99%C3%ADjna-2015.pdf](http://www.duchodova-komise.cz/wp-content/uploads/2015/12/J.-Vostatek-Zvy%C5%A1ov%C3%A1n%C3%AD-d%C5%AFchodov%C3%A9ho-v%C4%9Bku-15.-%C5%99%C3%ADjna-2015.pdf)

Langhamrová, 2017). Starší věkové skupiny osob jsou také spojovány s nízkou mírou ekonomické aktivity (Loichinger, 2015). Pokud člověk není schopen pracovat ze zdravotních důvodů, má to dopad jak na samotný život jednotlivce, tak na výkon ekonomiky (Svačinová, Šimková 2017), zdravotní problémy by se mohly stále více projevovat jako překážka zvyšování míry ekonomické aktivity a udržení veřejných výdajů pod kontrolou (Gupta et al., 2012).

Očekávaná délka zdravého života je ukazatelem kombinujícím délku a kvalitu života, který se stal standardem ve světě pro měření zdraví populace (Stiefel, 2010). Subjektivní hodnocení zdravotního stavu je ovšem také důležitým ukazatelem kvality života. Subjektivním hodnocením zdravotního stavu se zabývá mnoho studií. Rozdíly lze jednoznačně pozorovat podle pohlaví i podle věku (Pino-Dominguez a kol., 2017). Studie (Borg and Kristensen, 2000) zkoumala vztah mezi subjektivním hodnocením zdravotního stavu v Dánsku a faktory, jako jsou pracovní prostředí, životní styl či sociální skupiny. Dle běloruské studie Grigorieva a Grigorievy (2011) je nejvýznamnějším faktorem souvisejícím se sebehodnocením zdraví vzdělání. Subjektivním posouzením zdravotního stavu starších pracovníků se zabývá např. Van Den Berg (2010). Srovnáním subjektivního hodnocení zdravotního stavu v evropských zemích se zabývala např. (Răileanu Szeles, 2018).

Tento příspěvek pohlíží na zdravotní stav stárnoucích populací v evropských zemích skrze vybrané ukazatele zdravotního stavu. Cílem je ukázat, že vysoká střední délka života v některých zemích neznamená jen roky strávené v dobrém zdravotním stavu.

1 Datové zdroje a metodika

Příspěvek se v první řadě zaměřuje na objektivní ukazatel vypočtený na základě úmrtnostních poměrů – střední délku života, dále na ukazatel míry zdravotního postižení, který je součástí výpočtu zdravé délky života Sullivanovou metodou² a v neposlední řadě pohlíží také na subjektivní hodnocení zdravotního stavu.

Data pocházejí z databáze EurOhex³, která poskytuje informace o vybraných zdravotních indikátorech z různých výběrových šetření pro 28 evropských zemí. Pro účely našeho příspěvku jsme využili data ze statistického šetření o životních podmínkách domácností (SILC), které zahrnuje následující ukazatele:

1. *Střední délka života* (Life Expectancy) – zbývající délka života osob v určitém věku,

² viz https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Sullivan_method

³ <http://www.eurohex.eu/index.php?option=welcome>

2. *Omezení v aktivitách* (Activity Limitation) – ukazatel založený na sebehodnocení dotazovaných osob, zda jsou ve svých každodenních aktivitách omezení jakýmikoliv fyzickými či psychickými problémy, nemocí či postižením. Toto omezení je členěno do třech kategorií Bez omezení – Slabé omezení– Silné omezení⁴.
3. *Subjektivní hodnocení zdravotního stavu* (Self-Perceived Health) – ukazatel založený na čistě subjektivním vyjádření dotazovaných osob, v jakém zdravotním stavu se obecně cítí být na škále Dobrý – Přiměřený – Špatný⁵.

Uvedené ukazatele uvádíme v letech (zbývajících letech k prožití v určitém zdravotním stavu v určitém věku) a jako podíl ze zbývajících střední délky života. Využíváme nejnovější dostupná data za rok 2016 doplněná o data z roku 2006. Proto neuvádíme data za země Chorvatsko a Rumunsko, které v roce 2006 ještě nebyly součástí Evropské unie. Ve výsledku tedy porovnáваме údaje za 26 zemí.

