

VÝVOJ NADĚJE DOŽITÍ V ČESKÉ A SLOVENSKÉ REPUBLICE OD ROZDĚLENÍ SPOLEČNÉHO STÁTU

OLGA KURTINOVÁ¹, HANA OTÁHALOVÁ²

¹ SOÚ AV ČR a Katedra demografie a geodemografie PřF UK

² Katedra demografie a geodemografie PřF UK

ABSTRACT

Trends in life expectancy in the Czech and Slovak Republics since the split of Czechoslovakia

In 1993, the division of Czechoslovakia into two independent entities, the Czech Republic and Slovak Republic, took place. During the 70 years of their co-existence in one country, considerable regional differences in the life expectancy at birth were decreasing for both men and women. Since the separation, the life expectancies of the Czech and Slovak population have been diverging. Based on decomposition of the difference in the life expectancies, it is obvious that there are disparities in mortality at higher ages. Using the EU-SILC data on self-perceived health and reported disability, we show that the differences are apparent also with respect to the healthy life expectancies. In the Slovak Republic, the healthy life-expectancies in good self-perceived health or without daily limitation were lower in comparison with the Czech Republic in the period 2005–2012. The decomposition of the difference in life expectancy by disability and age distinguishes the disability component and the mortality component. This decomposition shows that the disability component is larger than the mortality component. This finding suggests that the difference might be linked to cultural differences. Applying concept of the Hofstede et al. (2010) cultural dimensions the cultural differences in disparities between healthy life expectancies in the Czech and Slovak Republic was not directly proved.

Key words: development of the population; life expectancy in good health; decomposition; Czech Republic; Slovak Republic

Úvod

Od vzniku Československa v roce 1918, s výjimkou několika let v období druhé světové války, České země a Slovensko tvořilo soustátí se společným politickým a ekonomickým vývojem, nicméně v počátcích se státy lišily. Zatímco České země byly jednou z nejnáspěšnějších částí bývalého Rakouska, Slovensko se řadilo k nejzaostalejším regionům bývalého Uherska, což plynulo z nízkého stupně industrializace,¹ urbanizace a vyšší negramotnosti obyvatelstva. Ve srovnání s obyvatelstvem Českých zemí slovenské obyvatelstvo i častěji emigrovalo a bylo méně sekularizované. Strukturální rozdíly mezi těmito částmi Československa byly v nezměněné podobě patrné do počátku 50. let 20. století

¹ Struktura zaměstnaného obyvatelstva v roce 1921 v Českých zemích: zemědělství 31,6 %, průmysl 40 %, služby 28,4 %, na Slovensku a Podkarpatské Rusi: zemědělství 61,8 %, průmysl 16,5 %, služby 21,7 % (Kubů a Pátek, 2000, s. 91).

(Průcha et al., 2009; Šprocha a Tišliar, 2012; Kubů a Pátek, 2000). Časový posun je tak patrný i v ukončení prvního demografického přechodu,² který byl v Českých zemích ukončen ve třicátých letech 20. století, tak jako ve většině evropských zemí, zatímco na Slovensku až v letech padesátých.

Poválečná léta byla jak pro České země, tak Slovensko ve znamení obnovy a následného rozvoje, přičemž s cílem zmírnění počátečních rozdílů docházelo k dlouhodobému přerozdělování zdrojů ve prospěch Slovenska.³ Slovensko se díky nově vybudované infrastruktuře, rozsáhlé industrializaci a urbanizaci zařadilo mezi ekonomicky rozvinuté země. Ekonomický a sociální rozvoj na Slovensku se odrazil i v demografických ukazatelích, které se v rámci Československa začaly sblížovat. I když demografické struktury pro Českou a Slovenskou republiku nebyly nikdy zcela identické (Langhamrová a Vaňo, 2014), což je patrné např. v případě plodnosti nebo národnostního složení, přeci jen v období rozpadu Československa již byly velmi podobné. Protože demografická reprodukce je svou biologickou podstatou jednoduchý proces, je otázkou, jak následný samostatný politický a ekonomický vývoj obou republik ovlivnil nejen trendy v jejich populačním vývoji, ale jak se případné změny odrazily na vývoji ukazatelů úmrtnosti, jako je naděje dožití při narození a naděje dožití ve zdraví. Primárním cílem příspěvku je zhodnocení vývoje obou ukazatelů na základě dostupných dat a shrnutí základních charakteristik ekonomického a populačního vývoje v průběhu dvaceti let samostatnosti obou republik.

Základní charakteristiky populačního a ekonomického vývoje České a Slovenské republiky v období 1992–2012

O půlnoci z 31. 12. 1992 na 1. 1. 1993 po více než sedmdesáti letech společného soustátí vznikla Česká a Slovenská republika. Cesty obou zemí se rozešly v době, kdy federace obou republik započala proces hospodářské transformace z centrálně plánované na tržní ekonomiku. Nešlo o reformu stávající organizace hospodářství, ale o vybudování zcela nového systému, přičemž zkušenosti s tímto procesem byly obecně minimální nejen v postkomunistických zemích. Je pravděpodobné, že různý pohled českých a slovenských politických představitelů na ekonomickou transformaci přispěly k rozpadu federace.

Výchozí stav Československé ekonomiky na počátku 90. let byl výrazně ovlivněn předchozím dlouhodobým vývojem, který vyústil k hospodářskému a technickému zaostávání země za západoevropskými státy, což bylo patrné nejen v objemu hrubého domácího produktu, ale i v nižší produktivitě práce, struktuře ekonomiky, kvalitě produktů a schopnosti inovace. Ekonomická transformace byla primárně zaměřena na cenovou liberalizaci, liberalizaci dovozu a vnitřní směnitelnost, podporu soukromého sektoru,

² První demografický přechod neboli první demografická revoluce je proces změn v demografické reprodukci, které mají kvalitativní i kvantitativní charakter, obecně hrubá míra porodnosti klesá z 40–50 ‰ na méně než 20 ‰, hrubá míra úmrtnosti klesá z 20–30 ‰ na méně než 15 ‰, výrazně klesá kojenecká úmrtnost a naděje dožití se navyšuje na dvojnásobek, tj. z 30–35 let na hodnoty kolem 70 let (Kalibová, 2001).

³ Více v Průcha et al., 2009, tab. 3.19 Investice a základní prostředky v přepočtu na jednoho obyvatele v Českých zemích a na Slovensku (1960–1989), s. 724.

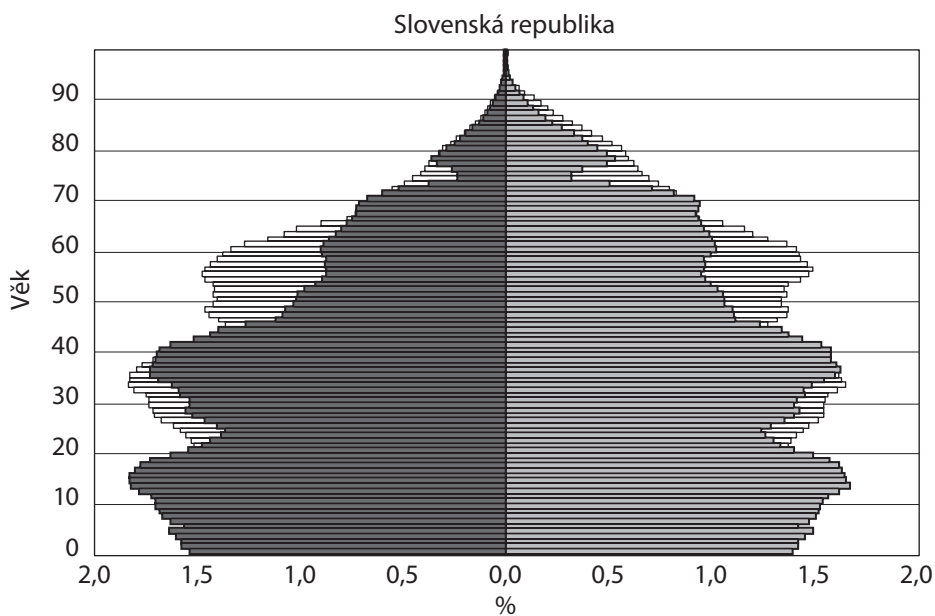
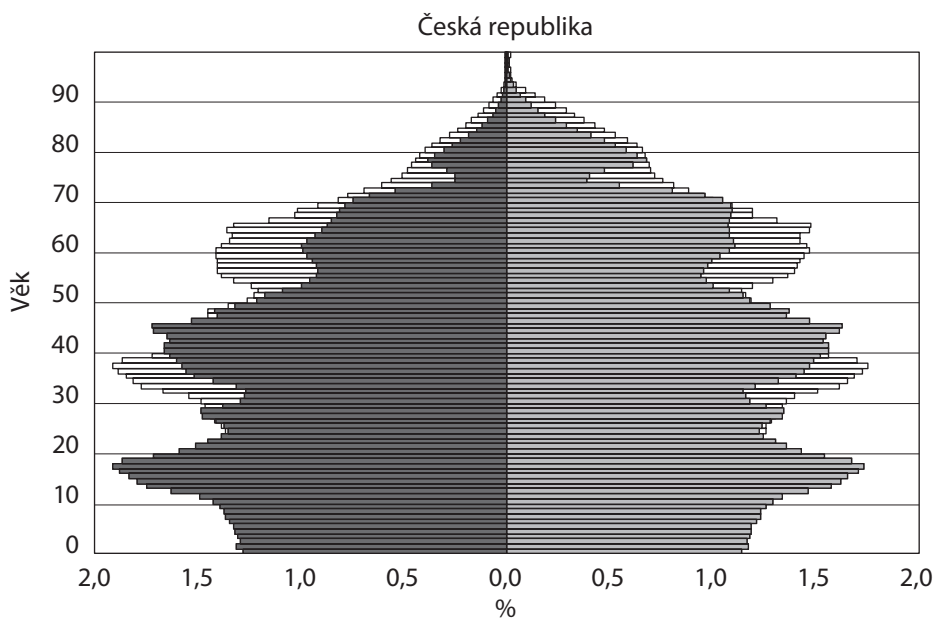
makroekonomickou protiinflační politiku a politiku sociální ochrany. V případě vlastnické transformace (privatizace) byl vytvořen jednotný federální program, který delegoval realizaci na oba státy a zahrnoval malou a velkou privatizaci a restituce. Malá privatizace zahrnovala převod státem vlastněných malých provozoven skrze aukce do soukromých rukou.⁴ Velká privatizace se týkala především středních a velkých podniků⁵ a zahrnovala dražby, veřejné soutěže, přímé prodeje, bezúplatné převody a kupónovou privatizaci, která se pro mnohé stala synonymem ekonomické transformace v Československu. Hospodářství obou zemí výrazně utrpělo i ztrátou trhů zemí RVHP.

V roce 1992 žilo v České republice (ČR) více než 10,3 mil. obyvatel, ve Slovenské republice (SR) více než 5,3 mil. obyvatel. Obě země patří v rámci Evropy k zemím s početně menšími populacemi, ale s relativně hustým osídlením. Jestliže se zaměříme na pohlavně věkovou strukturu obyvatelstva obou zemí, zjistíme, že Slovensko má o něco příznivější skladbu své populace než Česká republika, což je dáno rozdíly ve vývoji úmrtnosti a porodnosti. Z grafu 1 je patrné, že obě země se potýkají s populačním stárnutím. Obě věkové pyramidy mají zúžené základny, které poukazují na menší počet živě narozených dětí posledních let, a zvyšující se zastoupení starší populace, což je patrné z rozšiřující se špičky věkové pyramidy. Zatímco v České republice se v období 1992–2012 zastoupení věkové skupiny 0–14 let snížilo z 20 % na 14,8 %, ve Slovenské republice se podíl snížil z 24,1 % na 15,4 %. Naopak v případě věkové skupiny 65+ došlo v daném období k navýšení podílu z 12,9 % na 16,8 % v České republice a z 10,5 % na 13,1 % ve Slovenské republice. Není tak překvapivé, že se zvýšily i průměrné věky a indexy stárání. Index stárání, který vyjadřuje podíl postprodukční složky na dětské složce a udává tak, kolik osob starších 65 let připadá na sto osob ve věku 0–14 let, v České republice v roce 2012 přesáhl hodnotu 113 %, přičemž na Slovensku se index stárání navýšil pouze na hodnotu 85,5 %. Starší věková struktura a proces stárnutí je patrný i z nárůstu průměrného věku, kdy v České republice se během studovaných dvaceti let navýšil z 36,6 let na 41,3 let a ve Slovenské republice z 33,9 let na 39,3 let. Obě země se výrazně neliší od současných trendů v Evropě, nicméně z uvedených dat je patrné, že proces stárnutí je v současnosti rychlejší ve Slovenské republice. Obě země se tak musí potýkat s otázkou, jak reformovat své důchodové a zdravotní systémy, které jsou na věkové struktuře populace v případě průběžného financování závislé.

