

MŮŽE BÝT STÁRNUTÍ OBYVATELSTVA DOPROVÁŽENO POKLESEM MORBIDITY?

CAN POPULATION AGEING BE ASSOCIATED WITH DECREASED MORBIDITY?

JAROSLAV KRÍŽ

Státní zdravotní ústav, Praha

SOUHRN

Doba dožití se ve velké části světa zvyšuje a populace stárne. Ve vyspělých zemích včetně České republiky se současně začala prodlužovat doba života prožitého ve zdraví a zkracovat doba prožitá s nemocemi. Pokles bývá označován jako „komprese morbidity“ a je způsoben komplexem pozitivních společensko-ekonomických změn včetně vysoké úrovně zdravotnictví, prevence nemocí a podpory zdraví. Pesimistické prognózy o nezvládnutelném zvyšování nákladů na péči o zdraví u stárnoucí populace se nemusí nevyhnutelně naplnit.

Klíčová slova: stárnutí populace, morbidita

SUMMARY

Mean life expectancy is increasing in a great part of the world and the population is ageing. In developed countries including the Czech Republic, an increase in years lived in good health and, at the same time, a decrease in years lived in disease have recently been observed. This phenomenon is called morbidity compression and is explained by a variety of positive socio-economic changes resulting in a higher level of health care, disease prevention and health promotion. Pessimistic prognosis of uncontrollable growth in health care costs related to population ageing may turn out not to be fully justified.

Key words: population ageing, morbidity

Po krátké stagnaci se v r. 2004 úmrtnost v ČR vrátila k dlouhodobě klesajícímu trendu a střední délka života se opět zvýšila, u žen na 79 roků, u mužů na 72,5 roku. Za posledních 25 let vzrostla o 5 roků (6) a prognóza Českého statistického úřadu (ČSÚ) mluví o vzestupu na 84,5 let u žen a 79 let u mužů v polovině 21. století. Zdrojem příznivého vývoje je především klesající úmrtnost na oběhové choroby (v ČR o více než 30 % za posledních 25 let) a další nemoci (dýchací, úrazy aj.) kromě zhoubných nádorů. Příčinou je komplex pozitivních determinant zdravotního stavu: zlepšování životních podmínek, zdravotních znalostí, životního stylu včetně výživy, diagnostiky, léčení a prevence nemocí.

Prodlužování lidského života je v některých průmyslově a společensky vyspělých zemích ještě výraznější. Průměrná střední délka života v původních 15 státech Evropské unie je o 3 roky delší než v ČR, ve Švýcarsku a Švédsku o 5 roků. Vzestup podílu starých lidí je ovlivněn nejen snižováním úmrtnosti, ale také snižováním porodnosti a počtu lidí v mladších ročnících. Obyvatelstvo ČR tak současně stárne „zespodu věkové pyramidy“ (4).

Zlepšování zdravotního stavu, snižování úmrtnosti, její posun do vyššího věku a prodlužování lidského života jsou globální trendy, z nichž se vymykají jen země žijící

v nestabilních společensko-hospodářských systémech. V první polovině 21. století se populace lidí starších 65 let pravděpodobně zvětší třikrát (1). Prognóza ČSÚ uvažuje, že dnešních 14 % lidí starších 65 let by se do r. 2050 mohlo zvýšit na 31 %.

Soudobé demografické proměny se stávají předmětem úvah a rozborů o možných dopadech stárnutí populace na rozpočty resortů zdravotnictví. Mnozí autoři automaticky spojují stárnutí populace se vzestupem počtu lidí trpících nemocemi a nemohoucností. Jiní upozorňují na další konsekvence: Delší doba života žen oproti mužům přinese globální feminizaci, která by mohla znovu posílit postavení rodiny (5).

Hygienickou obec tyto otázky mohou zajímat proto, že úspěchy v podpoře zdraví a v potlačování nemocí by mohly být vnímány jako okolnost, která ve svých důsledcích přináší společnosti nesnáze. Etická pochybenost uvedené představy je sice očividná, neměla by však bránit posuzování otázky z racionálních hledisek.

Obavy související se stárnutím populace mají tendenci koncentrovat se na břímě plynoucí z chronických nemocí konce života. Vize, kterou podávají někteří komentátoři, popisuje, jak masa starých, nemocných lidí, přežívající na maličkých penzích potápí systémy zdravotní péče

do nedostatku trvalými požadavky na finanční zdroje. K tomu přistupuje klesající počet ekonomicky aktivních mladších lidí. Situaci označme jako první scénář.