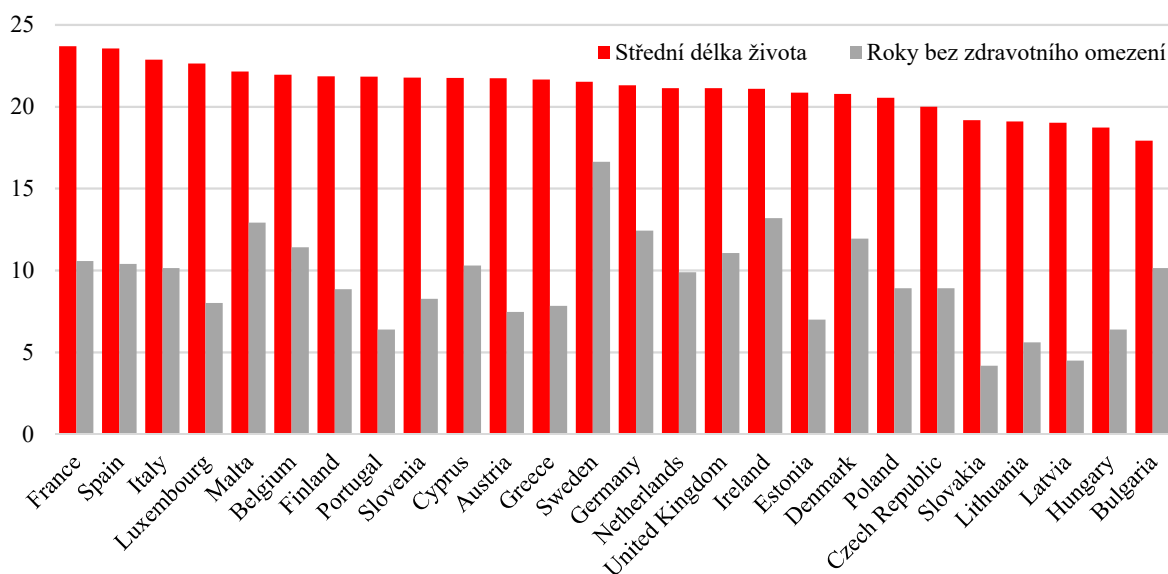
2 Objektivní hodnocení zdravotního stavu

Klíčovým prvkem analýzy je samozřejmě objektivního hodnocení zdravotního stavu, kde obrázky 1 a 2 ukazují srovnání zemí Evropské unie podle střední délky života žen a mužů ve věku 65 let a počtu let zdravotního omezení. Nejvyšší střední délku života v tomto věku měly v roce 2016 ženy ve Francii (23,7 let) a ve Španělsku (23,6) a muži na Maltě (19,7) a ve Francii (19,6). Naopak nejnižší střední délku života ve věku 65 let měly v roce 2016 ženy v Bulharsku (17,9) a Maďarsku (18,7) a muži v Litvě (13,9) a Lotyšsku (14,0).