Z věkových struktur roku 1992 je zjevné, že se v následujících letech do reprodukčního věku dostaly populačně silné ročníky sedmdesátých let, nicméně díky změně v demografickém chování se to neodrazilo v počtech živě narozených nárůstem, ale poklesem. Zatímco počet živě narozených na počátku devadesátých let přesahoval 120 tisíc dětí v České republice, na počátku nového století se narodilo jen 90 tisíc dětí, přičemž díky kompenzaci snížené intenzity plodnosti ke konci studovaného období v Česku počty živě narozených opět přesáhly hranici 100 tisíc dětí. Ve Slovenské republice byl propad v počtu živě narozených podobný, v roce 1992 se narodilo více než 74 tisíc dětí a v roce 2012 už jen 56 tisíc dětí, přičemž minimum 51 tisíc živě narozených dětí bylo dosaženo v roce 2001. Nižší úroveň plodnosti byla způsobena především časováním, kdy se děti rodily starším

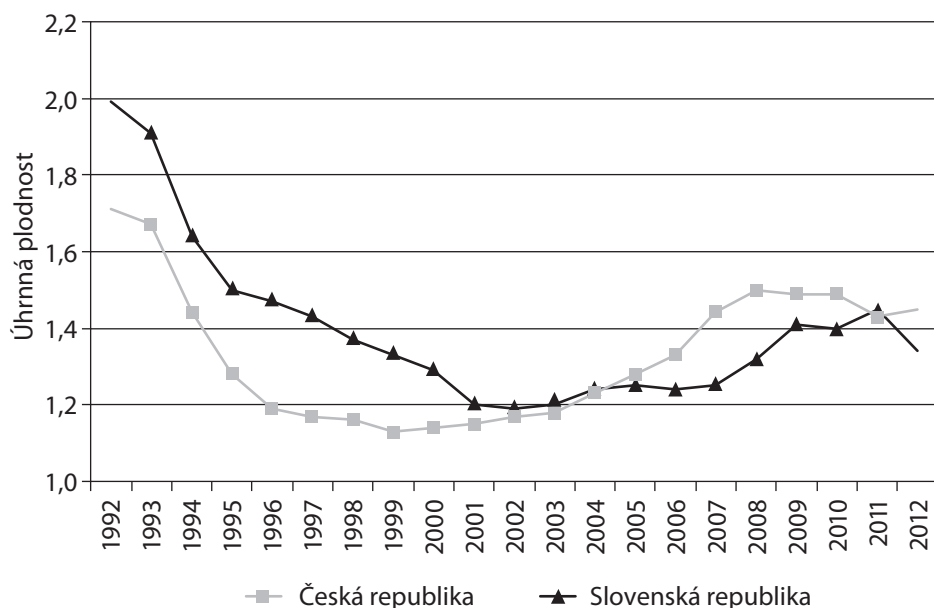
⁴ Malá privatizace byla realizována v letech 1991–1993 a zahrnovala v ČR 24 359 provozoven v hodnotě 31 mld. korun a v SR 9700 provozoven v hodnotě 14,5 mld. korun (Průcha et al., 2009).

⁵ Mezi privatizované podniky nebyly zahrnuty závody s přímým vztahem k přírodním zdrojům, vodní díla, majetek orgánů státní správy, část kulturních, zdravotnických a sociálních zařízení, pošta atd.



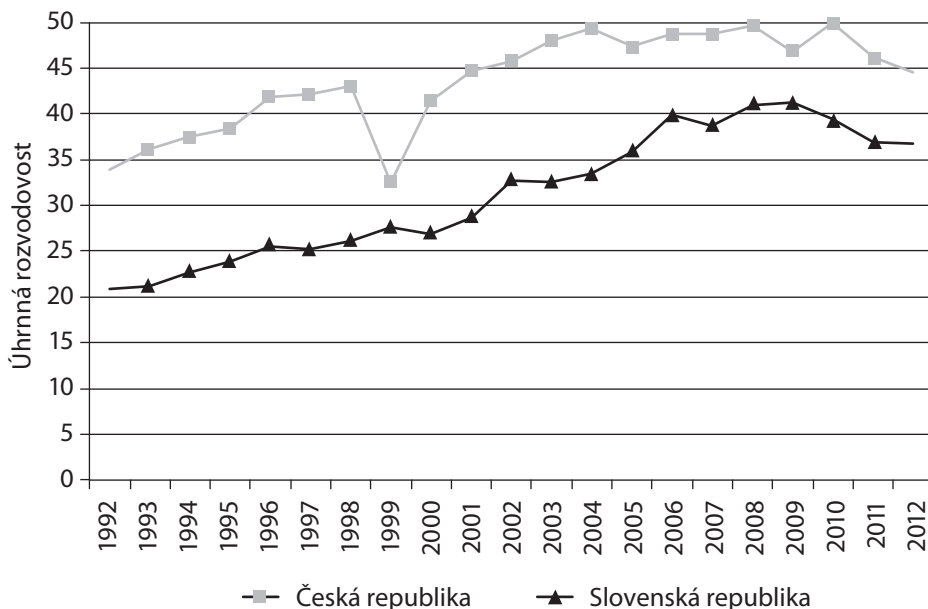
Graf 1: Relativní pohlavně věkové struktury, ČR a SR, 1992 a 2012, v % (bez výplně data z roku 2012)
Zdroj: ČSÚ 2014, Infostat 2014

matkám, a menším počtem narozených vyššího pořadí. Průměrný věk matky při prvním porodu vzrostl během dvaceti let o 5,4 roky v ČR na současných 27,9 let a o 4,4 roky v SR na současných 26,9 let. Pokles úrovně plodnosti v období 1992–2012 je patrný i z vývoje úhrnné plodnosti, která je definována jako průměrný počet živě narozených dětí jedné ženě za předpokladu zachování stávající úrovně plodnosti během celého jejího reprodukčního období. Úhrnná plodnost je ukazatel intenzity plodnosti, který není ovlivněn věkovou strukturou, a proto je používán pro mezinárodní srovnání. V České republice úhrnná plodnost na počátku 90. let 20. století strmě klesala z hodnoty 1,7 na 1,13 dítěte na ženu v roce 1999, což je nejnižší hodnota zaznamenaná na území ČR od 1920. Mezi roky 2000–2008 se hodnota úhrnné plodnosti pozvolna navyšovala až na 1,5 dítěte na ženu. V posledních letech je v datech úhrnné plodnosti ČR zaznamenaná stagnace a mírný pokles na 1,35 dítěte na ženu. Na Slovensku byl pokles úhrnné plodnosti v období 1992–2000 ještě výraznější než v ČR, protože úhrnná plodnost klesla v daném období o 0,7 dítěte na ženu, tj. z 1,99 na 1,29 dítěte na ženu. Na počátku 21. století se úhrnná plodnost SR a ČR lišily minimálně, přičemž v období 2007–2012 je v datech pro SR zachycen nárůst úhrnné plodnosti na 1,45 dítěte na ženu. I když dynamika vývoje úhrnné plodnosti, tak jako i samotné hodnoty se liší, v Evropském měřítku se obě země zařadily mezi státy s úrovní plodnosti hluboko za hranicí prosté reprodukce 2,1 dítěte na ženu.



Graf 2: Úhrnná plodnost, ČR a SR, 1992–2012
Zdroj: ČSÚ 2014, Infostat 2014

Demografická reprodukce je nepřímo ovlivněna i sňatečností a rozvodovostí. Česká a Slovenská republika se sice liší v celkových počtech uzavřených sňatků a rozvodů, ale trendy ve vývoji sňatečností a rozvodovosti v období 1992–2012 již tak odlišné nejsou. Zjednodušeně lze říci, že počet uzavřených sňatků se snižuje nebo stagnuje a počet rozvodů je dlouhodobě relativně vysoký. V České republice se v roce 1992 uzavřelo 74 tisíc sňatků, přičemž do manželství vstoupilo v populaci 50letých 85 % mužů a 91 % žen. O dvacet let později bylo v ČR uzavřeno jen 45 tisíc sňatků a úhrnná prvosňatečnost se snížila na 53 % u mužů a 60 % u žen. Tak jako se děti rodí starším matkám, sňatky jsou na konci studovaného období uzavírány staršími snoubenci. Průměrný věk při prvním sňatku v roce 2012 v České republice odpovídal 32,3 let u mužů a 29,6 let u žen, což je ve srovnání s rokem 1992 nárůst o 7,2 let a 7 let. Na Slovensku se uzavřelo v roce 1992 více než 33 tisíc sňatků, o dvacet let později jich je o třetinu méně, tj. 26 tisíc. Úhrnná prvosňatečnost se snížila v období 1992–2012 u mužů z 85 % na 61 % a u žen z 87 % na 67 %. Průměrné věky při prvním sňatku v SR se zvýšily o něco méně než v ČR. Průměrný věk ženicha při prvním sňatku vzrostl z 24,7 let v roce 1992 na 31,4 let v 2012 a průměrný věk nevěsty z 22,6 let na 28,8 let.



Graf 3: Úhrnná rozvodovost, ČR a SR, 1992–2012
Zdroj: ČSÚ 2014, Infostat 2014

Nárůst průměrného věku prvního sňatku se odráží i na průměrném věku při rozvodu, který vzrostl mezi lety 1992 a 2012 o 7 let u mužů i u žen. V Česku hodnoty dosahují 42,9 let pro muže a 40,1 let pro ženy, na Slovensku jsou hodnoty o rok nižší. Rozvodovost v českých zemích patří zejména od 70. let k nejvyšším v Evropě, vyšší hodnoty v té době dosahovaly už jen země Pobaltí. Trvale rostoucí absolutní počet rozvodů v ČR se zasta-

vil až v roce 1996, kdy dosahuje svého maxima v hodnotě 33 113 rozvodů. V roce 1999 dochází k jejich poklesu vlivem novely zákona o rodině (č. 91/1998 Sb.), která upravuje práva rodičů k nezletilým dětem a zjednodušuje nesporný rozvod, kdy majetkoprávní vztahy mají manželé předem vyřešeny. Tento pokles je jednorázový a úhrnná rozvodovost nadále mírně roste, hodnota v roce 2010 ukazuje, že každé druhé manželství končí rozvodem (49,96 %). V agrárním Slovensku je situace po konci druhé světové války odlišná, hodnoty rozvodovosti naopak patří v Evropě mezi nízké (počet rozvodů na 1000 obyvatel v roce 1960 je 0,6, v Česku již 1,3). Ovšem stejně benevolentní legislativa spolu s dalšími procesy urbanizace a industrializace znamená růst hodnoty úhrnné rozvodovosti i na Slovensku. Maximální hodnoty dosahuje úhrnná rozvodovost v roce 2009 a to 41,29 % rozvedených sňatků. Pokles po roce 2010 je dán legislativní změnou zavádějící institut střídavé péče (předpis 217/2010 Z. z.). V obou případech však stagnace či mírný pokles zaznamenaný v datech posledních tří let je dán snížením celkového počtu uzavřených sňatků.

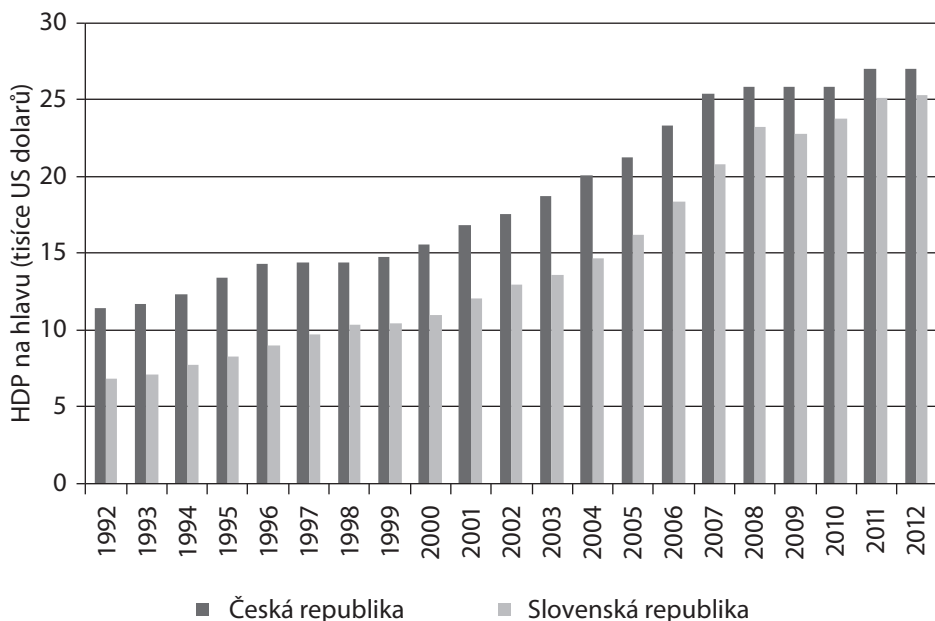
Zaměříme-li se na hospodářskou situaci, z dat OECD je patrné, že česká ekonomika s hrubým domácím produktem (HDP)⁶ 283 596 mil. USD v roce 2012 stále předčí slovenskou ekonomiku s 136 991 mil. USD. Země se v mezinárodním srovnání třiceti čtyř členských států OECD umístily v daném roce na 21. a 30. místě. Nicméně vztáhneme-li hodnoty k počtu obyvatel, rozdíl se výrazně zmenší. V roce 2012 hrubý domácí produkt na hlavu v ČR odpovídal 26 985 USD a v SR 25 339 USD, přičemž ČR se umístila na 25. a SR na 27. místě. Zdá se, že životní úroveň obyvatel aproximovanou HDP na hlavu se v ČR a SR sblíží, což ilustruje graf 4.

V době rozdělení Československa byla životní úroveň obyvatel České republiky dvojnásobná, přičemž nyní SR dosahuje 93 % HDP na hlavu v ČR. Konvergence slovenské a české ekonomiky je zřejmá i z průměrného ročního tempa růstu HDP. S výjimkou let 1999, 2000 a 2005 slovenská ekonomika vykazovala vyšší průměrné roční tempo růstu HDP než ekonomika česká.⁷ Zdá se, že nižší koncentrace průmyslové výroby a chybějící infrastruktura na Slovensku při rozdělení, tak jako odlišný přístup vlád k celosvětové finanční a hospodářské krizi,⁸ která obě ekonomiky výrazně ovlivnila, přispěla rychlejšímu ekonomickému rozvoji na Slovensku.