Elgie, Crown a Tremblay v loňském ročníku Euro-health (2) publikovali k těmto otázkám výtečný rozbor. Konstatovali, že uvedený první scénář se projeví, jen když nemoci a nemohoucnost starších lidí porostou rychleji než prodloužování života. Přestože existuje silná vazba mezi věkem a chronickými nemocemi, zvyšování délky života nemusí nutně znamenat prodloužování období prožitého s poškozeným zdravím. V tomto druhém možném scénáři zvyšování délky života a rostoucí morbidita s případnou nemohoucností budou v rovnovážném poměru, kdy lidé sice žijí déle, ale se stejným počtem let špatného zdraví jako při kratší délce života. Existuje i třetí možný scénář, kdy lidé se budou dožívat delšího aktivního života a ve vyšším věku budou mít méně zdravotních poruch nebo nemohoucnosti než dnes. V tomto scénáři nemoc a nemohoucnost následují až po dlouhém období života ve zdraví a jsou stlačeny do krátkého období před úmrtím. V této souvislosti se mluví o „komprimované morbiditě“. Jinými slovy, délka života by mohla stoupat, ale celková doba prožitá s poruchami zdraví by se mohla zkracovat.

Poslední epidemiologické studie prokazují, že populace ve vyspělých státech se podobají druhému nebo třetímu scénáři. Výzkum ve Spojených státech přinesl zjištění, že lidé, kteří jsou v sedmdesáti letech dosud zdraví, nemají do své smrti větší výdaje na léčení než lidé v sedmdesáti letech nemocní, navzdory skutečnosti, že první skupina se bezpochyby dožije delšího věku. Zjednodušeně řečeno, nástup špatného zdraví v letech před smrtí se jeví jako nákladově konstantní bez ohledu na délku života. Posilování zdraví a prevence nemocí se tedy nemusí projevit zvýšením nákladů na zdravotní péči pro starší populaci, případně ani nezpůsobí její snížení.

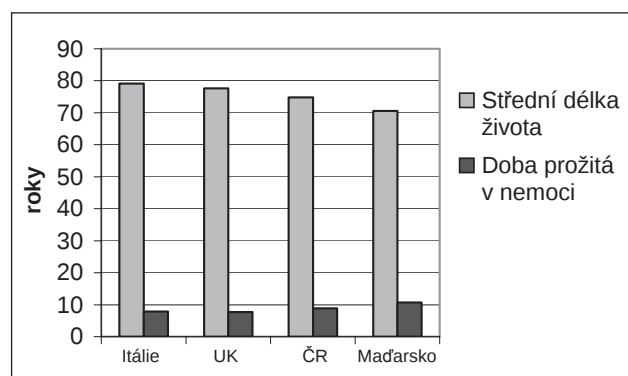
Další důkazy se týkají okolnosti, že s růstem doby dožití se nezávislost starých lidí může zmenšovat. Podíl britských žen ve věku přes 85 let, které žily bez závislosti na cizí výpomoci, stoupal v letech 1980–1991 z 64 % na 79 %, u mužů vzrostl podíl nezávislých z 69 % na 80 %. „Komprese morbidit“ a nemohoucnosti je reálná: v USA klesá o 2 % ročně, zatímco úmrtnost jen o 1 %. Nástup tělesné nemohoucnosti se posunul o 7–12 let, výrazně víc než vzestup doby dožití. Dlouhodobé studie dále ukázaly, že prevalence nemohoucnosti se snížila u všech věkových skupin a tento trend pokračuje. Během 50 let by tento vývoj mohl snížit výdaje na lékařskou péči v USA až o 20 %. Lidé by mohli i v pozdějších stadiích života trávit delší dobu ve zdraví a kratší dobu v boji s morbiditou a fyzickým úpadkem.

Většina poruch zdraví a související vysoká spotřeba zdravotních služeb se objevují v několika posledních letech života, zejména v posledním roce před smrtí, ať

nastane v jakémkoli věku. Studie univerzity v Cambridge ukázala, že není žádný rozdíl v celkové době, kterou pacient stráví v nemocnici, ať jde o člověka, který umírá v sedmdesáti nebo v devadesáti letech.

Jsou však velké rozdíly při řešení problémů stárnoucí populace mezi zeměmi. Před rozšířením Unie byl průměr očekávaného dožití 78,2 roků, od 77,6 roků v Británii do 82,3 roků ve Španělsku. Po rozšíření Unie mělo nejnižší dobu dožití Maďarsko – 70,65 roku, o 11,65 let kratší než Španělsko. K posouzení vztahu doby dožití a zátěže z poruch zdraví je vhodným ukazatelem doba života ve zdraví, resp. léta prožitá bez nemocí („healthy life expectancy“). Je to počet let, která může narozený člověk prožít v dobrém zdraví (za předpokladu, že budou platit existující statistiky nemocnosti a úmrtnosti). Reciproční hodnotu představuje celková doba prožitá v nemoci. Tyto ukazatele měří kvalitu prodlouženého života, nikoli jen jakákoli léta navíc. Zde se pak v Evropě ukazují podstatné rozdíly (obr. 1).