⁴ http://www.eurohex.eu/ehleis/metadata/Metadata_SILC_AL.pdf

⁵ http://www.eurohex.eu/ehleis/metadata/Metadata_SILC_SPH.pdf

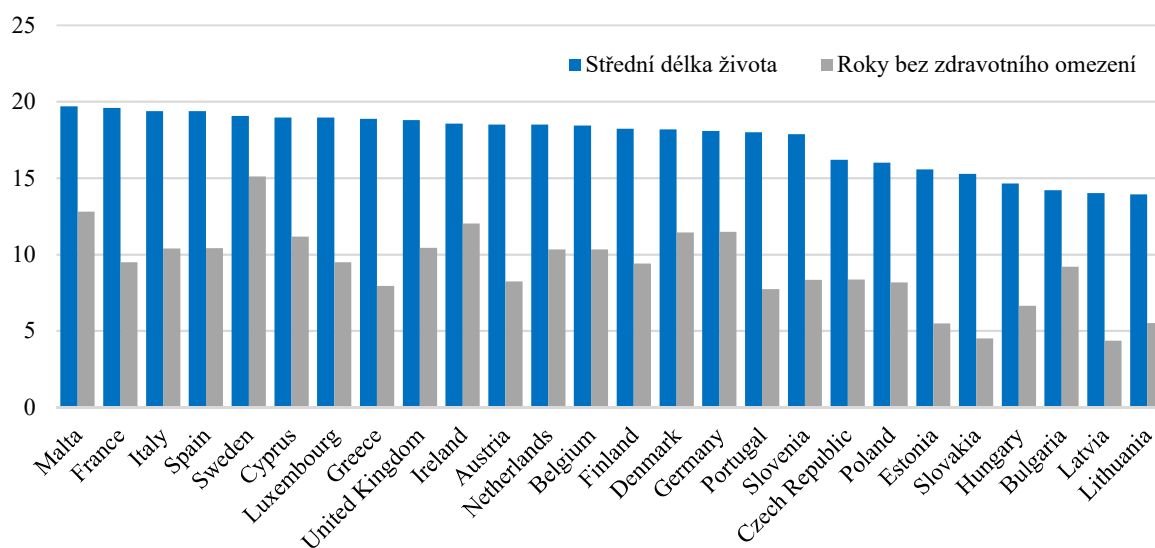
Obr. 1: Střední délka života žen ve věku 65 let a počet let bez zdravotního omezení v roce 2016



Zdroj: EurOhex, vlastní zpracování

Detailnější pohled na střední délku života rozložením na roky podle míry zdravotního omezení ovšem ukazuje, že ženy a muži s nejvyšší střední délkou života nestráví zároveň nejdelší část těchto let bez zdravotního omezení. Ve Francii stráví ženy ze zmíněných 23,7 let v průměru pouze 10,6 let bez zdravotního omezení (což je 44,6 %), ve Španělsku zrovna tak – 10,4 let bez zdravotního omezení (44,1 %). Muži na Maltě jsou na tom lépe, z 19,7 zbývajících let stráví v průměru 12,8 let (65,0 %) bez zdravotního omezení, muži ve Francii 9,5 let (48,5 %). Nejvyšší počet let prožitých bez zdravotního omezení mají (na základě dat z roku 2016) ženy a muži ve Švédsku – 77,3 % (resp. 79,2 %) zbývajících let prožijí ženy (resp. muži) bez zdravotního omezení. Zajímavý je pohled na Bulharsko. Přestože mají ženy i muži ve věku 65 let jednu z nejnižších středních délek zbývajícího života v Evropě, mají relativně vysokou dobu prožitou bez zdravotního omezení – 56,6 % u žen a 64,7 % u mužů, zatímco např. ženy a muži v Lotyšsku mají v průměru pouze 23,6 % (ženy) a 31,1 % (muži) před sebou k prožití bez zdravotního omezení.

Obr. 2: Střední délka života mužů ve věku 65 let a počet let bez zdravotního omezení v roce 2016