⁶ PPP, běžné ceny.

⁷ Pro období 1996–2012 průměrný růst HDP odpovídá 2,15 pro ČR a 4,5 % pro SR (OECD, 2014).

⁸ Zatímco v posledních letech česká ekonomika s restriktivní fiskální politikou vykazuje záporné hodnoty hospodářského růstu, slovenská ekonomika s vyššími vládními výdaji deklaruje kladný, i když malý, ekonomický růst.



Graf 4: Hrubý domácí produkt na hlavu, ČR a SR, 1992–2012, tisíce USD
Zdroj: OECD 2014

Ačkoliv z pohledu růstu HDP si slovenská ekonomika ve studovaném období vedla lépe, v případě pracovního trhu to neplatí. Míra nezaměstnanosti⁹ dle dat OECD byla po celé studované období nižší v ČR než SR, což bylo v důsledku rychlejšího rozvoje sektoru drobného a středního podnikání v ČR, odlišné skladby průmyslové výroby a v neposlední řadě geografickou polohou, kdy Česká republika má blíže na západoevropské trhy, které se pro obě ekonomiky v době transformace staly důležitější než trhy východní. Pro ilustraci, hodnoty míry nezaměstnanosti se v devadesátých letech od rozdělení v ČR pohybovaly pod hranicí 10 %, zatímco v SR výrazně nad touto hranicí. V roce 2012 pak míra nezaměstnanosti v ČR odpovídala 7 % a v SR 14 % (OECD, 2014). Výrazným problémem pro obě ekonomiky je vyšší nezaměstnanost žen, nezaměstnanost mladých¹⁰ (věk 15–24 let) a méně kvalifikovaných osob, tak jako zaměstnanost osob starších a osob se zdravotním postižením. Situace na pracovním trhu se odráží i ve statistikách příjmového rozdělení, kdy míra ohrožení chudobou po sociálních transferech, tak jako příjmová nerovnost je při srovnání studovaných zemí vyšší na Slovensku, nicméně rozdíl v jejich hodnotách není tak výrazný. Obě země totiž patří v současnosti ke státům s nejmenšími hodnotami příjmové chudoby a nerovnosti v Evropě.¹¹

Česká republika stále vykazuje na základě hospodářských statistik vyšší životní úroveň než Slovenská republika, nicméně rozdíl se každým rokem zmenšují. Slovenská

⁹ Podíl nezaměstnaných dle definice ILO na pracovní cíle.

¹⁰ Míra nezaměstnanosti mladých v roce 2012 dosahovala 20 % v ČR a 34 % v SR (OECD, 2014).

¹¹ Více data Eurostatu o životních podmínkách (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

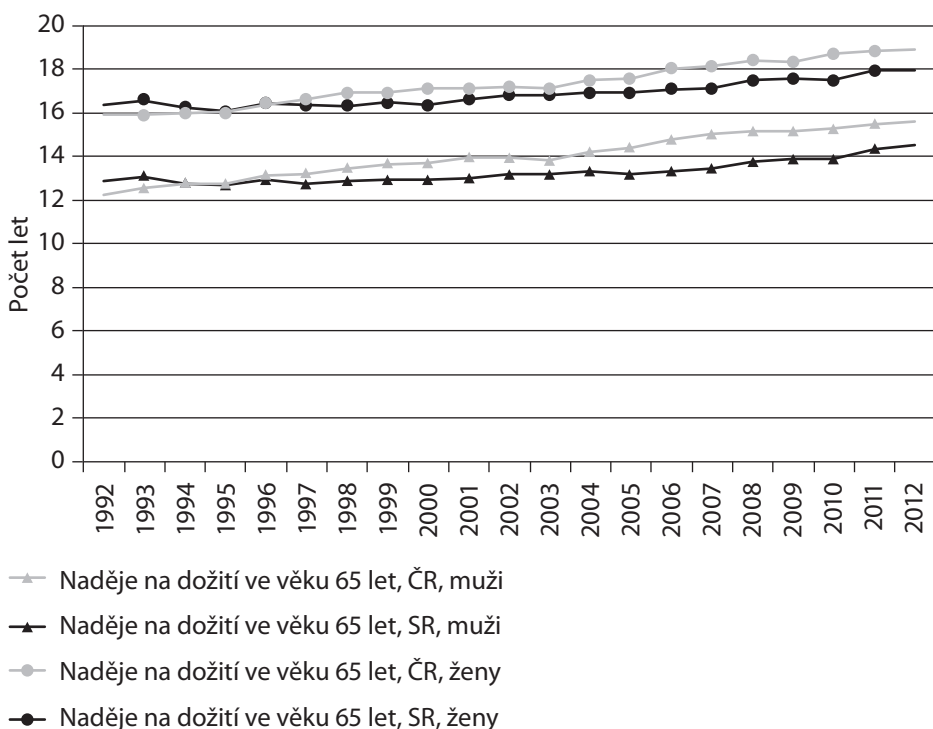
republika má mladší věkovou strukturu než Česká republika, ale i ona se potýká s populačním stárnutím. Ve vývoji ostatních jmenovaných demografických procesech se země liší v úrovni a časování, ale trendy jsou si velmi podobné. Je tedy otázkou, zda tak malé rozdíly v životní úrovni mezi studovanými zeměmi v současnosti mají signifikantní vliv na rozdíl v jejich naději dožití při narození a ve zdraví.

Naděje dožití při narození a ve zdraví

Zájem o porozumění procesu vymírání lidských populací položil základní kámen celému vědnímu oboru demografie. Od dob zakladatele demografie Johna Graunta (1620–1674) uplynulo mnoho let a nástroje na analýzu úmrtnosti se výrazně rozvinuly. Dnes běžně užívaným ukazatelem úmrtnosti se stala naděje dožití při narození, která standardizuje řád vymírání pomocí tabulkové populace, a proto je vhodná pro mezinárodní srovnání. Tento ukazatel je výsledkem úmrtnostních tabulek¹² a představuje průměrnou délku života právě narozeného dítěte za předpokladu stejného řádu vymírání. Proces vymírání je spojován s úrovní hygieny, rozvojem medicíny, dostupností zdravotnických prostředků a léčiv, ale i čistotou životního prostředí, životním stylem, apod. Od 60. do 80. let 20. století lze hodnoty naděje dožití v Československu pro muže i ženy považovat za stagnující, jejich růst je patrný až po roce 1990. V období 1992–2012 vzrostla naděje dožití ve věku 0 o 6,5 let u mužů v České republice (a to z 68,53 na 75,0 let), na Slovensku byl nárůst o něco nižší 4,9 let (a to z 67,58 na 72,47 let). Podobně u žen vzrostla hodnota o 4,7 let pro ČR až na hodnotu 80,88 let a o 3,2 let pro SR až na hodnotu 79,45 let, i když u žen mělo lepší startovní pozici Slovensko, 76,27 let vs. 76,14 let (ČSÚ a ŠÚ SR, 2014). Zvyšující se naděje dožití při narození v ČR a SR je patrná i ve změně pohlavně-věkových struktur obou zemí (graf 1), kde se zvyšujícím se zastoupením starší populace se rozšiřuje vrch věkové pyramidy. Hodnoty ukazatele naděje dožití jsou obecně ovlivněny i úrovní tzv. kojenecké úmrtnosti, nicméně již v 90. letech 20. století jsou ukazatele úmrtnosti nejmladších v obou republikách na minimální úrovni a hodnoty naděje dožití tak výrazně neovlivňují.¹³ Důvodů pro pomalejší růst naděje dožití při narození na Slovensku může být několik. V literatuře je například uváděn vyšší podíl romské populace na Slovensku (oficiálně se v ČR v rámci SLDB 2011 přihlásilo k romské národnosti 12 852 Romů a z ročenky ŠÚ SR k roku 2012 vychází 107 958 Romů v SR, odhady však mluví až o 400 tisících), která má mladší věkovou strukturu danou vyšší intenzitou plodnosti a nižší nadějí dožití při narození přibližně o jeden rok (Kalibová, 1989; Šprocha, 2014).

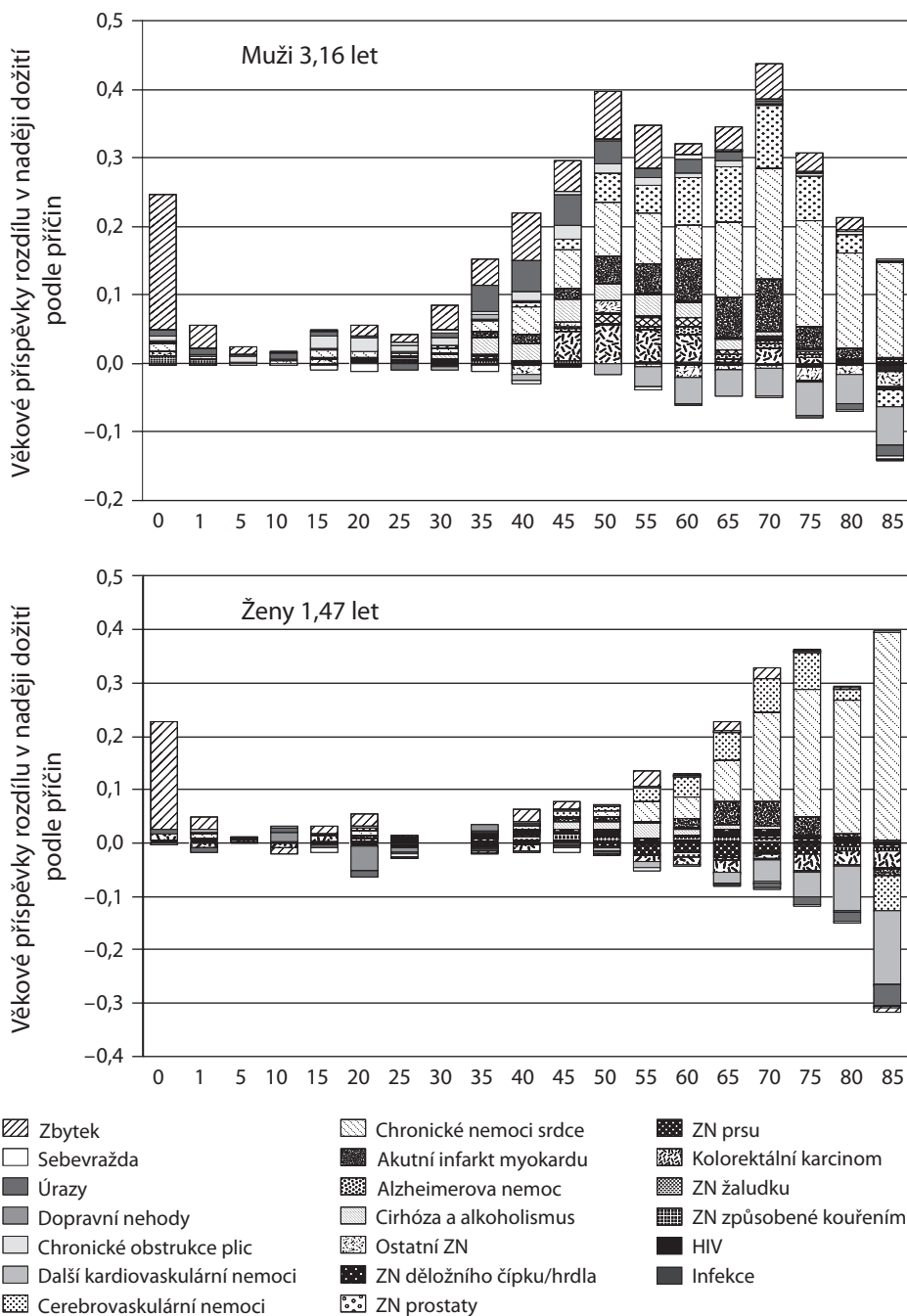
¹² Úmrtností tabulky patří k základním demografickým modelům, které na základě řady ukazatelů kvalitativně charakterizují řád vymírání. Více informací o konstrukci tabulek např. Kalibová, K. 2001. *Úvod do demografie*. Praha: Karolinum; Klufová, R., Poláková, Z. 2010. *Demografické metody a analýzy: demografie české a slovenské populace*. Praha: Wolters Kluwer ČR.

¹³ Pro ilustraci, v roce 1992 kvocient kojenecké úmrtnosti odpovídal 9,9 ‰ v ČR a 12,6 ‰ v SR. V roce 2012 se hodnoty kvocientu rovnaly 2,6 ‰ v ČR a 5,8 ‰ v SR (Eurostat, 2014).