Obr. 1 naznačuje žádoucí vztah mezi prodloužováním střední délky života a zkracováním doby prožitě v nemoci (a tím prodloužování života prožitého ve zdraví). Ze států uvedených v příkladu má nejdelší střední délku života s nejkratším obdobím nemocí Itálie (7,9 roku), na druhé straně nejkratší střední délku života s nejdelším obdobím nemocí (10,75 roku) má Maďarsko. Tab. 1 zobrazuje totéž v číselné podobě, navíc s uvedením doby prožitě ve zdraví.

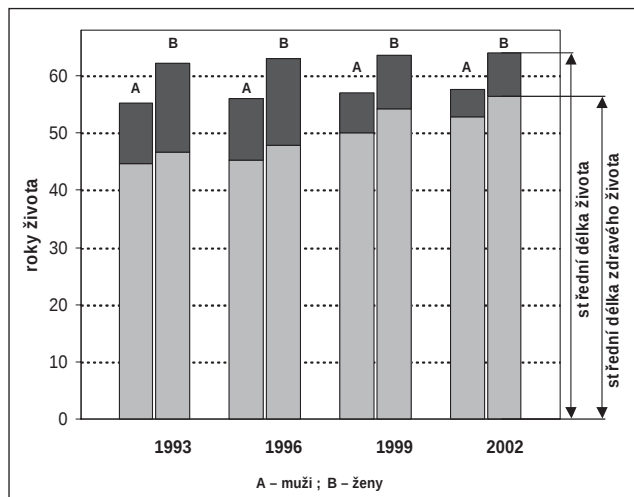


Obr. 1: Střední délka života a doba prožitá v nemoci. Vybrané státy Evropy.

Obr. 2 ukazuje, jak se v České republice během deseti let (1993–2002) zkrátilo období prožitě v nemoci a prodloužila léta zdravého života. U patnáctiletých mužů činilo prodloužení 8,2 roku, u žen 9,7 roku (3). Zkracování období nemocí (a prodloužování zdravého života) je rychlejší než vzestup střední délky života. Stárnutí populace tedy nemusí doprovázet zvyšování zátěže společnosti z nemocnosti starších lidí. Zvyšování doby dožití je doprovázeno „kompresí morbidit“.

Tab. 1: Střední délka života, roky prožitě ve zdraví, období s nemocemi (v letech)

Země	Roky ve zdraví	Střední délka života	Období s nemocemi
EU 15	69,83	78,20	8,37
Itálie	71,20	79,12	7,92
Maďarsko	59,90	70,65	10,75
Spojené království	69,89	77,60	7,71
Španělsko	70,63	82,30	11,67
Česká republika	65,90	74,80	8,90



Obr. 2: Střední délka života a její část prožitá ve zdraví ve věku 15 let.

Stárnutí evropské i světové populace je dlouhodobý trend, který je stěží ovlivnitelný nějakými účelově vytvořenými společenskými zásahy. Bylo by krátkozraké pohlížet na tento vývoj jen z hledisek financování zdravotnických systémů. Doba prožitá ve zdraví není totiž závislá na prostředcích, které se dávají na zdravotnictví.

Souvislost mezi věkem a objemem chronických nemocí samozřejmě existuje a vždycky tomu tak bude, nicméně z vyspělých států přicházejí důkazy, že pokud lidé žijí zdravěji, nemusí celkový objem chronických nemocí stoupat přímo úměrně se stářím obyvatelstva.

LITERATURA

1. Dundar C, Sunter AT, Canbaz S, Centinoglu E. Emergence service use by older people in Samsun, Turkey. *Adv Ther.* 2006 Jan-Feb;23(1):47–53.
2. Elgie R, Crown J, Tremblay M. A long life – and all of it healthy: the ideal of healthy ageing in Europe. *Eurohealth.* 2005;11(4): 15–20.
3. Hrkál J. Střední délka zdravého života. In: Kříž J, editor. *Zdravotní stav populace: jak jsme na tom se zdravím?* Praha: SZÚ; 2004. s. 24–5.
4. Chudobová M. Demografická situace. In: Kříž J, editor. *Zdravotní stav populace: jak jsme na tom se zdravím?* Praha: SZÚ; 2004. s. 26–8.
5. Mjelde-Mossey LA, Walz E. Changing cultural and social environments implications for older east asian women. *J Women Aging.* 2006;18(1):5–20.
6. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zemřelí 2004.* Zdravotnická statistika. Praha: ÚZIS ČR; 2005.

Doc. MUDr. Jaroslav Kříž
Státní zdravotní ústav
Šrobárova 48
100 42 Praha 10
E-mail: jkruz@szu.cz