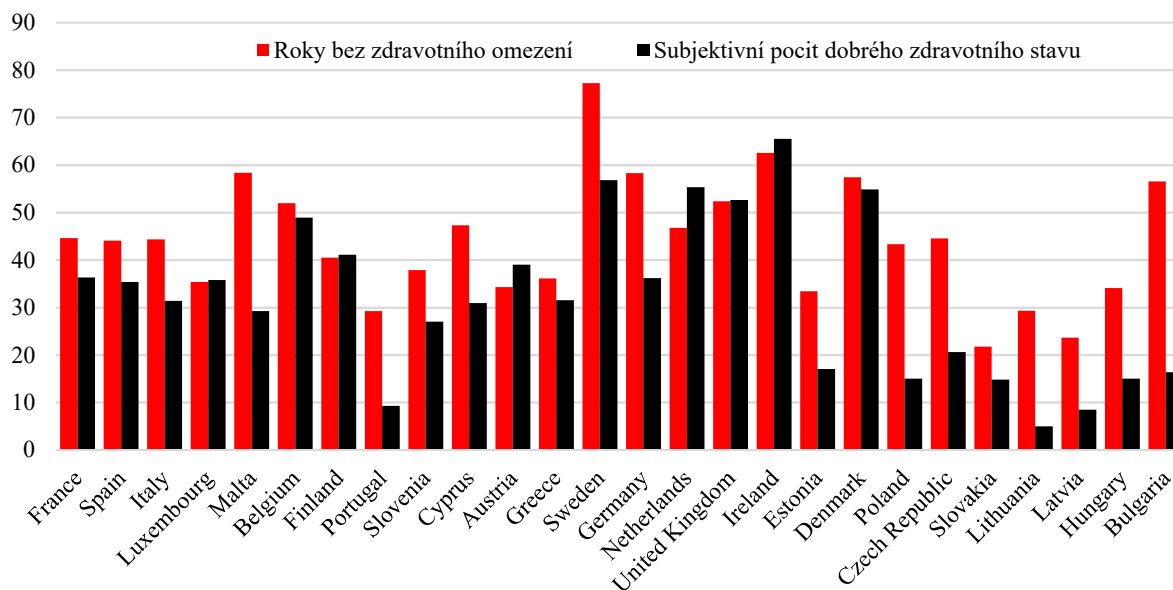
Zdroj: EurOhex, vlastní zpracování

Je zřejmé, že nárůst střední délky života, resp. zbývajících věku není sám o sobě všespásný, je třeba neopomenout počet let bez zdravotního omezení. Jde o to, že lidé, ač se dožívají déle, jsou ve svých nejen každodenních aktivitách omezeni a potřebují péči, což klade další nároky na sociální systémy zemí.

3 Subjektivní hodnocení zdravotního stavu

To, že má člověk nějaké omezení v každodenních aktivitách, způsobené fyzickými či psychickými problémy, nemocí či postižením, vždy neznamená, že se subjektivně cítí být ve špatném zdravotním stavu. Pohled na ženy a muže ve věku 65 let, kteří se subjektivně cítí být v dobrém zdravotním stavu ukazuje, že nejlépe jsou na tom ženy i muži v Irsku, Švédsku a Dánsku. Ve Francii, kde mají ženy ve věku 65 let nejvyšší střední délku života v zemích EU, stráví 44,6 % zbývajících let života bez zdravotního omezení, ale pouze 36,3 % doby se cítí být v dobrém zdravotním stavu (obrázek 3).

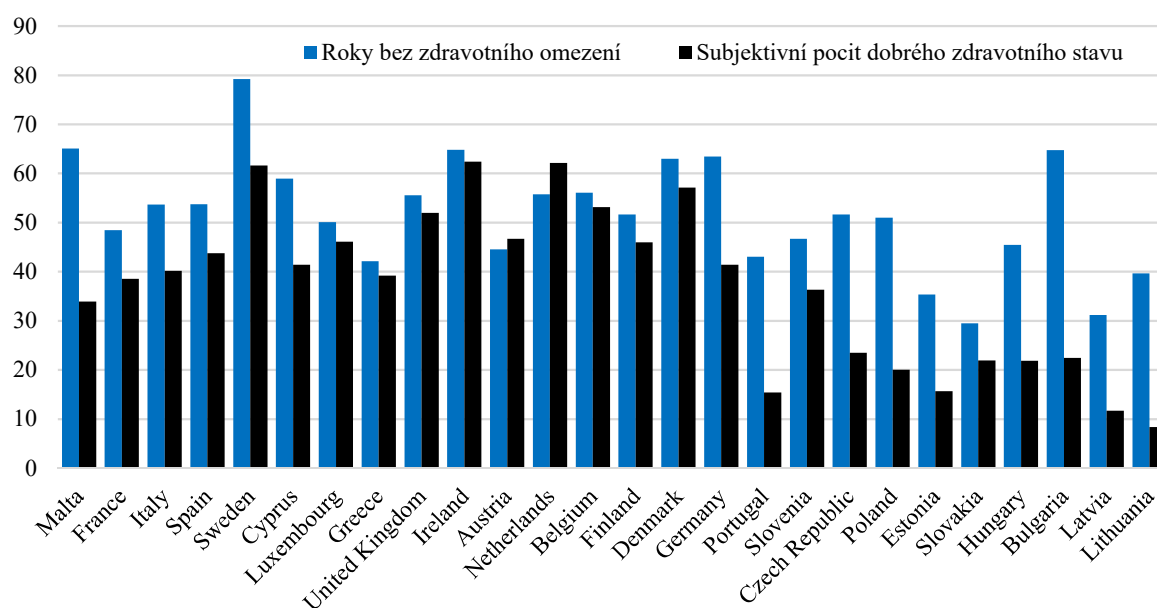
Obr. 3 Roky bez zdravotního omezení a subjektivní pocit dobrého zdravotního stavu žen ve věku 65 let v roce 2016 (% ze střední délky života žen ve věku 65 let)