Graf 5: Naděje dožití ve věku 65 let podle pohlaví, ČR, SR, 1992–2012
 Zdroj: ČSÚ 2014, Infostat 2014

Z grafu 5, který zobrazuje vývoj naděje dožití ve věku 65 let, vidíme na hodnotách divergující trend mezi oběma zeměmi. Zatímco na počátku devadesátých let hodnoty naděje dožití ve věku 65 let byly pro obě země velmi podobné ne-li totožné, od roku 1996 se začínají rozcházet. Tyto rozdíly mohou být způsobeny, mimo již výše uvedenými faktory, i odlišnou strukturou a intenzitou úmrtnosti podle příčin smrti v daném státě. Pomocí dekompozice rozdílu naděje dožití při narození podle věku, pohlaví a příčiny úmrtí, která patří k pokročilejším demografickým metodám, je možné vidět, jak jednotlivé skupiny příčin úmrtí, které jsou v současnosti klasifikovány dle 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, přispívají danému rozdílu mezi státy nejvíce. Výsledky dekompozice rozdílu v naději dožití pro ČR a SR představuje graf 6. Jestliže se zaměříme pouze na věky, které nejvíce k rozdílu přispívají, je zřejmé, že jde o věkové skupiny nad 40 let věku pro muže a nad 60 let věku pro ženy. Největší věkové příspěvky k rozdílu naděje dožití mezi ČR a SR jsou u obou pohlaví díky nižší intenzitě úmrtnosti ve vyšších věkových skupinách. Nicméně použité podrobné třídění příčin úmrtí umožňuje vhléd do hlavních skupin, jako jsou nemoci oběhové soustavy, novotvary, vnější příčiny apod. Pro lepší orientaci v grafu 6 dodáváme, že záporná osa ukazuje příspěvky rozdílu v naději dožití, které jej snižují ve prospěch Slovenska.



Graf 6: Věkové příspěvky rozdílu v naději dožití podle příčin úmrtí a pohlaví, ČR, SR, 2008
 Zdroj: Zemřelí podle tříd příčin smrti 2008 zpracované v Pechholdová, 2014

Z grafu 6 vidíme, že jak u mužů, tak u žen převažují chronické nemoci srdce, na které umírá více osob ze Slovenska spolu s cerebrovaskulárními nemocemi a akutním infarktem myokardu. Tyto tři příčiny k rozdílu přispívají ve věkových skupinách 50–84 let u mužů 1,36 lety a u žen 1,23 lety. Na druhou stranu další kardiovaskulární nemoci jsou častou příčinou úmrtí v ČR, rozdíl v naději dožití ve prospěch Slovenska snižují o 0,3 let jak u mužů, tak u žen ve všech věkových skupinách. Kromě nemocí oběhové soustavy hrají roli i zhoubné novotvary. Dekompozice poukazuje na fakt, že úmrtnost na zhoubný novotvar děložního čípku/hrdla u žen je nižší v České republice a naopak úmrtnost na kolorektální karcinom u mužů je nižší na Slovensku. Vnější příčiny úmrtí, jako úrazy a dopravní nehody, přispívají u mužů k rozdílu 3,16 let v naději dožití při narození mezi ČR a SR a to především ve věkové skupině 15–19 let. Vnější příčiny jsou častější příčinou úmrtí na Slovensku až do věku 69 let. Naopak u žen dopravní nehody snížily rozdíl ve věkové skupině 20–24 let, kdy zemřelo více českých žen.

S procesem úmrtnosti se poji zdravotnické statistiky, a to nejen v podobě nemocnosti (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů), ale i „nefatálního“ zdraví neboli zdravotního stavu populace. Dobrý zdravotní stav dané populace je považován za ekonomický profit, který má vliv na výši hrubého domácího produktu. Tedy nejenom populační stabilita a dlouhověkost, ale i kvalita v podobě zdraví je deklarována za cíl EU a české vlády (viz Národní plán Zdraví 2020). Aktuální otázkou týkající se nárůstu naděje na dožití při narození je, zda jsou přidáné roky života strávené v dobrém či špatném zdravotním stavu, nebo jestli je během těchto let přítomné zdravotní omezení. K odpovědi na tyto otázky slouží ukazatel naděje dožití v daném zdravotním stavu.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala zdraví v roce 1948 jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne jen pouhou nepřítomnost nemoci či slabosti (WHO, 1948). Tato definice neumožňuje objektivní měření zdraví a je třeba vzít v úvahu i další faktory, které přecházejí z objektivní roviny do subjektivní. Jinými slovy se stalo výzvou najít takový ukazatel, který je mezinárodně srovnatelný a zároveň bere v potaz vícedimenzionální povahu zdraví v souvislosti s touto definicí.

Pro zjišťování zdravotního stavu populace jsou upřednostněna dotazníková šetření u vzorku populace před informacemi z tematicky zaměřených registrů. Výběrová domácnostní šetření (např. Rodina, partnerství a demografické stárnutí: Generace a gender, Výběrové šetření o zdraví – Health Interview Survey) jsou oproti informacím z národních registrů a zdravotnických zařízení reprezentativní pro cílovou populaci a obsahově komplexnější. Nevýhodou domácnostních šetření je neúplnost výběru populace, v rámci šetření většinou nejsou lidé vybíráni z tzv. kolektivních domácností ani lidé bez domova. V České republice tvoří tyto skupiny 3,46 % obyvatelstva (SLDB 2011 dle ČSÚ 2014).

Standardní dotazník výběrového šetření o zdraví obsahuje několik bloků otázek, např. přítomnost dlouhodobých nemocí, mentální zdraví, vnímání zdravotní péče, její dostupnost a využívání, ale i na ekonomicko-sociální zázemí domácností. Blok otázek, který se zaměřuje na posuzování fyzických a kognitivních funkcí, může být ovlivněn rozdíly mezi pohlavím a kulturními zvyklostmi (Iburg et al., 2001). To platí i pro otázky na omezení činností, které lidé obvykle dělají, protože populační standard může být v každé zemi odlišný. Jelikož v evropských podmínkách jsou tato výběrová šetření o zdraví pořádána v 3–5leté periodě, nelze získat z tohoto zdroje data pro roční vývoj. Aby bylo vytvořeno

povědomí o zdravotním stavu i v mezidobí těchto šetření, byl vytvořen tzv. evropský minimální modul o zdraví, který je součástí dalších výběrových šetření jinak tematicky zaměřených. Otázky na subjektivně vnímané zdraví, přítomnost dlouhodobého zdravotního problému a omezení v běžných činnostech jsou v současné době základním pilířem pro monitorování zdravotního stavu dané populace. Po zavedení tohoto nástroje tak vznikly studie, které se zaměřily na ověření jeho reliability a validity, a to především první otázky na subjektivně vnímané zdraví. Některé studie dokládají, že odpovědi na tuto otázku jsou nestabilní (Zajacova a Down, 2011) a velmi snadno ovlivnitelné tématem celého rozhovoru (Cox, 2007), na druhou stranu subjektivní zdraví odpovídá dlouhodobému zdraví respondentů a obecně je považováno za validní a reliabilní (Cox et al., 2009; Shields et al., 2001).

Data a metodika

Základem pro výpočet délky života ve zdraví je naděje dožití v daném věku, jejímž zdrojem dat jsou oficiální statistiky běžné evidence obyvatelstva, ve které jsou zachyceny v agregované podobě základní demografické události jako narození, úmrtí, sňatek, rozvod, atd. za dané území a časové období, nejčastěji rok. Data o zemřelých, která jsou pro výpočet naděje dožití stěžejní, jsou získána v právních podmínkách ČR na základě lékařské prohlídky těla zemřelého a vyplnění tzv. „Listu o prohlídce zemřelého“ lékařem. Tento formulář je pak zaslán poskytovatelem zdravotnických služeb na matriku a do Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, které poskytují údaje o příčinách úmrtí Českému statistickému úřadu (ČSÚ).¹⁴ Na Slovensku se vyplňuje v podobném režimu „Hlasenie o umrtie“ pro Štatistický úrad slovenskej republiky (ŠÚ SR, 2014). Data o počtech zemřelých, tak jako o počtu obyvatelstva, publikují statistické úřady ČR a SR každoročně v rámci demografických ročenek. Data běžné demografické evidence pro ČR i SR ve studovaném období patří k základním datovým zdrojům toho příspěvku.

Dalším neméně důležitým zdrojem dat pro výpočet zdravé délky života je tzv. „evropský minimální modul“, který poskytuje prevalence daného zdravotního stavu v populaci a je součástí (nebo jeho částí) několika výběrových šetření jako je Eurobarometr, Šetření o zdraví osob starších 50 let (SHARE), Evropské výběrové šetření o životních podmínkách (EU-SILC) a Evropské výběrové sociální šetření (ESS). Výhodou těchto šetření je jednotná evropská metodika, a tudíž určitá míra srovnatelnosti. Tento příspěvek vychází především z dat šetření EU-SILC, která byla v podrobném třídění dostupná pro ČR 2012. Pro Slovenskou republiku byly pro rok 2012 dostupné pouze prevalence daného zdravotního stavu. Data ilustrující vývoj v čase jak pro ČR, tak SR jsou také na základě EU-SILC, ale díky nedostupnosti v detailním třídění byla převzata agregovaná data z projektu JA:EHLEIS (EurOhex, 2014).¹⁵

¹⁴ Vyhláška 297/2012 Sb., o náležitostech Listu o prohlídce zemřelého, platná od 1. 1. 2013 zavedla nový postup při evidenci dat o úmrtí. Příčina úmrtí již není obsažena ve formuláři pro matriku, ale pouze pro ÚZIS, který poskytuje tuto informaci ČSÚ.

¹⁵ EurOhex je webová stránka projektu JA: EHLEIS umožňující přístup k výzkumu v oblasti naděje dožití ve zdraví pro 27 členských zemí EU: <http://www.ehemu.eu/>.

Počet osob s daným zdravotním stavem je dán deklarací vybraného respondenta, který do hodnocení svého zdravotního stavu zahrnuje kromě fyzické, psychické, sociální a estetické pohody i kulturní faktory dané populace. Z uvedeného je patrné, že tento ukazatel má určitá omezení pro mezinárodní srovnání, což musí být patřičně zohledněno v metodice a interpretaci výsledků, na druhé straně jde o ukazatel s dostatečnou vypovídající schopností o zdravotním stavu populace (Iburg et al., 2001; Shields et al., 2001). Prevalence je pak Sullivanovou metodou¹⁶ zakomponována do tabulkové populace úmrtnostních tabulek, vycházející z dat běžné evidence, a z ní je získán počet let v daném zdravotním stavu.

Pro výpočet zdravé délky života je tedy zapotřebí dvou metodických kroků, a to jeden pro výpočet naděje na dožití a druhý pro výpočet prevalence zdravotního stavu. Prvním krokem je metodika výpočtu úmrtnostní tabulky odděleně pro obě pohlaví. Pozůstatkem společné koexistence v rámci jednoho státu a nespornou výhodou pro tento výzkum je to, že oba statistické úřady používají stejné metodické nástroje pro vstupní ukazatele úmrtností tabulky. Pravděpodobnosti úmrtí mezi přesnými věky 0 a 1 tzv. kojenecká úmrtnost, tak jako pravděpodobnosti úmrtí dle jednotek věku nebo věkových skupin jsou odvozeny na základě stejných principů, přičemž pravděpodobnosti úmrtí mezi věky 4 až 85 let se v ČR i SR vyrovnávají Gompertz-Makehamovou formulí¹⁷ a pro nejvyšší věky jsou pravděpodobnosti vyrovnané a extrapolované ještě King-Hardyho metodou.¹⁸ Pro mezinárodní srovnání dvou zemí je důležité, aby byly metodiky výpočtu úmrtnostní tabulky shodné, což v případě České a Slovenské republiky je splněno.

Druhým krokem je výpočet podílu osob v populaci s daným zdravotním stavem podle pohlaví a věku. Jelikož výběrové šetření je určené nejčastěji pro osoby starší 15 nebo 16 let, je možné vypočítat zdravou délku života od tohoto věku. V tomto příspěvku vycházíme, jak už bylo uvedeno výše, z dat evropského výběrového šetření o životních podmínkách (EU-SILC), které je realizováno v ČR i SR od roku 2005. Základní jednotkou šetření je hospodářská domácnost definovaná Eurostatem. Dvoustupňovým náhodným výběrem je vybrána konkrétní adresa, kde jsou vyšetřeny všechny osoby. Šetření využívá rotační panel, kdy jsou zastížené osoby šetřeny v intervalu jednoho roku po dobu 4 let. V rámci rotačního panelu se každoročně čtvrtina domácnostní obmění, protože prošly všemi čtyřmi vlnami a místo nich jsou vybrány nové. Jde o jedno z největších a nejnákladnějších výběrových šetření, která jsou v obou zemích uskutečněna. Pro ilustraci, v České republice je vybráno do šetření přibližně 10,5 tis. bytů ve všech krajích republiky. V roce 2012 dotazník vyplnilo 20 238 osob.

¹⁶ Více podrobností o Sullivanově metodě najdete v JAGGER, Carol, COX a LE ROY. Health Expectancy Calculation by the Sullivan Method: A Practical Guide. *EHEMU Technical Report* [online]. 2006, č. 3, s. 44 [cit. 2014-09-15]. Dostupné z: http://maryland.mri.cnrs.fr/ehleis/pdf/Sullivan_guide_final_jun2007.pdf.

¹⁷ Gompertz-Makehamova formule vyrovnává pravděpodobnosti úmrtí ve vyšších věkových skupinách, kde jsou velikosti souborů zemřelých malé. Základem tohoto vyrovnání je přirozený logaritmus pravděpodobnosti dožití.

¹⁸ King-Hardyho metoda extrapoluje pravděpodobnosti úmrtí v nejvyšších věkových skupinách, kde jsou výkyvy v počtech zemřelých největší.

Prevalence v datech EU-SILC vychází ze tří zdravotních otázek:

- 1) Jak celkově hodnotíte svůj zdravotní stav?
- 2) Máte nějakou dlouhodobou nemoc nebo dlouhodobý zdravotní problém? (Problém, který již trvá nebo bude trvat 6 a více měsíců.)
- 3) Byl(a) jste kvůli zdravotním problémům nejméně po dobu posledních 6 měsíců omezen(a) v činnostech, které lidé „obvykle dělají“?

Důležité je zmínit i metodiku minimálního evropského modulu. U první otázky by respondenti neměli zahrnovat současné zdravotní potíže, ani se srovnávat s dalšími lidmi. Mělo by se jednat o jejich hodnocení zdravotního stavu celkově. U druhé otázky je důležité, že pokud byla dlouhodobá nemoc odhalena před kratší dobou než je 6 měsíců a předpokládá se, že bude trvat déle jak 6 měsíců, je třeba ji zahrnout. Naopak u třetí otázky toto možné není, je zaměřená na reálnou dobu omezení respondenta, nikoliv na délku zdravotního problému. Mezi činnosti, které lidé „obvykle dělají“ je započítán běžný standard v populaci nikoliv aktivity daného jedince. Jde například o pracovní činnosti, domácí práce, sebeobsluhu či volnočasové aktivity.

Prevalence je dána podílem osob v jednotlivých kategoriích. U otázky 1) je škála pěti kategorií: „velmi dobrý“, „dobrý“, „příjemný“, „špatný“, „velmi špatný“ pro výpočty naděje dožití podle subjektivního zdraví zkrácena do tří, a to „dobrý“, „příjemný“ a „špatný“ zdravotní stav. U druhé otázky jsou kategorie pouze „ano/ne“, tedy přítomnost či nepřítomnost dlouhodobé nemoci/zdravotního problému. Poslední otázka zahrnuje tři kategorie, a to „ano, velmi omezen“, „ano, omezen“, „neomezen“. Pro ověření výsledků a srovnání rozdílů mezi Českou a Slovenskou republikou bylo využito i dat z Evropského sociálního výzkumu (ESS), kde byly zjišťovány pouze otázky dvě. „Jaký je Váš celkový zdravotní stav?“ se stejnými kategoriemi jako otázka 1). Druhá otázka v rámci ESS je variací otázky 3). Omezuje vás ve vašich každodenních aktivitách nějaká dlouhodobá nemoc, zdravotní omezení, handicap, či psychický zdravotní problém? Pokud ano, omezuje Vás hodně nebo jen do určité míry? S kategoriemi „ano, hodně“, „ano, do určité míry“, „ne“.

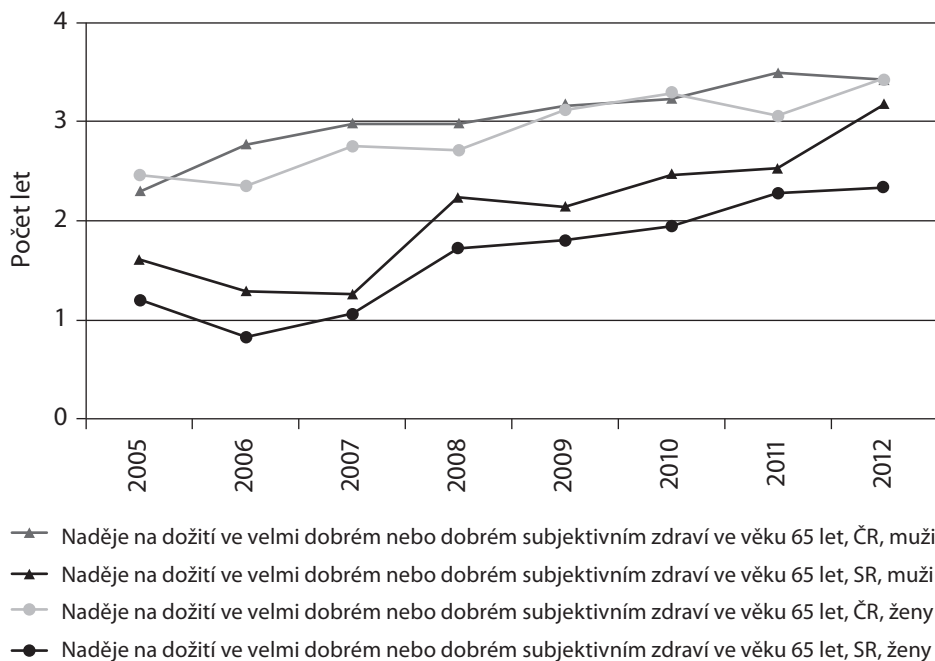
Zajímavým metodickým momentem je podoba výstupních dat v případě šetření EU-SILC z ČSÚ, kde se místo tří otázek objevily pouze dvě. Důvodem bylo, že nikdo z respondentů, kteří neměli dlouhodobé onemocnění, nebyli zároveň omezeni v běžných činnostech. Takže na výstupu byly vytvořeny 4 kategorie nové proměnné s názvem zdravotní problém: „nemá“, „má, ale neomezuje“, „má, omezuje do jisté míry“ a „má, velmi omezuje“. Kromě faktu, že z metodického hlediska se jedná o odlišné otázky, tedy někdo může např. trpět alergií (dlouhodobým onemocněním), ale nemusí být omezen v běžných činnostech, tak vzniká problém, co patří do kategorie „neomezuje“. Díky důrazu na shodnost metodik v rámci obou sledovaných zemí se ukázalo právě toto zařazení kategorií jako klíčové pro finální výsledky „naděje dožití podle disability“¹⁹.

¹⁹ Naděje dožití podle disability vychází z otázky „Byl(a) jste kvůli zdravotním problémům nejméně po dobu posledních 6 měsíců omezen(a) v činnostech, které lidé „obvykle dělají“? Pokud byl respondent omezen, jedná se o disability.

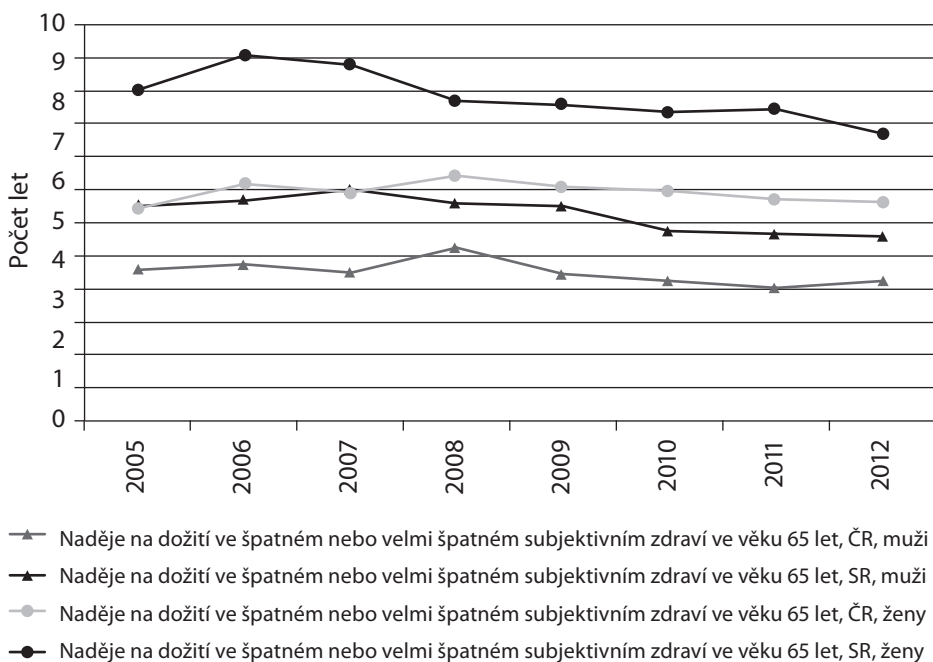
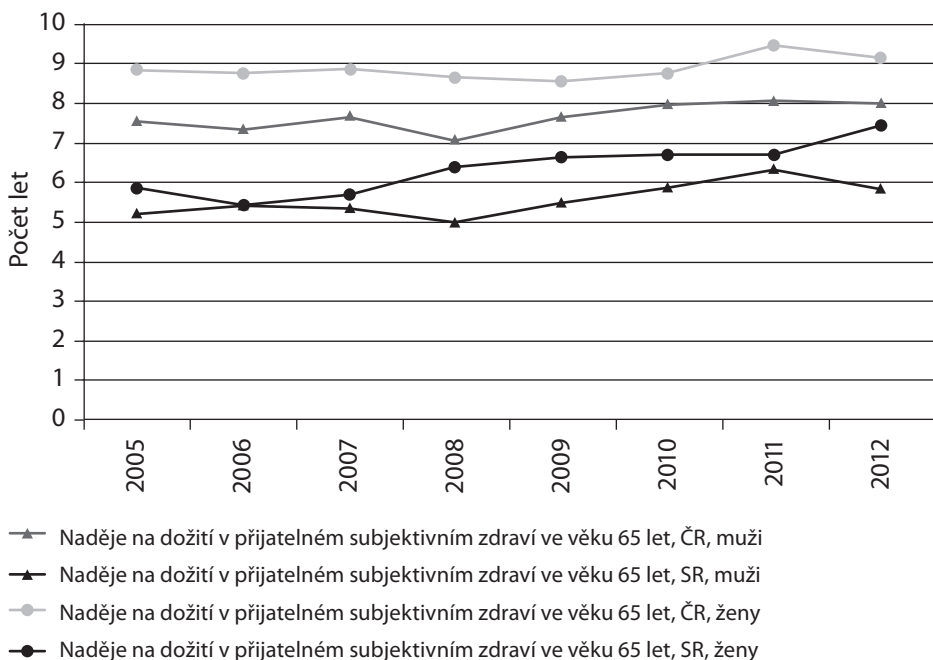
Vývoj naděje dožití ve zdraví v období 2005–2012

Z postupu výpočtu „naděje dožití v daném zdravotním stavu“ je důležité rozlišovat, kterého zdravotního stavu se počet let týká. Zda se jedná např. o „naděje dožití ve velmi dobrém nebo dobrém subjektivním zdraví“ nebo o „naději dožití bez omezení běžných činností“.²⁰ Z hodnot naděje dožití ve věku 65 let (graf 5) jsou patrné rozdíly mezi pohlavími v rámci zkoumané země. Konkrétně rozdíly v roce 2012 pro Českou republiku dosáhly hodnoty 3,3 let a pro Slovenskou republiku v témže roce 3,4 let. Ženy tedy dosahují o tři roky vyšší naděje dožití ve věku 65 let než muži. Při pohledu na naděje dožití podle subjektivního zdraví ve věku 65 let je situace podle pohlaví jiná (graf 7).

Podle velmi dobrého a dobrého subjektivního zdraví v České republice jsou hodnoty vyrovnané, pro Slovenskou republiku dokonce hodnoty mužů převyšují o 0,8 let. Naopak „naděje dožití ve špatném nebo velmi špatném subjektivním zdraví“ je v roce 2012 delší pro ženy v ČR o 2,4 let a pro ženy v SR o 3,1 let. Důvodem proto může být genderový rozdíl v hodnocení vlastního zdraví, kdy muži spíše odkazují na závažné onemocnění, kdežto ženy zahrnují širší oblast životních podmínek v rámci, kterých hodnotí svůj zdravotní stav (Benyamini, 2008). Z těchto hodnot se ukazuje, že obě pohlaví žijí přibližně stejně dlouho v dobrém nebo velmi dobrém subjektivním zdraví a ženy, které se dožívají vyšší naděje dožití, ji stráví ve špatném nebo velmi špatném subjektivním zdraví.



²⁰ Názvy jednotlivých ukazatelů naděje dožití v daném zdravotním stavu respektující metodiku jsou dlouhé, a proto jsou pro lepší orientaci dány do uvozovek.

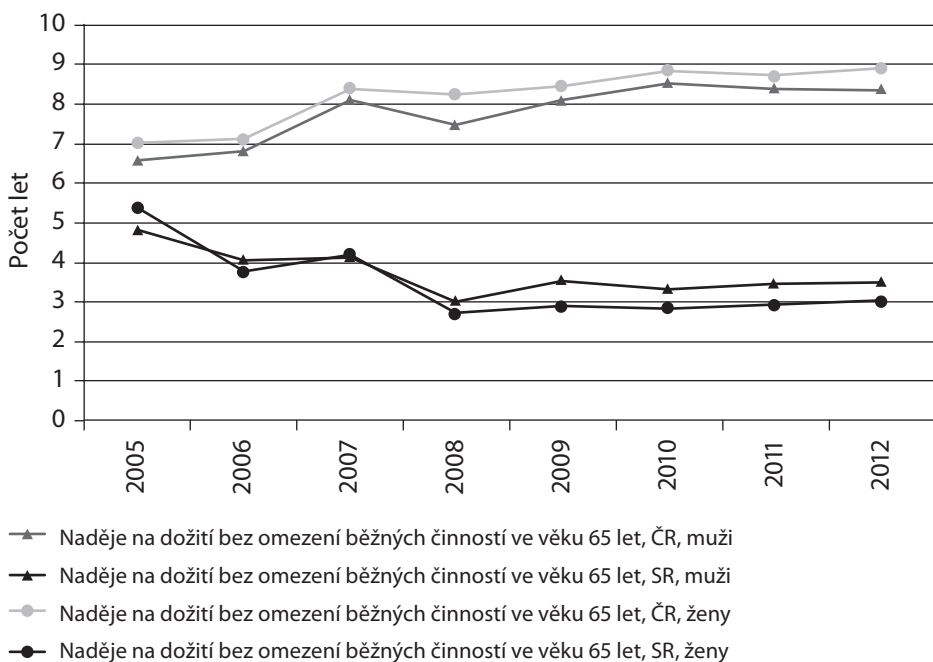


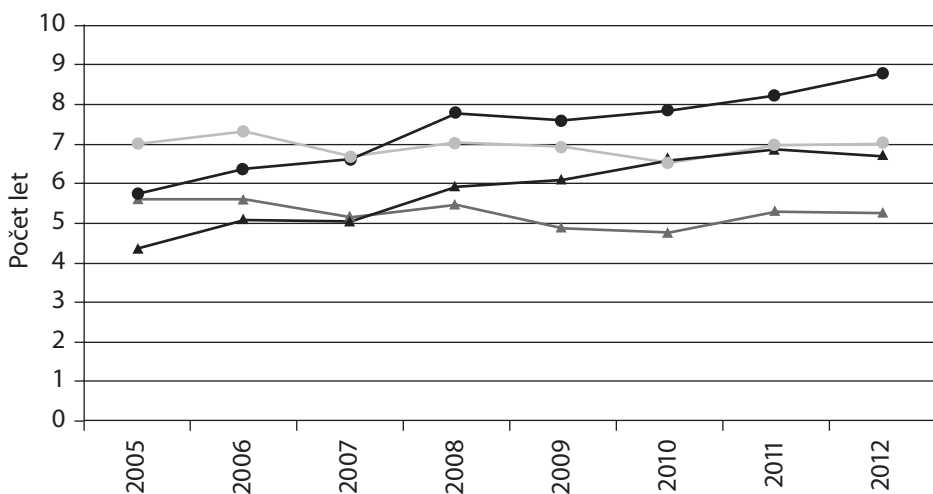
Graf 7: Naděje dožití podle subjektivního zdraví ve věku 65 let, podle pohlaví, ČR, SR, 2005–2012