Zdroj: EurOhex, vlastní zpracování

Na Maltě, kde je nejvyšší střední délka života mužů ve věku 65 let, stráví sice 65,0 % zbývajících let života bez zdravotního omezení, ale pouze 33,9 % doby se cítí být v dobrém zdravotním stavu (obrázek 4).

Obr. 4 Roky bez zdravotního omezení a subjektivní pocit dobrého zdravotního stavu mužů ve věku 65 let v roce 2016 (% ze střední délky života mužů ve věku 65 let)



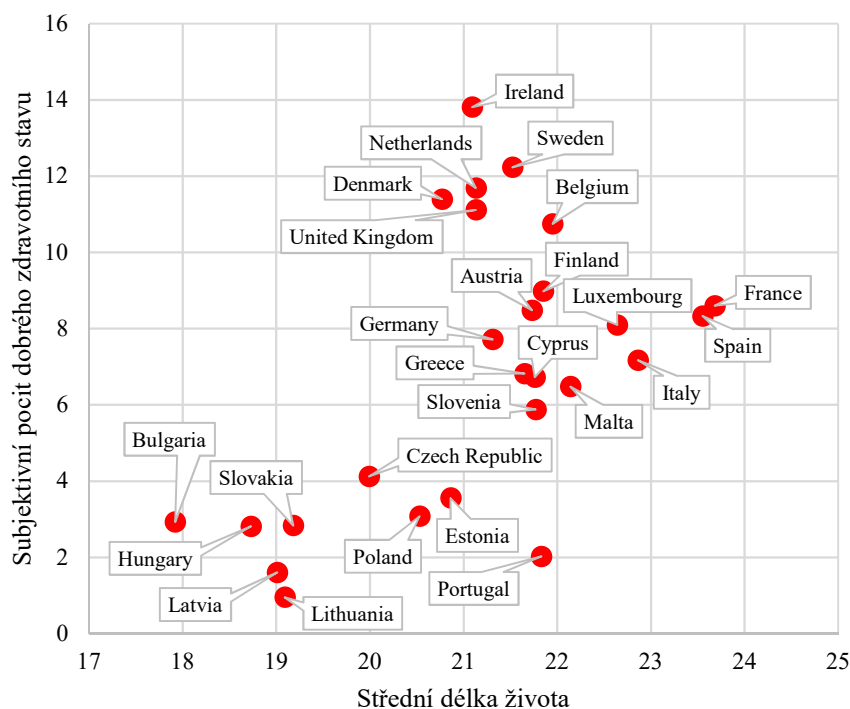
Zdroj: EurOhex, vlastní zpracování

Ve většině evropských zemí se lidé ve věku 65 let subjektivně cítí trochu hůře než na tom fyzicky či psychicky jsou vzhledem k jejich omezení v každodenních aktivitách. Výjimkou je Nizozemsko, kde je významně vyšší podíl střední délky života strávené v dobrém zdravotním stavu než délky bez zdravotního omezení – v průměru o téměř 2 roky u žen a o více než 1 rok u mužů.