Nárůst „naděje dožití ve velmi dobrém nebo dobrém subjektivním zdraví ve věku 65 let“ je razantnější na Slovensku, jelikož roste z nižší úrovně. Ženy na Slovensku v roce 2005 dosáhly hodnoty 1,2 let, v roce 2012 2,3 let, v ČR byla hodnota pro ženy v roce 2005 2,5 let a 2012 3,3 let. Podobně u mužů, kteří začínali na hodnotách 2,3 let v ČR a 1,6 v SR, v roce 2012 dosáhla „naděje dožití ve velmi dobrém nebo dobrém subjektivním zdraví ve věku 65 let“ na 3,4 let v ČR a 3,2 let v SR. Srovnáme-li vývoj dané kategorie subjektivního zdraví jak pro ČR, tak SR s ostatními ve studovaném období 2005–2012, pak je patrné, že respondenti častěji hodnotí své zdraví kladně a „naděje dožití ve špatném nebo velmi špatném subjektivní zdraví“ v čase mírně klesá nebo stagnuje.

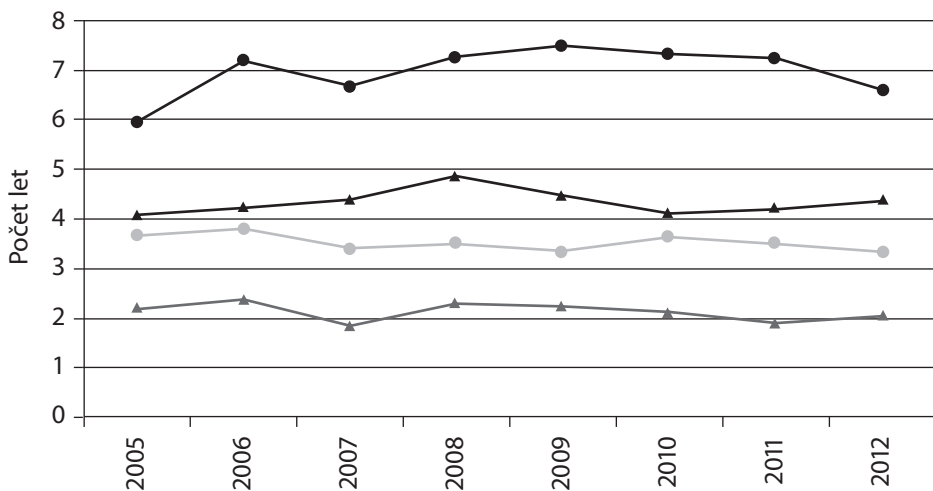
Jak již bylo zmíněno, vliv na hodnotu „naděje dožití v daném zdravotním stavu“ má také zdroj/téma šetření. Data v grafu 7 vycházejí ze šetření EU-SILC, které má nejdelší časovou řadu sahající do současnosti. Při pohledu na výsledky z jiných šetření je možné vidět jinou úroveň „naděje dožití ve velmi dobrém nebo dobrém subjektivním zdraví“, např. z ESS v roce 2004 vyplynula hodnota „naděje dožití ve velmi dobrém nebo dobrém subjektivním zdraví ve věku 65 let“ 3,3 roky pro ženy v ČR a 2,4 roky pro ženy v SR, což jsou hodnoty roku 2012 ze šetření EU-SILC. Tedy v rámci šetření životních podmínek lidé hodnotí obecně svůj zdravotní stav hůře než v rámci sociálního šetření ESS.

Méně prozkoumanou oblastí v literatuře je „naděje dožití podle disability“. Z dat EU-SILC 2012 vychází, že otázky minimálního evropského modulu jsou vzájemně asociované a proto předpokládáme, že obdobné vlastnosti platí i pro disability. Tedy pokud respondenti vypovídají, že mají omezení běžných činností, tak také hůře hodnotí subjektivní zdraví. Na základě uvedeného se předpokládá, že dané kategorie jsou ovlivněny stejnými faktory. Vývoj tohoto ukazatele dle kategorií disability a pohlaví v obou sledovaných



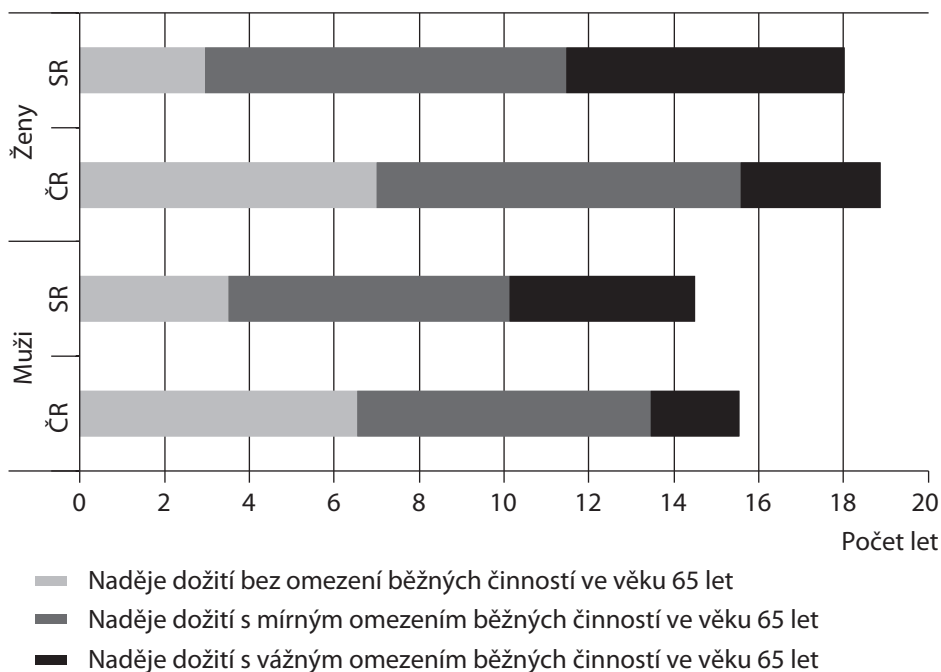


- ▲ Naděje na dožití s mírným omezením běžných činností ve věku 65 let, ČR, muži
- ▲ Naděje na dožití s mírným omezením běžných činností ve věku 65 let, SR, muži
- Naděje na dožití s mírným omezením běžných činností ve věku 65 let, ČR, ženy
- Naděje na dožití s mírným omezením běžných činností ve věku 65 let, SR, ženy



- ▲ Naděje dožití s vážným omezením běžných činností ve věku 65 let, ČR, muži
- ▲ Naděje dožití s vážným omezením běžných činností ve věku 65 let, SR, muži
- Naděje dožití s vážným omezením běžných činností ve věku 65 let, ČR, ženy
- Naděje dožití s vážným omezením běžných činností ve věku 65 let, SR, ženy

Graf 8: Naděje dožití podle disability ve věku 65 let, podle pohlaví, ČR, SR, 2005–2012
Zdroj: EurOhex 2014; dle metodiky Eurostatu



Graf 9: Naděje dožití dle disability ve věku 65 let, podle pohlaví, ČR, SR, 2012

zemích je patrný v grafu 8. Z „naděje dožití bez omezení běžných činností ve věku 65 let“ je patrný výrazný pokles hodnoty v roce 2008 pro muže i ženy Slovenské republiky. Tento pokles je způsoben především metodickým zpřesněním otázky, kdy se běžné aktivity neměly týkat činností jedince, ale určitého populačního standardu. Rozdíl hodnot naděje dožití dle disability je ve studovaném období srovnáváme-li ČR a SR zřetelný, proto této odlišnosti byla ve výzkumu věnována větší pozornost.

Jak bylo v metodické části uvedeno, v rámci otázky na disabilitu nebyly v případě dat z EU-SILC ČR vhodně spojené výstupní kategorie. Rozdíl v hodnotách u „naděje dožití bez omezení běžných činností“ je tak nižší. Graf 9 představuje hodnoty, kde jsou spojené kategorie z výstupních dat EU-SILC 2012 tak, že bez omezených činností je pouze kategorie „nemá“ ve výstupní proměnné s názvem zdravotní problém. Nejedná se o součet s kategorií „má, ale neomezuje“, jako je tomu v případě výpočtů Eurostatu. Důvodem pro změnu naplnění kategorií naděje dožití podle disability bylo, že „naděje dožití bez omezení běžných činností“ představovala větší rozdíly, než je tomu u ostatních otázek minimálního evropského modulu. U mužů byl rozdíl v „naději dožití bez omezení běžných činností“ ve věku 65 let mezi ČR a SR 4,9 let, pro ženy 6,6 let, pro „naději dožití ve velmi dobrém nebo dobrém subjektivním zdraví“ rozdíly dosahovaly mezi dvěma zeměmi maximálně 2 let. Pro srovnání, v šetření ESS dosahovala „naděje dožití bez omezení běžných činností“ hodnoty pro muže v ČR 6,5 let a v SR 6 let, pro ženy jsou hodnoty 7,2 let v ČR a 6,9 let pro ženy v SR, tedy rozdíly mezi zeměmi nepřesahovaly ani 0,5 let.

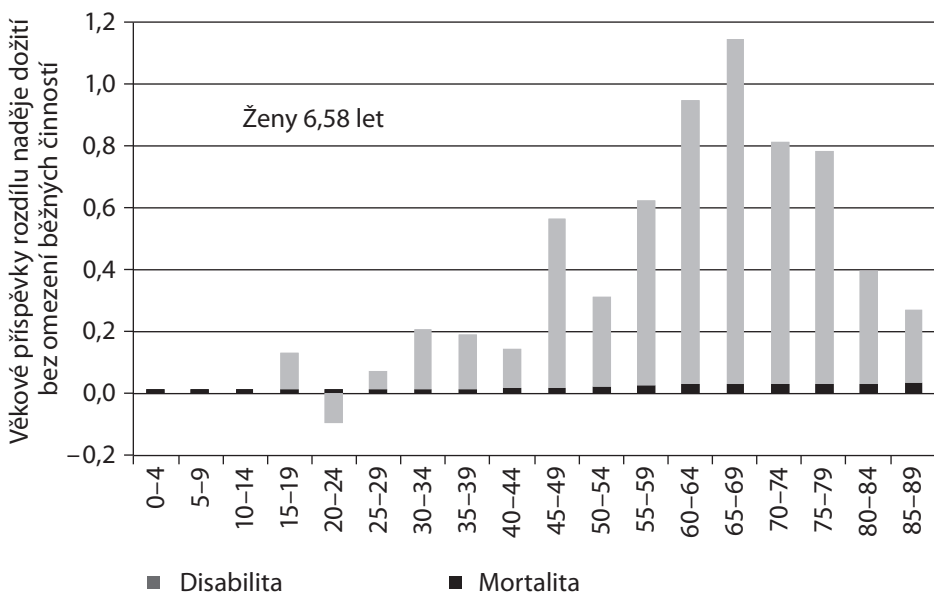
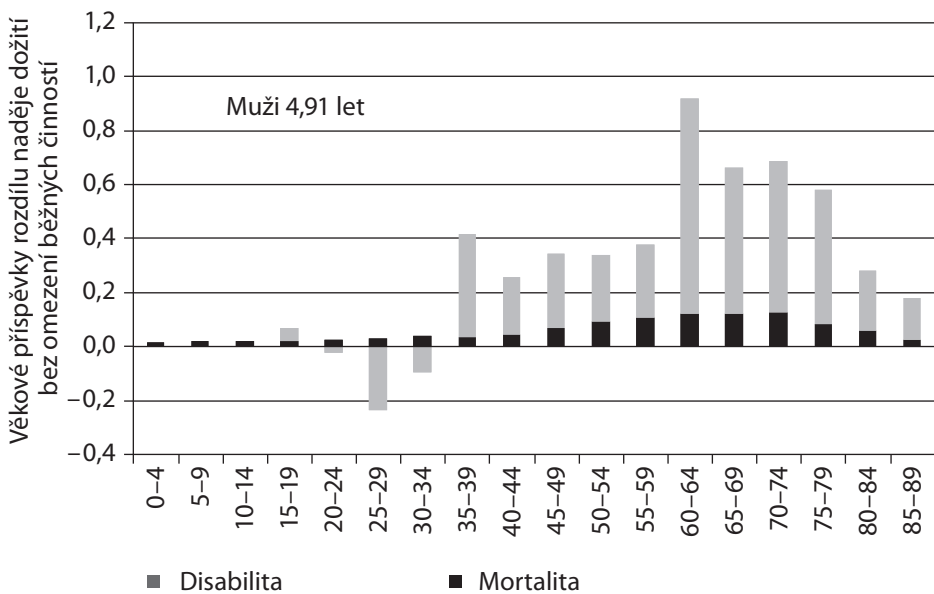
Přesto i po metodické úpravě nadále tvoří kategorie „bez omezení běžných činností“ z dat EU-SILC 2012 největší rozdíl mezi zeměmi. U mužů se v této kategorii jedná o 3 roky, které se Slováci dožijí bez omezení běžných činností ve věku 65 let méně, a o 4 roky u žen, kdy opět slovenské ženy mají v 65 letech toto období života kratší. Pro pochopení toho rozdílu byla vypočítána dekompozice podle věku, pohlaví a disability (graf 10).