4 Teritoriální struktura ukazatelů

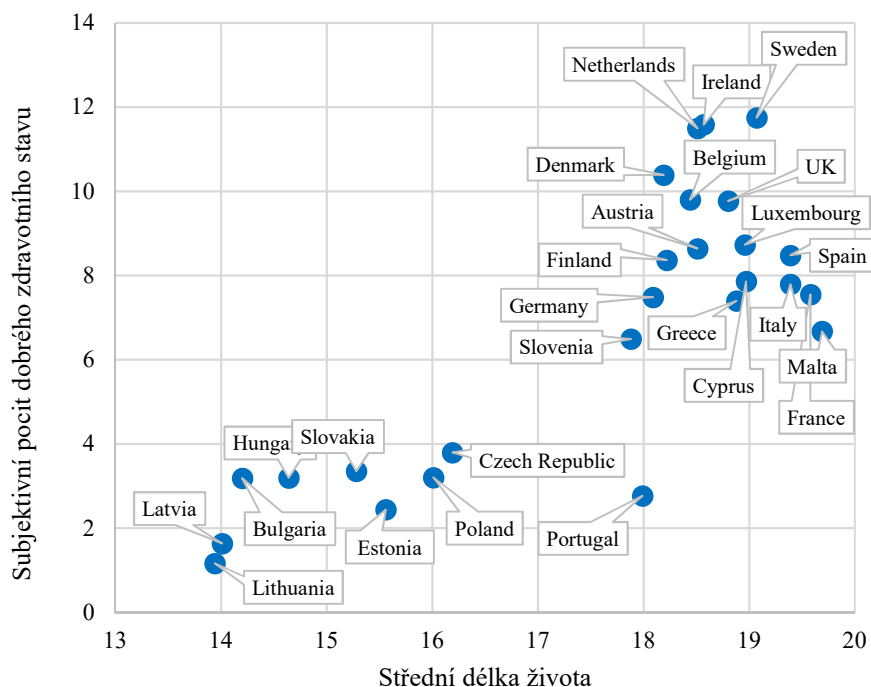
Dvojrozměrné uspořádání dat umožňuje identifikaci skupin zemí, které jsou si podobné z hlediska objektivního ukazatele – střední délka života a subjektivního ukazatele – doba strávená v dobrém zdravotním stavu (obrázky 5 a 6). U žen i u mužů se významně odlišují země střední a východní Evropy. Mají nižší střední délku života ve věku 65 let a zároveň se také subjektivně cítí hůře, tj. menší podíl střední délky života stráví v dobrém zdravotním stavu. Výjimkou je Portugalsko, které má sice vyšší střední délku života žen i mužů, než je v zemích střední a východní Evropy, ale z hlediska subjektivního pocitu osob mezi tyto země lze zařadit – v průměru pouze 2 roky (9,3 %) stráví ženy ve věku 65 let v dobrém zdravotním stavu. Muži ve věku 65 let v Portugalsku stráví 2,77 let (15,4 %) v dobrém zdravotním stavu.

Obr. 5 Střední délka života a subjektivní pocit dobrého zdravotního stavu žen ve věku 65 let v roce 2016



Zdroj: EurOhex, vlastní výpočty

Obr. 6 Střední délka života a subjektivní pocit dobrého zdravotního stavu mužů ve věku 65 let v roce 2016



Zdroj: EurOhex, vlastní výpočty

Porovnání mezi střední délkou života a mezi subjektivním pocitem zdravotního stavu nelze samozřejmě brát zcela dogmaticky. Na druhé straně však popisuje i přístup lidí k životu ve stáří. V zemích jako je Česká republika by bylo záhodno tuto problematiku podrobit důsledné kritice, neboť by i pro účely analýz stárnutí populace a změn parametrů penzijního systému bylo třeba odlišit změny zdravotního stavu osob a někdy přehnaná subjektivní očekávání osob ve vyšším věku.