Z metodického postupu výpočtu „naděje dožití podle disability“ je patrné, že je ovlivněna jak intenzitou a řádem vymírání tj. mortalitou, tak prevalencí disability dle věku a pohlaví. Dekompozice rozdílu hodnot „naděje dožití podle disability“ mezi sledovanými státy a daný rok zjišťuje, do jaké míry se tyto faktory na rozdíl podílí. Při dekompozici „naděje dožití bez omezení běžných činností pro věk 0“ v roce 2012 (graf 10) zjišťujeme, že hlavní roli hraje disability ve vyšších věkových skupinách, nejvíce od 60 do 70 let jak u mužů, tak u žen. Vyčísleno u žen příspěvky mezi 60. a 75. rokem věku činí 3 roky rozdílu, u mužů je to 2,3 let rozdílu. Jinými slovy právě v této věkové skupině lidé obou pohlaví častěji deklarují, že jsou bez omezení běžných činností, v České republice než na Slovensku. Protože dekompozice poukázala na fakt, že významnějším faktorem je pravděpodobně disability než intenzita úmrtnosti, výzkum se zaměřil i na kulturní vlivy, které mohou působit na samotné vnímání vlastního zdravotního stavu. Lze totiž předpokládat, že obyvatelstvo v České a Slovenské republice vymezuje na základě kulturních odlišností své zdraví jinak.

Faktory ovlivňující naději dožití ve zdraví

Zdravou délku života ovlivňují různé faktory. Jak se shodují různé studie, z těch socio-ekonomicko-demografických je to především věk, vzdělání (Rychtaříková, 2006) a ekonomická aktivita (Kaleta et al., 2009; Shields et al., 2001). Tyto faktory se zdají hrát podobnou roli u obou pohlaví. To znamená, že jak ženy i muži s rostoucím věkem hodnotí své zdraví a předpokládáme, že i různá omezení běžných činností, hůře. Podobně je tomu i u vzdělání, osoby s nižším stupněm nejvyššího dosaženého vzdělání mají tendenci hodnotit subjektivní zdraví hůře. Z pohledu ekonomické aktivity platí, že lidé nezaměstnaní nebo ekonomicky neaktivní vnímají subjektivní zdraví hůře než lidé ekonomicky aktivní. Další případné faktory jako příjem (Kaleta et al., 2009) či rodinný stav (Hamplová, 2012) nevycházejí v analýzách jednoznačně. Z dat EU-SILC 2012 pro Českou republiku a logistické regrese, která byla při analýze dat použita a je náplní jiné zatím nepublikované studie jedné z autorek, vyplývá, že mezi determinanty subjektivně vnímaného zdraví patří věk, vzdělání a ekonomická aktivita, tedy faktory odpovídající současnému stavu poznání. Žádné další faktory, jako např. rodinný stav, se zatím ze studovaných dat EU-SILC neukázaly jako signifikantní.

Jak naznačily ukazatele naděje dožití ve zdraví, na Slovensku se setkáme s horším hodnocením zdraví, a to jak u subjektivně vnímaného zdraví, tak disability, čemuž ale charakteristiky populačního a ekonomického vývoje tak úplně nenasvědčují. Slovenská republika má mladší věkovou strukturu než Česká republika, což ji zvýhodňuje v počtu mladých, kteří hodnotí své zdraví lépe. Na druhé straně, Slovenská republika dosahuje vyšších hodnot v úrovni nezaměstnanosti a nižších hodnot v zastoupení osob s dosaženým terciárním stupněm vzdělání (1 % SR, 9 % ČR), což by naopak přispělo k vyšší hod-



Graf 10: Věkové příspěvky rozdílu ČR, SR v naději dožití bez omezení běžných činností, dle pohlaví, 2012
Zdroj: EU-SILC 2012, vlastní výpočty

notě hůře hodnoceného zdraví. Avšak z dlouhodobého pohledu ekonomiky obou zemí konvergují a životní úroveň na Slovensku je jen o málo nižší než v České republice. Jde o protichůdné tendence, které výsledky pravděpodobně ovlivňují, na druhou stranu, je otázkou, zda zjištěné rozdíly nejsou spíše v důsledku kulturních odlišností, které působí na to, jak respondent při posuzování svého zdraví rozhoduje. Dekompozice naděje dožití dle disability totiž naznačuje, že větší význam v rozdílu naděje dožití ve zdraví mezi ČR a SR než samotná úmrtnost má disabilita, která je deklarována každým respondentem dle vlastního uvážení.

Baert a De Norre (2009) se domnívají, že kulturní rozdíly ovlivňují podíl respondentů, kteří hodnotí subjektivní zdraví od velmi dobrého až po velmi špatné, protože zahrnují obecné zdravotní standardy v dané zemi a místní zvyky, jak lidé mluví o svém zdraví. I zdánlivě kulturně blízké země mají mnoho specifík, které respondenty v rozhodování ovlivňují. Např. odlišné geografické podmínky jsou jednou z mnoha příčin kulturních rozdílů. Jaké jsou kulturní rozdíly v České a Slovenské republice, které by mohly ovlivňovat posuzování subjektivního zdraví či omezení běžných činností?

Geert Hofstede (2010) spolu se svým synem Gertem Janem Hofstedem a Michaelem Minkovem vytvořili jeden z konceptů pracující s kulturními dimenzemi. Na podkladě dotazníkového šetření ve firmě IBM (celosvětová síť poboček) vytvořil 6 faktorů/dimenzí,²¹ na jejichž základě danou kulturu charakterizují. Dimenze nabývají hodnot na škále od 0 do cca 100, přičemž dané skóre je výsledkem kvantifikací tří otázek, které danou dimenzi tvoří. Z pohledu zdraví jsou podle jejich konceptu důležité dvě dimenze, které můžeme nazvat „vyhýbání se nejistotě“ a dimenze „uvolněný vs. zdrženlivý“. Jestliže je stát specifický vyšším zastoupením obyvatel vyhýbající se nejistotě a spíše zdrženlivých dle vymezení v jejich konceptu, pak by obyvatele měli častěji hodnotit jejich zdraví jako špatné. Slovenská republika, kde respondenti hodnotí své zdraví hůře ve srovnání s respondenty z České republiky dle dat EU-SILC, by měla dosahovat vyšší hodnoty v první dimenzi a nižší hodnoty v druhé jmenované dimenzi než Česká republika. Jak obě studované země v daném konceptu skórovaly?

V dimenzi „vyhýbání se nejistotě“ získala Česká republika 71 bodů a Slovenská republika 51 bodů. V dimenzi „uvolněný vs. zdrženlivý“ pak Česká republika byla ohodnocena 29 body a Slovenská republika 28 body, což je sice velmi malý rozdíl, avšak odpovídá zjištěnému rozdílu v naději dožití ve zdraví. Z uvedeného je patrné, že vzhledem k většímu rozdílu mezi získaným skóre by měla mít pro vysvětlení rozdílu v naději dožití ve zdraví mezi ČR a SR větší váhu první ze jmenovaných dimenzí. Nicméně z hodnot je zřejmé, že získané skóre je v protikladu se studovaným rozdílem v naději dožití ve zdraví mezi ČR a SR, což je překvapivé.

Pokud se ale podíváme na jednotlivé dimenze podrobněji, zjistíme, že některé charakteristiky odpovídají. Dimenze „vyhýbání se nejistotě“ se ve zdravotnictví projevuje větším počtem lékařů na jednoho obyvatele a naopak nižším počtem zdravotních sester na obyvatele v kulturách, které mají vysoké skóre v této dimenzi (hodnoty nad 70 se dají považovat za vysoké). V České republice podle OECD bylo v roce 2007 0,71 všeobecných praktických lékařů na 1000 obyvatel, zatímco na Slovensku pouze 0,42 lékařů na

²¹ Jedná se o 1) vzdálenost moci, 2) individualismus vs. kolektivismus, 3) maskulinita vs. feminita, 4) vyhýbání se nejistotě, 5) dlouhodobá vs. krátkodobá orientace, 6) uvolněný vs. zdrženlivý.

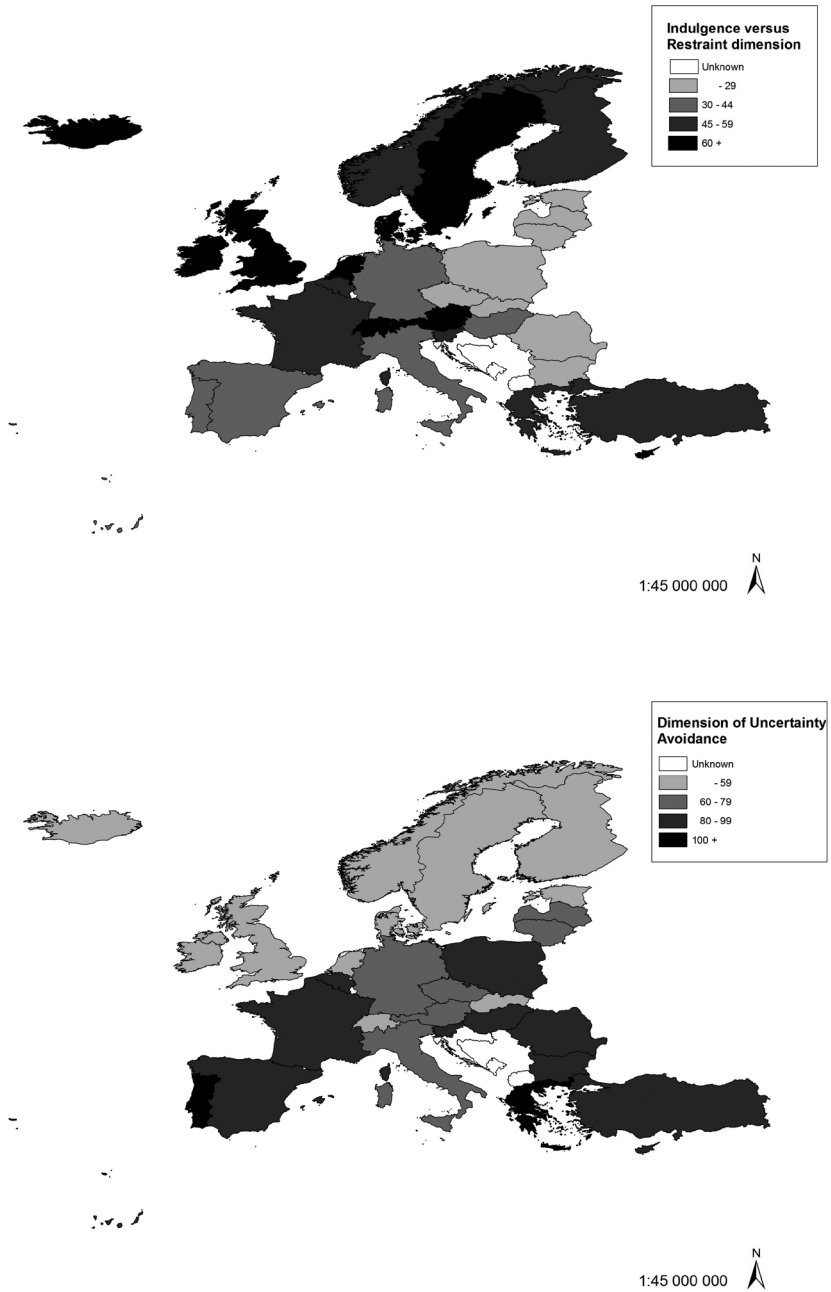
1000 obyvatel (OECD, 2014), což by uvedenému skóre pro ČR odpovídalo. Počet sester v České a Slovenské republice však této dimenzi neodpovídá, jelikož na Slovensku je pouze 5,8 sester na 1000 obyvatel a v České republice 8,1 sester na 1000 obyvatel (OECD, 2014). Na opačném pólu je např. Dánsko, které vykazuje 15,4 sester na 1000 obyvatel nebo Irsko s 12,6 sester na 1000 obyvatel. Důležitým aspektem ve zdravotnictví v kulturách s větším vyhybáním se nejistotě jsou také léky, které pacienti od lékařů očekávají a považují je za nezbytné pro léčbu. Kdyby s nimi lékař pouze promluvil a žádný recept nenapsal, měli by pacienti dojem, že se jim nevěnoval a že je neléčí. V tomto případě má však náklady na zdravotnictví vyšší Slovensko a i podíl spotřebovaných léků převyšuje Českou republiku. Na Slovensku tvoří výdaje na farmaceutika²² 25 % celkových výdajů na zdravotnictví v České republice pouze 21 % (OECD, 2014). Jen z uvedeného je patrné, že specifikace dané dimenze pro Slovensko v konceptu Hofstede et al. (2010) úplně neodpovídá a z pohledu autorek by si zasloužilo revizi.

Druhou kulturní dimenzí, která se odráží ve vnímání našeho zdraví dle konceptu Hofstede et al. (2010) je „uvolněný vs. zdrženlivý“. Uvolněný pól dimenze představuje relativně dostupné uspokojení základních lidských tužeb spočívající v užívání si života. Zdrženlivý pól naopak předpokládá, že uspokojení základních tužeb má být regulováno přísnými společenskými normami (např. důraz na morální disciplínu, sexuální zdrženlivost, homofobie). Kultury s vysokým skóre dimenze „uvolněný vs. zdrženlivý“ mají vyšší podíl lidí, kteří deklarovali, že jsou velmi šťastní. Dále lidé v těchto kulturách mají spíše pozitivní přístup k životu, vyšší optimismus a nižší úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění (Hofstede et al., 2010). Nižší úmrtnost na nemoci oběhové soustavy v České republice ve srovnání se Slovenskou republikou dokládá i dekompozice rozdílu naděje dožití při narození podle příčin úmrtí (graf 6). Podle konceptu Hofstede et al. (2010) se obě kultury vyskytují blíže zdrženlivému pólu dimenze, tedy je tam nižší procento lidí, kteří se cítí zdravě, avšak rozdíl mezi zeměmi na základě této dimenze zůstává nevysvětlen. Deklarovaná dimenze ukazuje spíše na to, že jsou si tyto země kulturně podobné.

Přestože se kulturní pojetí v konceptu Hofstede et al. (2010) pomocí dimenzí jeví jako zcela propracované (je vyvíjeno od 80. let 20. století) a pro většinu zemí je vypovídající, za slabinu tohoto konceptu lze považovat to, že jen stěží lze dosáhnout stejných výsledků, respektive ověřit hodnoty dimenzí pro vybrané státy, což se potvrdilo v případě České a Slovenské republiky. Domníváme se, že je to především z důvodu specifického prostředí nadnárodní společnosti IBM. Výsledky tohoto konceptu budou pravděpodobně mezinárodně srovnatelné, ale hodnoty jednotlivých dimenzí budou odpovídat jen přibližně, pokud bychom vzali v úvahu celou populaci. Lze totiž předpokládat, že ve společnosti IBM nejsou odpovídajícím způsobem zastoupeny všechny subpopulace daného státu.

Zjištěný rozdíl v naději dožití ve zdraví mezi ČR a SR pro studované období koresponduje s výsledky prezentované ve World Happiness Report vydávané organizací Spojených národů. Ve zprávě z roku 2013, která se vztahuje k letům 2010–2012, se Česká republika v mezinárodním porovnání umístila na 39. místě a Slovenská republika na 46. místě, avšak rozdíl ve skóre není taký velký, tj. ČR 6,29 a SR 5,97. Variabilita mezi státy je obec-

²² Farmaceutické výdaje jsou definovány jako výdaje na lékové recepty. V některých zemích, údaje zahrnovat i další zdravotnické zboží krátkodobé spotřeby (přidáním přibližně 5 % na výdaje). Farmaceutika spotřebované v nemocnicích jsou vyloučeny. Tento ukazatel se měří v procentech z celkových výdajů na zdravotnictví.



Obr. 1: Kartogramy hodnot dimenzí „vyhýbání se nejistotě“ a „uvolněný vs. zdrženlivý“ v Evropě
 Zdroj: Hofstede et al., 2010

ně ze tří čtvrtin vysvětlena šesti faktory: reálným HDP na hlavu, nadějí dožití ve zdraví, vnímanou svobodou, rozšířením korupce, štedrostí poskytované podpory, možnosti na někoho se spolehnout. Podíváme-li se na jednotlivé komponenty a odhlédneme-li od odlišností v HDP a nadějí dožití ve zdraví, pak rozdíl mezi respondenty v ČR a SR plynul z rozdílného vnímání svobody potřebné pro životní rozhodnutí a štedrosti poskytované podpory, což jsou faktory, které by mohly respondenty při rozhodování o svém zdravotním stavu ovlivnit.

Kulturní odlišnosti ve výzkumu jsou opodstatněné, na druhou stranu nelze popřít to, že jsou problematicky kvantifikovatelné. Kulturní faktory mohou být důležité nejen při rozhodování respondenta, ale i v samotném přístupu tazatele k respondentovi a v použitých formulacích. Jeden z faktorů, který by z části mohl přispět k odlišným hodnotám naděje dožití ve zdraví mezi ČR a SR, tak může být i přes deklarovanou srovnatelnost výběrového šetření v aplikaci metodiky, kdy např. tazatel představí s ohledem na kulturní zvyklosti otázku jinak.

Rozdíl v nadějí dožití ve zdraví mezi ČR a SR je v důsledku mnoha faktorů. Mezi ty demografické můžeme zařadit odlišnou intenzitu úmrtnosti a věkovou skladbu populace. Vzhledem k podstatě konstrukce ukazatele naděje dožití ve zdraví svou roli hrají i kulturní faktory, které ovlivňují rozhodování respondenta. I když ekonomické ukazatele tomu nenasvědčují, lze se domnívat, že respondenti jsou ovlivněni ekonomickou situací. Ekonomika Slovenské republiky sice dohání tu českou, nicméně respondent o tomto vývoji nemusí vědět anebo zasadí domácí ekonomiku do širšího kontextu ekonomického vývoje v Evropě nebo světě, kde je stále dostatek zemí, které vykazují lepší ekonomickou výkonnost i ve srovnání s ČR. Svou roli zde pravděpodobně hraje i heterogenita studovaných populací.

Závěr

V roce 1993 došlo k rozdělení Československa, které tvořilo po téměř 70 let společný stát. Po celé toto období byla tendence smazat nemalé regionální rozdíly v rámci tohoto státu a na začátku 90. let se to pro hodnoty naděje dožití při narození povedlo. Od té doby uplynulo dalších 20 let a tyto hodnoty divergují. I když je tendence naděje dožití rostoucí, na Slovensku je růst naděje dožití při narození o něco pomalejší. Od roku 1992 vzrostla tato hodnota na Slovensku o 4,9 let u mužů a 3,2 let u žen na současných 72,4 let pro muže a 79,5 let pro ženy, v České republice to bylo 6,5 let u mužů a 4,7 let u žen, na současných 75 let pro muže a 80,8 let pro ženy. Země se liší v intenzitě úmrtnosti ve vyšším věku, kde je patrná i odlišná skladba příčin úmrtí. Na Slovensku jsou častějšími příčinami úmrtí akutní infarkt myokardu, chronické nemoci srdce nebo cerebrovaskulární nemoci. Další kardiovaskulární nemoci (např. meningokoková nebo revmatoidní karditida) jsou příčiny úmrtí deklarované více v České republice. V případech zhoubných novotvarů na Slovensku převažují novotvary děložního čípku/hrdla, zatímco v České republice ostatní zhoubné novotvary (např. mozku nebo centrální nervové soustavy).

Rozdílné hodnoty se objevují i u poměrně nového ukazatele, který se zaměřuje na nadějí dožití v daném zdravotním stavu. Slovenské ženy ve věku 65 let mají „nadějí dožití ve velmi dobrém nebo dobrém zdravotním stavu“ o 1,1 roku menší než české ženy.

U mužů je rozdíl 0,3 let. Muži na Slovensku ve věku 65 let mají o 3 roky kratší „naději dožití bez omezení běžných činností“ oproti českým mužům. U žen je tento rozdíl 4 roky. Z dekompozice rozdílu naděje dožití bez omezení běžných činností při narození vyplývá, že kromě rozdílné intenzity úmrtnosti hraje významnou roli míra prevalence podle disability. Na základě předpokladu asociace mezi otázkami minimálního evropského modelu je prevalence podle disability ovlivňována kromě věku, pohlaví, vzdělání a ekonomické aktivity i kulturním přístupem k hodnocení vlastního zdraví. Jelikož je obtížné uchopit a změřit takový přístup, byl pro ilustraci vzat koncept kulturních dimenzí Hofstedeho et al. (2010). Dvě z šesti kulturních dimenzí v rámci tohoto konceptu korelují se subjektivně vnímaným zdravím. V rámci srovnání České a Slovenské republiky však jedna ze dvou kulturních dimenzí nabývá opačných hodnot. Jedná se o kulturní dimenzi s názvem „vyhýbání se nejistotě“, čím vyšší hodnota této dimenze, tím horší hodnocení subjektivního zdraví. Přesto Slovensko má hodnotu 51 a Česká republika 71. Bohužel je těžké ověřit hodnoty těchto dimenzí, jelikož při aplikaci výzkumu Hofstedeho et al. (2010) na jiné skupině než zaměstnanců IBM lze dojít k jiným výsledkům. Navíc některé charakteristiky této dimenze neodpovídají stavu ve vybraných zemích. Další možnosti (faktory) vysvětlení těchto rozdílů zůstávají předmětem zkoumání.

LITERATURA

- Cox, B. 2007. Comparison of HLY from different health surveys. In: *4th Meeting of the Task Force on Health Expectancies* [online]. Luxembourg, Dostupné z: http://maryland.mri.cnrs.fr/taskforce/archives/TF%20on%20HE/Meeting/4_TF_Meeting_Jun2007/4_PPT/8_Comparison%20of%20HLY%20according%20to%20different%20health%20surveys.ppt.
- Cox, B., et al. 2009. The reliability of the Minimum European Health Module. *International Journal of Public Health* 54(2): 55–60.
- Český statistický úřad. [online]. 2014. Dostupné z: <http://www.czso.cz/>.
- EurOhex. The JA:EHLEIS [online]. 2004. Dostupné z: <http://www.ehemu.eu/>.
- Eurostat. [online]. 2014. Dostupné z: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/> [cit. 17. 7. 2014].
- Hamplová, D. 2012. Zdraví a rodinný stav. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review* 48(4): 737–755.
- Hofstede, G., Hofstede, J. G., Minkov, M. 2010. *Cultures and organizations: software of the mind: intercultural cooperation and its importance for survival*. New York: McGraw-Hill, 3. vyd.
- Iburg, K., et al. 2001. Comparative analyses of more than 50 household surveys on health status. *GPE Discussion Paper Series*, 15: 72.
- Infostat. [online]. 2014. Dostupné z: http://www.infostat.sk/new_web/sk/index.php [cit. 17. 7. 2014].
- Kaleta, D., Dziankowska-Zaborszczyk, E., Wojciech, H., Wojciech D. 2009. Factors influencing self-perception of health status. *Cent Eur J Public Health* 17(3):122–127.
- Kalibová, K. 1989. Romanies in Czechoslovakia and the process of the demographic revolution in this population. *AUC Geographica* 24: 23–32.
- Kubů, E., Pátek, J. (ed.). 2000. *Mýtus a realita hospodářské vyspělosti Československa mezi světovými válkami*. Praha: Karolinum.
- Langhamrová, J., Vaňo, B. (ed.). 2014. *20 let samostatnosti z pohledu demografie ČR, SR, ČSR*. Bratislava: INFOSAT, Inštitút informatiky a statistiky.
- Lekander, M., et al. 2004. Self-rated health is related to levels of circulating cytokines. *Psychosom Med*. 66(4): 559–563.
- OECD. iLibrary. [online]. Database. 2014 Dostupné z: <http://www.oecd-ilibrary.org/statistics> [cit. 20. 8. 2014].

- Pechholdová, M. 2014. Cause-specific mortality in the Czech Republic and Slovakia after the split. In: *5th Demographic Conference of „Young Demographers“: Actual Demographic Research of Young Demographers (not only) in Europe. Faculty of Science*. Dostupné z: www.demografove.estranky.cz/file/104/pechholdova_2014.pdf.
- Průcha, V., et al. 2009. *Hospodářské a sociální dějiny Československa 1918–1992*. Brno: Doplněk.
- Rychtaříková, J. 2006. *Demografie revue pro výzkum populačního vývoje / Český Statistický Úřad: Zdravá délka života v současné české populaci*. Praha: ČSÚ.
- Shields, M., Shooshtari, S. 2001. Determinants of self-percieved health. *Health reports* 13(1): 35–52.
- Šprocha, B. 2014. *Reprodukcia rómskeho obyvateľstva na Slovensku a prognóza jeho populačného vývoja* [online]. Bratislava: OFPRINT JH. Dostupné z: <http://romovia.sme.sk/c/7287656/branislav-sprocha-reprodukcia-romskeho-obyvatelstva-na-slovensku.html> [cit. 19. 5. 2014].
- Šprocha, B., Tišliar, P. 2012. *Demografický obraz Slovenska v sčítaných ľudu 1919–1940*. Brno: Tribun EU. Štatistický úrad Slovenskej Republiky. [online]. 2014. Dostupné z: <http://slovak.statistics.sk>.
- United Nations. The World Happiness Report. 2013. Dostupné z: http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2014/02/WorldHappinessReport2013_online.pdf.
- United Nations. World Health Organisation. WHO definition of Health. 1948. Dostupné z: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
- Zajacova, A., Dowd, J. B. 2011. Reliability of Self-rated Health in US Adults. *American Journal of Epidemiology* 174(8): 977–983.