Závěr

Diskuse týkající se vztahu délky zbývajícího života a jeho kvality jsou ovlivněné primárně zdravotním stavem obyvatelstva. Je otázkou, zde je vůbec objektivní měření zdravotního stavu možné, předložené indikátory totiž pocházejí z výběrových šetření. Kromě zjevných a ošetřovaných onemocnění je identifikace zdravotního stavu velmi obtížná. V každém případě je velká škoda, že v diskuzích o stárnutí populace, včetně změny parametrů penzijního systému v České republice, není dostatečně reflektována otázka kvality života. Navíc tato kvalita života může být podmíněna celou řadou dalších faktorů. Zejména jde o individuální přístup jednotlivce a odvětví ekonomické činnosti, kde se pracovník v rámci svého aktivního života pohyboval. V této souvislosti je nelichotivé uspořádání shluků, které z analýzy vplynuly,

neboť dále přetrvávají rozdíly mezi skupinami zemí. Východiskem pro Českou republiku může být pouze důsledný výzkum a odborná diskuse zaměřená na kvalitu a dostupnost zdravotní a sociální péče tak, aby byla naše společnost na stárnutí dostatečně připravena.

Reference

Borg, V., Kristensen, T.S. Social class and self-rated health: can the gradient be explained by differences in life style or work environment? *Social Science & Medicine* 51(7), pp. 1019-1030, 2000. Doi: 10.1016/S0277-9536(00)00011-3.

Grigoriev, P. Grigorieva, O. Self-perceived health in Belarus: Evidence from the income and expenditures of households survey. *Demographic Research* 24(23), pp. 551–578, 2011. Doi: 10.4054/DemRes.2011.24.23.

Gupta, N.D., Lau, D., and Pozzoli, D. The Impact of Education and Occupation on Temporary and Permanent Work Incapacity. *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy* 16(2), pp. 577–617. 2016. ISSN: 2194-6108. Doi: 10.1515/bejeap-2015-0055.

Loichinger, E. Labor force projections up to 2053 for 26 EU countries, by age, sex, and highest level of educational attainment. *Demographic Research* 32(1), pp. 443–486. 2015. ISSN: 1435-9871. Doi: 10.4054/DemRes.2015.32.15.

Pino-Dominguez, Lara; Navarro-Gil, Patricia; Gonzalez-Velez, Abel E.; et al. Self-perceived health status, gender, and work status. *Journal of Women & Aging* 28(5), pp. 386–394. 2016. Doi: 10.1080/08952841.2015.1018030.

Răileanu Szeles, M. Comparative Examination of Self-Perceived Health and Other Measures of the Quality of Life Across the EU-27. *Social Indicators Research* 137(1), pp. 391–411. 2018. Doi: 10.1007/s11205-017-1597-1.

Schindler, M., Engel, S., Rupprecht, R. The impact of perceived knowledge of dementia on caregiver burden. *The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry* 25(3), pp. 127–134, 2012. <<http://dx.doi.org/10.1024/1662-9647/a000062>>

Stiefel, M. Perla, R. J. Zell, B. A Healthy Bottom Line: Healthy Life Expectancy as an Outcome Measure for Health Improvement Efforts. *The Milbank Quarterly*, 88 (1), s. 30–53. 2010.

Svačinová, K., Šimková, M. *Zdravotní stav stárnoucí populace*. In: RELIK – Reprodukce lidského kapitálu – vzájemné vazby a souvislosti, Praha: 9.-10. listopadu 2017. ISBN 978-80-245-2238-8. <<https://relik.vse.cz/2017/download/pdf/140-Simkova-Martina-paper.pdf>>

Šimková, M., Langhamrová, J. Kvalitativní faktory stárnutí populace [online]. *Demografie* 59(1), pp. 49–64, 2017. ISSN 0011-8265. <<https://www.czso.cz>>

/documents/10180/46203820/%C5%A0imkov%C3%A1-Langhamrov%C3%A1.pdf/
46e19ac8-6330-4304-97a4-bf125824b96b?version=1.0>

Van Den Berg, T., Schuring, M., Avendano, M., Mackenbach, J., and Burdorf, A. The Impact of Ill Health on Exit from Paid Employment in Europe among Older Workers. *Occupational and Environmental Medicine* 67(12), pp. 845–852, 2010. Doi: 10.1136/oem.2009.051730.

Kontakt

Martina Šimková

Vysoká škola ekonomická v Praze
nám. W. Churchilla 4, 130 67 Praha 3
martina.simkova@vse.cz

Jaroslav Sixta

Vysoká škola ekonomická v Praze
nám. W. Churchilla 4, 130 67 Praha 3
sixta@vse.cz